

**UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS 6)**

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2017

THESE

N° 2017PA06G073

**PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE
Diplôme d'Etat**

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

PAR

Mr TAIEB Jeremy

NE LE 13 Janvier 1985 à Paris 11^{ème}

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 SEPTEMBRE 2017

**HISTOIRE DU DEPARTEMENT D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE
MEDECINE GENERALE DE L'UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE**

DIRECTRICE DE THESE : Mme le Pr Anne-Marie BOULDOUYRE-MAGNIER

PRESIDENT DU JURY DE THESE : Mr le Pr Jean-Charles PIETTE

MEMBRES DU JURY : Mr le Pr Jean LAFORTUNE, Mr le Dr Francis ABRAMOVICI

JE TIENS A ADRESSER MES REMERCIEMENTS...

... A Mme le Pr Anne-Marie Bouldouyre-Magnier, pour son accompagnement et sa grande gentillesse. Ce travail n'aurait pas pu aboutir sans son aide et ses conseils.

... Au Pr Jean-Charles Piette, d'avoir accepté de présider mon Jury de thèse, pour son aide, son accueil et sa disponibilité.

... Au Pr Jean Lafortune pour son aide et d'avoir accepté de faire partie de mon Jury de thèse, et au Dr Francis Abramovici, de faire partie de mon Jury de thèse, et de me permettre de profiter de son expérience sur le terrain !

... Aux personnes qui ont accepté de me recevoir dans le cadre de ce travail : le Pr Philippe Cornet, le Pr Jean Cabane, le Pr Lafortune, le Dr Dominique Tirmarche, le Dr Simone Radenne, le Dr Albert Servadio, le Pr Jean-Charles Piette, le Dr Guy Douffet, le Pr Pierre Atlan, le Pr Jean-Pierre Bouchon, le Pr Anne-Marie Magnier, le Dr Dalil Boubakeur et le Dr Patrick de la Selle ; pour leur accueil toujours chaleureux et leur aide, avec une simplicité qui est en elle-même une leçon de vie.

... A toutes les personnes, citées dans ce travail ou non, qui ont participé à mettre en place la formation dont j'ai pu bénéficier. Qu'elles puissent avoir connaissance de ce travail ou non, j'espère avoir contribué à leur rendre l'hommage qu'elles méritent.

... Au Dr Nadia Gaouaou, pour son énergie et sa bienveillance.

... A Alex, Manou, Puder, Sev, Zarka, et tous ces camarades d'études qu'il me serait impossible de citer intégralement, sans qui ces années auraient paru (encore plus) longues !

Une pensée particulière pour John Didi, qui continue de m'accompagner au quotidien.

.... A ma famille, de la part de qui je ne compte plus les « alors ta thèse ?! » ; merci d'être cette force qui permet de tout accomplir, d'être ce pilier dans ma vie.

... A ma belle-famille, pour leur soutien sans faille, que j'espère mériter encore longtemps.

... A mon père, mon modèle, Merci pour tout, ton amour, ta force et tes conseils qui me portent chaque jour.

... A mes filles Léava et Mila, mes princesses, je vous aime. Désormais je n'ai plus d'excuse pour ne pas vous accompagner au parc !

... A Axèle, la femme de ma vie et ma meilleure moitié, ma plus belle rencontre. Merci d'illuminer ma vie et de tout le bonheur que tu m'apportes.

Une dernière pensée, pour ma mère, qui est toujours à mes côtés, puisse son mérite nous protéger encore longtemps.

HISTOIRE DU DEPARTEMENT D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE MEDECINE GENERALE DE L'UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE :

INTRODUCTION : p. 7

MATERIEL ET METHODE :

- 1) Archives documentaires : p. 8
 - a) Archives propres aux Départements de Médecine Générale
 - b) Les textes de loi
 - c) Publications..... p. 9
- 2) Les témoignages
- 3) Publication..... p. 11

RESULTATS :

I. Rappels historiques : p. 11

Principales évolutions du parcours d'études de Médecine Générale en France
depuis la seconde moitié du 20^{ème} siècle :

- 1) Situation après la Seconde Guerre Mondiale
- 2) 30 Décembre 1958 : Réforme « Debré »..... p. 12
- 3) Loi du 12 Novembre 1968 : Suppression du concours d'externat..... p. 13
- 4) 1971 : Mise en place du Numerus Clausus..... p. 14
- 5) 1971-1977 : Travaux de la « Commission Fougère »
- 6) Loi VEIL du 6 Juillet 1979 et loi RALITE du 23 Décembre 1982..... p. 15
- 7) Avril 1988 : Obligation de stage en ambulatoire pour les résidents..... p. 18
- 8) Mai 1997 : Allongement du stage en ambulatoire à 6 mois..... p. 20
- 9) Janvier 2001 : Allongement du résidanat à 3 ans..... p. 21
- 10) La réforme de 2002 : création du DES de Médecine Générale
- 11) La réforme de 2017..... p. 22

II. Création du Département de Médecine Générale de Saint-Antoine..... p. 24

- 1) Etat des lieux de la Médecine Générale à Saint-Antoine avant la réforme de
1984

2) Création d'une commission du 3 ^e cycle en 1984, puis d'un DMG en 1997.....	p. 26
a) Histoire du Département de Médecine Générale	
b) Composition du Département de Médecine Générale et nominations.....	p. 28
c) Modalités pédagogiques.....	p. 29
d) Particularités du Département de Médecine Générale de Saint-Antoine.....	p. 35
III. Création du Département de Médecine Générale de la Pitié-Salpêtrière.....	p. 37
1) Etat des lieux de la Médecine Générale à la Faculté de la Pitié-Salpêtrière avant la réforme de 1984	
2) Création du Département de Médecine Générale de la Pitié-Salpêtrière en 1983. p.	39
a) Histoire du Département de Médecine Générale	
b) Composition du Département de Médecine Générale et nominations.....	p. 41
c) Modalités pédagogiques.....	p. 43
d) Particularités du Département de Médecine Générale de la PS.....	p. 48
IV. Fusion des DMG : Création du DERMG de l'UPMC.....	p. 52
1) Une fusion « imposée »	
2) Les différences notables et points de rapprochement entre les DMG.....	p. 53
a) Différences	
b) Points communs.....	p. 55
3) Modalités de rapprochement.....	p. 56
4) La fusion.....	p. 58
5) Le DERMG de l'UPMC lors de sa création.....	p. 60
a) Définition	
b) Composition.....	p. 61
c) Modalités pédagogiques.....	p. 62
<u>DISCUSSION :</u>	p. 63
1) Points forts et limites du travail	
2) Quelles leçons en tirer ?	p. 64
a. Au plan de la MG universitaire	
b. Les principes fondateurs sont-ils pérennisés ?	p. 65

CONCLUSION p. 71

ANNEXES p.73

- Guide d'entretien
- Statuts du DERMG de l'UPMC..... p.74
- Liste des généralistes nommés associés puis universitaires..... p.77

BIBLIOGRAPHIE :

- 1) Les entretiens..... p.78
- 2) Textes de loi consultés..... p.79
- 3) Archives Documentaires propres aux Départements de Médecine Générale..... p.80
- 4) Autres Archives Documentaires..... p.81

LISTE DES ABREVIATIONS :

CES : Certificat d'Etudes Spécialisées

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNE : Comité National d'Evaluation

CNI : Commission Nationale d'Intégration

CNU : Conseil National des Universités

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DMG : Département de Médecine Générale

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ED : Enseignement Dirigé

EPU : Enseignement Post-Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

HU : Hospitalo-Universitaire

MG : Médecine Générale

MCA : Maître de conférences associé

PA : Professeur Associé

PS : Pitié-Salpêtrière

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

SA : Saint-Antoine

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SCS : Situations Cliniques Simulées

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluation
Continues

UPMC : Université Pierre et Marie Curie

INTRODUCTION :

Pour un étudiant inscrit en 3^{ème} cycle des études de Médecine Générale à Paris VI, il est difficile de se rendre compte que la structure qui l'accueille est tout à fait récente.

Il peut sembler évident que le Diplôme d'Etudes Spécialisés de Médecine Générale est une des voies offertes aux internes, et que cette spécialité bénéficie d'un enseignement adapté aux conditions du métier qu'il sera amené à exercer.

Il faut pourtant se rendre compte que cet espace d'enseignement n'a été obtenu qu'au prix d'un militantisme de la part de médecins généralistes et d'hospitalo-universitaires bienveillants pour faire reconnaître les spécificités de la Médecine Générale et le besoin d'une formation adaptée.

Ce travail propose de retracer l'histoire du Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale de l'Université Pierre et Marie Curie.

Pour cela, il faut reprendre l'histoire des Départements de Médecine Générale des Facultés de Saint-Antoine et de la Pitié-Salpêtrière, et du contexte qui a permis leur mise en place, puis la fusion de ces deux Départements.

MATERIEL ET METHODE :

L'actuel Département de Recherche et d'Enseignement de Médecine Générale (DERMG) de l'Université Paris VI – Pierre et Marie Curie (UPMC) est né en 2005, issu de la fusion des Départements de Médecine Générale (DMG) des Facultés de médecine de la Pitié-Salpêtrière (PS) et de Saint-Antoine (SA).

Afin de retracer son histoire, il convient de reprendre l'histoire des départements de Médecine Générale dont il est issu, leur création et les motivations de ceux qui y ont participé, ainsi que leur fonctionnement et la façon dont les médecins généralistes y ont petit à petit pris la place qui est la leur aujourd'hui.

Par la suite, sera abordée l'histoire de la fusion de ces deux départements. Ce se fera au travers d'une approche compréhensive des différences et des points communs entre eux, ainsi que de la façon dont cette fusion a été réalisée.

Pour ce faire, ce travail s'appuie sur deux sources :

- Un recueil et une synthèse des documents d'archives encore disponibles,
- Le recueil des témoignages de personnes ayant pris une part active aux évènements relatés.

1 – LES ARCHIVES DOCUMENTAIRES :

A – Archives propres aux Départements de Médecine Générale :

Les documents disponibles dans les archives du DERMG actuel ont été consultés, ainsi que les archives conservées, au format numérique ou « papier », par les personnes rencontrées lors des entretiens.

Il s'agit de statuts des départements lors de leur création, de compte-rendu de réunions, de courriers et autres échanges épistolaires, et de tout autre document pouvant apporter des informations sur le fonctionnement quotidien de la vie universitaire que l'on essaie de raconter ici.

Ces textes ont été retrouvés après recherche dans les archives du DERMG actuel et parmi les documents conservés chez les différentes personnes rencontrées au fil des entretiens ; leur contribution éventuelle étant systématiquement demandée.

Cependant, de nombreux documents ont a priori été perdus lors des différents déménagements du DERMG après la fusion ou par ceux qui les détenaient. Ne sont relatés ici que ceux qui sont disponibles.

B – Les textes de loi :

Différents textes de loi ont été consultés afin d'étayer la partie sur l'évolution du parcours des études de Médecine Générale (MG), établissant les différentes réformes légales comme jalons de cette évolution.

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive mais sont rapportés les principaux textes qui en ont fait le cadre légal.

Ces textes sont référencés en annexes.

C – Publications :

Différentes publications, citées en annexe, issues de revues spécialisées ou de structures officielles (Collège National des Généralistes Enseignants, Conseil National de l'Ordre des Médecins, Rapports de Commissions d'enquête...) ont pu être retrouvées.

Elles ont permis une approche différente et plus explicite sur des points importants propres aux DMG, et les sources sont citées en même temps que l'extrait rapporté.

Ces textes ont été retrouvés après recherche dans les archives encore disponibles au sein de l'université, chez les personnes rencontrées au fil des entretiens, sur internet, ou dans les bibliothèques (universitaires ou à la Bibliothèque Nationale de France).

2 – LES TEMOIGNAGES :

Des entretiens individuels de type semi-dirigé ont été menés sur la base d'un guide d'entretien semi-structuré.

Ce guide a servi de trame aux entretiens, pour les aiguiller sans être contraignant, et les questions qui le composent sont ouvertes et jamais figées. Ainsi, les participants ont pu parler librement. La conversation a ainsi pu porter sur des champs non prévus initialement, permettant d'enrichir le contexte et de mieux comprendre les motivations des différents protagonistes.

Le guide d'entretien, rapporté en annexe, s'inspire de celui utilisé par le groupe « Histoire de la MG », et est composé de trois parties :

- Tout d'abord la trajectoire personnelle de l'interviewé (de ses études de médecine, son mode d'exercice etc.)
- Puis son implication dans les différents DMG, dans la vie du département et dans la fusion
- Et enfin le regard que l'interviewé porte sur l'actuel DERMG de Paris VI

Tous les entretiens - sauf un - ont été réalisés de façon individuelle. Les témoignages ainsi recueillis ont été enregistrés avec l'autorisation des participants. Tous ont été retranscrits littéralement, puis le verbatim a été envoyé aux intéressés pour d'éventuels ajouts. Comme convenu lors des conversations, seules les informations relatives au projet en question sont citées.

L'échantillon de personnes interrogées a été décidé avec les Professeurs de l'actuel DERMG, issus de la Pitié-Salpêtrière et de Saint-Antoine.

Ainsi, ont été rencontrés, par DMG historique :

POUR SAINT-ANTOINE :

- Mr Pierre ATLAN, Professeur Associé de Médecine Générale
- Mr Jean CABANE, Professeur Universitaire de Médecine interne,
- Mr Guy DOUFFET, Docteur en Médecine Générale
- Mr Jean LAFORTUNE, Professeur Associé de Médecine Générale,
- Mme Simone RADENNE, Docteur en Médecine Générale
- Mr Albert SERVADIO, Docteur en Médecine Générale
- Mr Dominique TIRMARCHE, Maitre de Conférence Associé de Médecine Générale

POUR LA PITIE-SALPETRIERE :

- Mr Dalil BOUBAKEUR, Docteur en Médecine Générale
- Mr Jean-Pierre BOUCHON, Professeur Universitaire de Médecine Interne
- Mr Philippe CORNET, Professeur Universitaire de Médecine Générale
- Mme Anne-Marie MAGNIER, Professeur Universitaire de Médecine Générale
- Mr Jean-Charles PIETTE, Professeur Universitaire de Médecine Interne
- Mr Patrick DE LA SELLE, Maitre de Conférence Associé de Médecine Générale

Les entretiens ont eu lieu en divers lieux, selon les préférences de chacun – au département de Médecine Générale actuel, à leur domicile, par vidéoconférence, au cabinet du Recteur de la Grande Mosquée de Paris – entre le 6 Décembre 2016 et le 25 Juillet 2017. Ils représentent un matériel d'environ trois cent trente pages dactylographiées.

Ces entretiens ont permis d'enrichir les données issues de la recherche documentaire, des éléments de contexte, des éléments de ressenti des différents acteurs. Il s'agit donc de rendre corps à l'histoire que ce projet cherche à retracer, afin de comprendre la création et le fonctionnement des DMG de façon plus vivante et globale qu'au travers des archives documentaires.

Les extraits sont rapportés dans le texte et les informations contributives ne sont citées nommément que lorsqu'elles sont propres à la personne concernée.

3 – PUBLICATION :

Ce travail de thèse s'inscrit dans un projet de publication intitulé « Une histoire de la Médecine Générale » entrepris par un groupe de travail regroupant Anne-Marie Bouldouyre-Magnier, Isabelle de Beco, Guillaume Coindard, Yves Gervais, Jean-François Huez, Philippe Sopena et Philippe Van Es.

Ce groupe a placé son travail sous l'égide du Collège de la Médecine Générale.

RESULTATS :

I. RAPPELS HISTORIQUES :

Pour comprendre l'histoire de la mise en place des départements de Médecine Générale à l'université, il convient d'appréhender le contexte dans lequel ces événements surviennent. Pour cela, il est intéressant de reprendre dans les grandes lignes l'évolution du parcours des étudiants en Médecine Générale en France depuis la seconde moitié du 20^{ème} siècle.

PRINCIPALES EVOLUTIONS DU PARCOURS D'ETUDES DE MEDECINE GENERALE EN FRANCE DEPUIS LE SECONDE MOITIE DU 20^{EME} SIECLE :

1) Situation après la Seconde Guerre Mondiale :

Chaque étudiant se destinant à la médecine fait une année de « PCB Médical », pour Physiques, Chimie et Biologie (avec une orientation médicale de ces sciences fondamentales), sanctionnée d'un examen, afin de pouvoir entrer dans le cursus des études de médecine. ^{[1] [4]}

La formation permettant d'obtenir le diplôme de médecin est purement universitaire. En parallèle, existent le concours de l'externat en fin de 2^{ème} année, ouvrant la voie de la formation hospitalière, puis le concours de l'internat pour les anciens externes, ouvrant la voie de la carrière hospitalière. Ces concours sont indépendants des examens de Faculté, et souvent mieux préparés que ces derniers. ^{[2] [29]}

2) 30 Décembre 1958 : Réforme « Debré » :

La réforme Debré permet la création des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et des postes de médecins à temps pleins hospitalo-universitaires, par rapprochement des institutions hospitalières et universitaires. ^[2]

L'impact sur la médecine française est majeur :

- Les CHU deviennent les hauts lieux de la médecine française,
- Les médecins qui y travaillent, spécialistes de leur domaine, jouissent donc d'un prestige et d'une reconnaissance qui valorisent d'autant plus leurs spécialités respectives
- Les étudiants qui réussissent les concours hospitaliers (externat puis internat) suivent donc la « voie royale de la formation médicale ». Ainsi, le fossé se creuse par rapport à ceux qui ne le font pas.

Il reste possible, pour ceux qui le souhaitent, de devenir médecins spécialistes via l'obtention d'un Certificat d'Etudes Spécialisés (CES), avec 2 à 4 ans de formation. Celle-ci reste essentiellement théorique, et la formation pratique de l'internat est plus valorisée, car elle permet l'accès à une carrière hospitalière. ^[2]

Sont alors médecins généralistes ceux qui, au décours des 6 années d'enseignement universitaire, par choix ou par échec au concours, ne deviennent pas internes des hôpitaux, et qui ne choisissent pas de s'inscrire à un CES pour devenir spécialistes.

De plus, comme l'illustre l'arrêté du 5 Octobre 1949 listant les différentes spécialités médicales de l'époque, l'évolution de la médecine tend vers la spécialisation. Initialement il n'y avait qu'une médecine dite « générale ». Puis les affinités de certains médecins pour un domaine particulier (cardiologie, diabétologie, etc.), les avancées techniques, et le progrès des connaissances créent un contexte poussant à la création de spécialités à part entière ; ce qui ampute progressivement le champ d'activité des médecins généralistes. ^{[3] [4]}

La création des CHU comme centres névralgiques d'une médecine spécialisée de pointe - vecteurs d'innovation et porteurs de toutes les promesses - enfonce encore le clou de la

mise à l'écart de la Médecine Générale. Cette dernière reste ambulatoire, à l'issue d'une formation plus courte et moins encadrée, et à l'activité de plus en plus grignotée.^{[3] [4]}

Il est intéressant de noter que l'on pouvait alors être médecin généraliste sans avoir jamais examiné un patient ni rédigé une ordonnance si l'on ne passait pas ces concours.^[29] Les médecins qui finissaient leur cursus en tant que généralistes n'avaient alors comme formation pratique qu'une année de « stage interné », en fin d'études. Ce stage est bien trop souvent jugé comme peu formateur.^{[6] [29]} La validation du cursus comprenait en outre des examens cliniques.

Enfin, il faut noter l'apparition, dans les années 1960, des premières associations locales de Formation Médicale Continue (FMC), où les médecins généralistes prennent en main leur formation théorique. Il s'agit ici d'une véritable rupture dans l'approche pédagogique traditionnelle. Jusque-là, ils n'avaient pour se former que des Enseignements Post-Universitaires (EPU), cours magistraux proposés par des universitaires, détenteurs d'un savoir jugé trop théorique et ne répondant pas aux demandes réelles des patients rencontrés en ambulatoire. Les formations proposées en FMC quant à elles sont élaborées en partant des problématiques posées par l'exercice quotidien de la MG et dispensées par des généralistes à leurs pairs.^[30]

3) Loi du 12 Novembre 1968 : Suppression du concours d'externat :

La suppression du concours de l'externat survient après les mouvements de contestation étudiante de Mai 68, réclamation ancienne des étudiants qui souhaitent une formation pratique pour tous.^[2]

Cette loi a deux conséquences principales :

- L'allongement de l'année de Certificat Préparatoire aux Etudes Médicales (ancienne PCB) à deux ans
- La suppression du concours d'externat.

Tous les étudiants de médecine partagent leurs années de 2^{ème} cycle entre les matinées d'externat à l'hôpital et les enseignements universitaires.

Toutefois, les modalités du concours d'internat et d'obtention des diplômes ne changent pas : hormis les modifications mentionnées plus haut, le parcours des étudiants en médecine reste le même.

4) 1971 : Mise en place du Numerus Clausus :

Suite à la réforme de 1968, le nombre d'inscrits en études de médecine augmente de façon très importante, jusqu'à dépasser largement les capacités d'accueil des hôpitaux et structures de formation, ne pouvant donc plus garantir une formation de qualité aux futurs médecins. ^[2]

Le gouvernement décide alors d'en limiter le nombre en instaurant un Numerus Clausus : nombre maximal d'étudiants admis en 2^{ème} année de médecine. Cette décision a été très largement soutenue d'une part par les médecins libéraux qui souhaitent limiter la concurrence, et d'autre part par l'Assurance Maladie qui craignait que l'augmentation du nombre d'étudiants entraîne une augmentation des dépenses de santé.

Le nombre d'étudiants en médecine - qui était jusque-là essentiellement de la responsabilité des Doyens de Facultés - devient alors une « affaire d'état ». Il est surtout important de noter que cette réforme aboutit à une limitation drastique du nombre de médecins formés : le nombre d'étudiants admis en 2^{ème} année des études médicales passe ainsi de 8 588 en 1971 à 6 408 dix ans plus tard, pour atteindre un point bas de 3 500 en 1993-1994. ^[2]

5) 1971-1977 : Travaux de la « Commission Fougère » :

La demande croissante de formation et de reconnaissance de la Médecine Générale est soutenue par les mouvements sociaux (syndicaux, étudiants notamment) et les directives européennes visant à l'harmonisation des formations et diplômes des médecins européens (visant à la libre circulation des diplômés prévue pour 1993). En 1971 le gouvernement charge une commission dirigée par le conseiller d'état Louis Fougère de mener une réflexion sur le parcours des études médicales, et plus particulièrement sur la formation des médecins généralistes. ^{[4] [5]}

Son rapport rendu en 1977 établit la nécessité de renforcer la formation des généralistes, via l'institution d'un 3^{ème} cycle des études médicales propres à la Médecine Générale. Ce serait un parcours hospitalo-universitaire et - c'est là une grande nouveauté – ce cursus

comprendrait un stage en médecine ambulatoire (cabinet de Médecine Générale, PMI, centre de santé, etc.)^[6]

La création d'un tel 3^{ème} cycle s'imposerait à eux pour 3 raisons principales :^[6]

- Il est indispensable pour former des médecins à l'exercice pratique de la Médecine Générale : son exercice exige des connaissances nombreuses, un savoir-faire et une expérience que les étudiants ne peuvent acquérir complètement au cours des premier et deuxième cycles, ni pendant le stage pratique de fin d'études ;
- Un stage pratique d'une durée de deux ans permettrait aux futurs généralistes, s'ils le souhaitent, de compléter leurs connaissances d'une ou de plusieurs « orientations » particulières ;
- L'institution de ce troisième cycle rétablirait enfin une certaine parité entre leur formation et celle des hospitaliers. Ce qui contribuerait au renouveau de la Médecine Générale.

Concernant les médecins généralistes, les objectifs de cette commission sont clairs : améliorer leur formation, revaloriser leur statut et leur reconnaissance.

Par ailleurs, c'est aussi à cette époque qu'est mis en place le 3^{ème} cycle expérimental de MG de la Faculté de Bobigny : le Diplôme Universitaire de FORMation Supérieure en Médecine Générale (DUFOR), créé par le Pr Jehan de Butler en 1973. Il s'agit du premier enseignement officiel de MG, placé sous la responsabilité d'un Collège de médecins généralistes. D'une durée de 3 ans, il propose une formation théorique et une formation pratique pour offrir aux étudiants un cursus adapté à leur futur exercice. Il était sanctionné d'un diplôme, soumis à la soutenance d'un mémoire, et reste en place jusqu'en 1984.^{[7] [8] [9]}

6) Loi VEIL du 6 Juillet 1979 et loi RALITE du 23 Décembre 1982 :

Suite à la directive européenne 75/362/CEE du 16 juin 1975 modifiée par la directive 82/76/CEE du 26 janvier 1982 - visant l'harmonisation des diplômes médicaux des pays membres - une réforme des études de santé, pourtant réclamée de longue date par les corps professionnels et étudiants, est nécessaire.

Cette loi de décembre 1982 donne lieu à un mouvement de protestation massif, principalement des étudiants en médecine. Ceux-ci s'opposent à la mise en place d'un examen national classant, alors envisagé sous l'appellation EVCO (Examen Validant et Classant Obligatoire), ouvert à tous, en lieu et place du concours d'internat, ainsi qu'à l'appellation d'« interne » pour les étudiants en Médecine Générale (qui n'ont pas validé les épreuves de sélection). Le nom de « résident » est alors choisi, même si le texte de loi prévoit un statut similaire aux internes et aux résidents. Le concours d'internat est donc maintenu, sous une forme modifiée.^{[4] [10]}

Appliquées en 1984, ces lois refondent complètement le parcours des étudiants en médecine :

- Le numerus clausus est établi par voie ministérielle, et non plus selon les capacités de formation des Facultés.
- Le tronc commun de 6 ans, comportant les premier et deuxième cycle des études de médecine, reste inchangé dans sa structure. Mais les programmes enseignés sont harmonisés. Il est à noter que la répartition des enseignements au cours du deuxième cycle reste une décision propre à chaque Faculté.
- La fin du deuxième cycle est sanctionnée par le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT).
- Le Troisième cycle des études médicales devient la règle pour tous les étudiants :
 - Mise en place du Résidanat pour les futurs généralistes, d'une durée de 2 ans, et comportant :
 - Un cursus d'enseignements théoriques universitaires de 150 à 200 heures,
 - Un parcours de stages hospitaliers de 4 semestres, durant lequel les résidents ont le statut de praticien en formation au même titre que les internes,
 - Un stage en ambulatoire en cabinet de Médecine Générale, initialement non obligatoire, d'une durée de 30 demi-journées.
 - Le concours d'internat devient la seule voie d'accès aux études de spécialités : il devient un examen universitaire, portant sur un programme national.
 - Chaque fin de troisième cycle est sanctionnée d'une validation nécessaire, en plus de la thèse, pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine.
- Les CES sont supprimés.

Pour encadrer les résidents, le texte de loi prévoit la mise en place de Commissions du 3^{ème} cycle de MG ou de Départements de Médecine Générale dans les Facultés de Médecine. Le choix entre les deux types de structures est laissé libre aux Facultés.

Les objectifs pédagogiques d'un DMG concernant l'enseignement sont de : ^[10]

- Préparer, organiser et mettre en œuvre l'enseignement de la Médecine Générale dans les *trois* cycles des études médicales.
- Participer à la formation permanente (expertise en Médecine Générale).
- Déterminer les objectifs pédagogiques pour les stages et l'enseignement théorique.
- Coordonner ces objectifs avec les autres disciplines.
- Entretenir une réflexion sur le contenu de l'enseignement, par rapport à la Faculté et à la profession. Intégration des objectifs liés :
 - A la spécificité de la Médecine Générale
 - A l'Université
 - A l'enseignement des diverses spécialités
- Favoriser les échanges avec les autres départements de la Faculté mais aussi avec les départements de Médecine Générale des autres UFR.
- Participer à la formation pédagogique des enseignants.
- Définir les critères et proposer la nomination des enseignants et maîtres de stage.
- Evaluer l'enseignement.
- Mettre en place une certification de fin de cursus.

La nouveauté des enseignements proposés par les généralistes porte autant sur le fond - les thèmes abordés sont choisis à partir des expériences de terrain des médecins généralistes - que sur la forme. Les cours magistraux proposés dans les universités ou dans les EPU sont jugés inadaptés, il apparaît alors qu'une forme de pédagogie plus interactive, favorisant le dialogue et le partage des expériences, constitue une meilleure préparation pour les étudiants de MG. Le format choisi pour les enseignements est donc généralement celui des enseignements dirigés (ED) ou des ateliers, le plus souvent dispensés en binôme devant un nombre restreint d'étudiants.

En parallèle de l'évolution du cadre légal, il faut noter l'émergence d'une volonté de reconnaissance identitaire propre aux généralistes et de structures pédagogiques adaptées. Le 19 juin 1983, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) est créé, entre autres par le Pr Jehan de Butler.^[9] Dans une rétrospective sur les 30 ans du CNGE, publiée en 2013, les Pr Bernard Gay, Pierre-Louis Druais et Vincent Renard en reprennent l'historique : « l'objectif [du CNGE] est de promouvoir la qualité et la pertinence de l'enseignement de Médecine Générale et d'assurer la formation des enseignants. [...] Rapidement, le CNGE fédéra la quasi-totalité des enseignants et maîtres de stage de Médecine Générale des 41 Unités de Formation et de Recherche (UFR) françaises de l'époque. Cette étape était fondatrice, elle permettait l'apparition d'une identité collective, avec comme revendication l'obtention d'un statut de droit commun pour les généralistes à l'université ». ^[12]

En 1986, en partenariat avec l'UNAFORMEC (Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluation Continues) et les laboratoires MSD, le CNGE crée l'École de Riom. L'objectif est « d'apporter une formation pédagogique aux généralistes enseignants et maîtres de stage intervenant dans le 3e cycle de Médecine Générale ». ^[12] C'est le CNGE qui assure la direction de l'école, élabore et coordonne les programmes, sélectionne les formateurs et organise les sessions et les examens. Cette école propose aux médecins généralistes une formation pédagogique diversifiée et personnalisée. Elle favorise une réflexion sur la pratique quotidienne, sur la recherche en MG et sur les processus pédagogiques eux-mêmes. ^[13]

7) Avril 1988 : Obligation de stage en ambulatoire pour les résidents :

Si une circulaire de Juin 1986 rappelle l'importance du stage chez le praticien pour les résidents, celui-ci ne devient obligatoire qu'à partir de l'application de la loi BARZACH du 30 Juillet 1987, avec décret d'application du 7 Avril 1988, à raison de 30 demi-journées dans un semestre.

Ainsi, la directive européenne 86/457/CEE du 15 septembre 1986 est enfin mise en application. Elle reconnaît que la Médecine Générale est une discipline autonome nécessitant une formation spécifique de 2 ans. Elle mentionne l'obligation de suivre « une formation de six mois minimum dans le cadre d'une pratique de Médecine Générale agréée ou d'un centre agréé dans lequel les médecins dispensent des soins primaires ».

En 1989, le conseiller ministériel André Lachaux est chargé de dresser un état des lieux du résidanat en France, des points forts et des points faibles de cette formation universitaire nouvelle. Son constat est alors que « les seuls départements qui existent aujourd'hui sont ceux qui avaient été créés avant l'entrée en vigueur de la réforme de 1982 » et détaille les différentes structures du 3^{ème} cycle de MG de France.^[14]

Passé ce bilan, il remarque la persistance du manque de reconnaissance des médecins généralistes par rapport à leurs confrères des autres spécialités et préconise la mise en place d'une véritable filière universitaire de MG.^{[12] [14]}

Dans le cadre de ce travail, il est intéressant de noter qu'il détaille le fonctionnement du DMG de la Faculté de la Pitié-Salpêtrière. Il ne donne cependant que peu d'informations sur la structure en place à la Faculté de Saint-Antoine, la citant parmi toutes celles décrites au plan national.

Dans les différents DMG de France, la pédagogie avance et les structures se mettent en place petit à petit. Dans ces structures, les premières nominations de médecins généralistes surviennent dès 1991.^[5] Mais il n'est toujours pas possible que ces derniers accèdent à un titre universitaire. Les personnes concernées sont nommées au titre de Maître de Conférence Associé (MCA). Les différences de statut que l'adjectif « Associé » implique sont notables :

- Ces postes sont des *fonctions* et non des *titres* (qui restent à vie, même après le départ de l'intéressé).
- Les nominations valent pour une durée de 3 ans. Passé ce délai, il leur faut déposer un dossier de candidature pour un renouvellement ou pour une nomination de Professeur Associé (PA), valable 3 ans. Après 6 ans, il n'est plus possible de rester MCA, un dossier de candidature pour une nomination de PA peut être déposé. La durée totale de la fonction d'associé est de 9 ans.

⇒ Dans un système où le Ministère de l'Enseignement Supérieur accorde un nombre défini de poste aux universités, et où les nominations sont sujettes à des querelles sans fin pour répartir ces titres, la nomination d'un « associé » ne « retire » pas un poste aux hospitalo-universitaires.

Il convient tout de même de noter, comme l'explique le Pr Jean-Charles Piette, que le cadre légal des nominations s'applique alors aux « *hospitalo-universitaires* » : rien n'est prévu pour les praticiens exerçant en *ambulatoire*. Il a donc fallu inventer un cadre légal et adapter les critères permettant de sélectionner les dossiers de candidature pour ouvrir la porte aux premiers médecins généralistes nommés, qui ne disposent pas de travaux de recherche ou de publications à leur actif.

Ainsi, même si ces nominations représentent une avancée notable pour la reconnaissance des médecins généralistes impliqués dans les Facultés de Médecine, ceux-ci n'accèdent pas à des titres universitaires à proprement parler. Il semble qu'une volonté politique de séparer les généralistes des autres spécialistes a malgré tout perduré.

8) Mai 1997 : Allongement du stage en ambulatoire à 6 mois :

La directive européenne d'harmonisation n°93/16/CEE du 5 avril 1993 réactualise les directives de 1975 et celles de 1986 en un texte unique définissant ainsi la formation spécifique de la Médecine Générale.

Il en découle la création d'une commission qui formule des propositions pour l'application effective de cette dernière directive dans un texte rédigé par le Pr Detilleux « Introduction d'un stage pratique de six mois dans le déroulement du 3ème cycle de Médecine Générale ». Concrètement, l'allongement du résidanat à 5 semestres, dont un doit être un stage exclusivement extra-hospitalier à temps plein.^[15]

Cette nouvelle réforme est mise en place par l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 puis par le décret d'application n°97-494 du 16 Mai 1997.

Le résidanat dure alors deux ans et demi. Ce changement est l'occasion pour les Facultés de Médecine qui n'en disposaient pas de mettre en place un Département Universitaire de Médecine Générale à proprement parler.

Enfin, il faut noter que ce passage de la durée du stage ambulatoire de 30 demi-journées à 6 mois représente un défi important pour les DMG, qui doivent recruter rapidement un nombre important de maitres de stages, en gérer les affectations des étudiants et le bon déroulement.

9) Janvier 2001 : Allongement du résidanat à 3 ans :

Le décret n°2001/64 du 19 janvier 2001 appliqué à la rentrée de l'année universitaire 2001-2002 allonge la durée du troisième cycle des études de Médecine Générale à 3 ans.

Par ailleurs, l'arrêté du 19 Octobre 2001 fixe la durée de l'enseignement théorique pour le 3^{ème} cycle des études de Médecine Générale à 200 heures de formation.

10) La réforme de 2002 : création du DES de Médecine Générale :

Toujours dans une optique d'harmonisation européenne des diplômes, la « loi de modernisation sociale » n° 2002-73 du 17 janvier 2002 - et notamment le décret d'application n°2004-67 du 16 janvier 2004 « relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales » - instaurent un tout autre cursus pour le troisième cycle des études de médecine.

- Le concours d'internat est supprimé, laissant la place aux Epreuves Classantes Nationales (ECN). Ce qui permet d'obtenir, par classement selon la note obtenue, un rang d'interne pour les choix de postes dans les différentes branches des études de médecine des universités françaises.
- Tous les étudiants ayant passé les ECN sont qualifiés d' « internes » et ont le même statut.
- La création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, d'une durée de 3 ans. Ceci permet de citer dans le texte de loi la Médecine Générale comme une spécialité médicale à part entière, au même rang que les autres. Le cursus comporte alors un corpus d'enseignement théorique et une maquette de stages hospitaliers et ambulatoires de 6 semestres. Un stage en pratique ambulatoire est obligatoire, et un second est possible via un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS).
- La création des Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) pour les formations complémentaires éventuelles.

De plus, à la rentrée de l'année universitaire 2005-2006, les Facultés de Médecine d'Ile-de-France sont fusionnées, et les départements de Médecine Générale regroupés au sein de ces nouvelles institutions.

11) Réforme de 2017 :

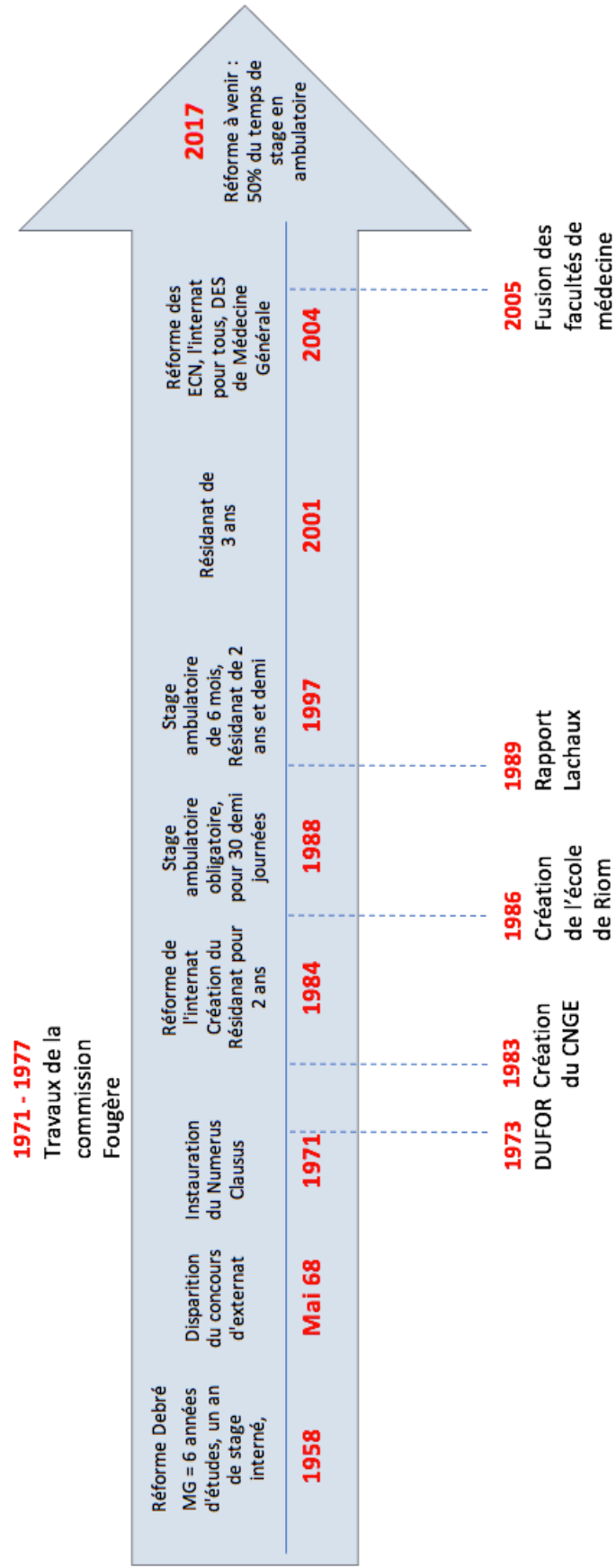
Pour améliorer la formation théorique et pratique des internes - dont le nombre croissant mène à une saturation du système d'internat actuel - un nouveau projet de réforme est actuellement en cours d'élaboration.

Le décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 « relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation », et les différents arrêtés qui lui feront suite (notamment celui du 12 avril 2017 portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine) mettront en place ce qui deviendra, à terme, le nouveau parcours des internes de Médecine Générale : ^[16] ^[17]

- Une première année, dite « phase socle », durant laquelle seront effectués un stage en médecine d'urgence et un stage ambulatoire de niveau 1. Cette année se soldera par une évaluation personnalisée du parcours des internes, via un référent dit « coordonnateur » pour chaque étudiant, et l'élaboration d'un « contrat de formation » définissant l'ensemble des connaissances et compétences à acquérir (objectifs pédagogiques) et le parcours de formation à suivre.
- Suivie d'une « phase d'approfondissement » de deux ans, durant laquelle seront réalisés 4 semestres dont :
 - Un stage hospitalier en médecine adulte polyvalente
 - Un SASPAS
 - Un stage « Femme » obligatoire, hospitalier ou ambulatoire
 - Un stage « Enfant » obligatoire, hospitalier ou ambulatoire
- La mise en place des formations Spécialisées Transversales, permettant aux futurs médecins généralistes d'acquérir une formation spécialisée dans le cadre de la Médecine Générale, dans des domaines variés (addictologie, douleur, médecine du sport, etc.). Celles-ci seront envisagées dès l'élaboration du contrat de formation.
- La disparition des DESC auparavant accessibles aux généralistes.

Ainsi, à terme, 50% des stages des internes de Médecine Générale seront réalisés en ambulatoire.

Principales réformes dans le parcours des études de Médecine Générale en France depuis 1958 :



II. CREATION DU DMG DE SAINT-ANTOINE :

Créé à la fin du 18^{ème} siècle, l'hôpital Saint-Antoine devient rapidement un pôle de spécialités (notamment en gastro-entérologie, chirurgie digestive, ORL, radiologie, transfusion sanguine). Mais il se veut aussi un centre de médecine de proximité, globalitaire, avec une mission de santé publique (maternité, lutte antituberculeuse, consultations antivénériennes, etc.).

Choisi comme site pilote pour la première section de CHU de Paris, son centre universitaire voit le jour le 18 Octobre 1965. ^[18]

1) Etat des lieux de la Médecine Générale à Saint-Antoine avant la réforme de 1984 :

En 1984, la Faculté de Saint-Antoine est tournée vers les spécialités médicales hospitalières. Aucune place n'y est alors prévue pour les médecins généralistes, et ces derniers peuvent y rencontrer de la part de certains « mandarins » une franche condescendance (quand ce n'est pas un franc mépris, selon le ressenti de nombreux généralistes rencontrés dans le cadre de ce travail).

Ainsi le Pr Loygues, Doyen de la Faculté de Médecine de Saint-Antoine de 1969 à 1974, puis de 1977 à 1980, fait partie de ces médecins pour lesquels la Médecine Générale ne peut prétendre à aucune place au sein de l'Université. Dans cet état d'esprit, vers la fin des années 1970, un petit groupe de généralistes (dont font partie le Pr Pierre Atlan, le Dr Guy Douffet, et le Dr Albert Servadio) le consulte pour lui proposer la mise en place d'enseignements destinés aux futurs médecins généralistes, comme cela commence à se faire dans certaines universités françaises (notamment Bobigny et Bordeaux). Il aurait répondu, selon les personnes sus-citées, que « moi vivant, aucun généraliste ne rentrera à la fac », réponse symbolique de l'état d'esprit de l'époque.

Par ailleurs, tous les médecins généralistes qui, au décours de leur diplôme, se sont installés dans ces années-là en témoignent : leur formation est insuffisante. Au cours des entretiens, les généralistes décrivent leur désarroi initial face aux patients qui viennent les consulter en cabinet avec des demandes concrètes auxquelles les cours universitaires, magistraux et bien trop théoriques, n'apportent pas d'élément de réponse.

Afin de proposer à leur patientèle une prise en charge de qualité, et devant l'incompréhension par les universitaires de leur besoin d'une formation plus adaptée, ils décident de prendre leur instruction en main. Ainsi naissent des amicales, des associations et des structures de FMC locales, dont l'objectif principal est de proposer des formations scientifiquement rigoureuses, adaptées aux réalités du terrain que rencontrent les généralistes en exercice.

Cela leur permet aussi d'apprendre les bases de pédagogie qui permettent de préparer puis d'animer une formation, de réaliser un dossier documentaire, ou de construire un cas clinique permettant de répondre aux besoins réels des praticiens : il s'agit dans le même temps d'une « formation des formateurs ».

Ces structures de FMC visaient donc autant à maintenir un niveau satisfaisant de connaissances scientifiques sur la durée qu'à la maîtrise des moyens pédagogiques nécessaires au développement de cette connaissance. Si quelques variations entre les structures peuvent être notées, notamment la question du concours financier de l'industrie pharmaceutique, l'objectif reste toujours le même : adapter la formation aux besoins réels du métier.

Un exemple notable est le Collège des Généralistes de l'Est Parisien (CGEP), fondé par le Pr Pierre Atlan. Ce collège se définit comme « association 1901 de Médecins Généralistes libéraux et salariés désirant maîtriser leur formation continue ainsi que l'évaluation de leur pratique professionnelle conformément à leurs besoins et à leurs obligations ». ^[19] Il se définit dans ses statuts comme « strictement indépendant de l'industrie pharmaceutique », ^[19] et représente un lieu de rencontre majeur entre les praticiens des environs de la Faculté de Médecine de Saint-Antoine désireux de parfaire leur formation.

Enfin, comme le rappelle notamment le Dr Servadio, l'élaboration des enseignements pour la FMC implique souvent le recours à des hospitaliers, ce qui permet de tisser des liens entre les généralistes impliqués dans cette pédagogie et leurs confrères.

Ainsi, jusqu'au début des années 1980, il n'y a pas d'enseignement propre à la MG à la Faculté de Médecine de Saint-Antoine, et les généralistes des environs de la Faculté assurent leur formation via des structures de FMC extra-universitaires. Et ces structures permettent la mise en place progressive de réseaux entre les généralistes et de commencer à faire connaître aux hospitaliers les particularités de la formation dont les généralistes ont besoin.

2) Création d'une commission du 3^{ème} cycle en 1984, puis d'un DMG en 1997 :

a) Histoire du Département de Médecine Générale :

En 1984, la réforme des études de médecine instaure un 3^{ème} cycle de Médecine Générale : le « résidanat ». Le Pr Imbert est alors Doyen de la Faculté de Médecine de Saint-Antoine ^[18], et il décide la mise en place une Commission du 3^{ème} cycle de MG selon les dispositions légales en vigueur.

Il faut alors recruter des médecins généralistes pour prendre part à cette commission, et les praticiens impliqués dans la FMC semblent les plus pertinents. Ces derniers se montrent enthousiastes à cette idée, et c'est ainsi que les Drs Pierre Atlan, Guy Douffet, et Albert Servadio sont sollicités, parmi toute une équipe d'enseignants.

Cette commission est placée sous la présidence d'un praticien hospitalo-universitaire (HU) interniste : le Pr Jean Dry, chef du service de médecine interne et d'allergologie de l'hôpital Rothschild. La coopération avec celui-ci, un peu à distance, laisse aux généralistes une grande liberté d'action, comme le raconte le Pr Pierre Atlan, et ils prennent notamment en charge la formation théorique des résidents et la coordination des stages ambulatoires.

A partir de 1989, la direction de cette commission est confiée au Pr Jean Cabane, médecin interniste à l'hôpital Saint-Antoine.

Son implication est une garantie pour les instances dirigeantes de la qualité scientifique des enseignements prodigués aux étudiants. Son dynamisme, son ouverture envers la MG, insufflent une présence et une énergie nouvelle au conseil de gestion du 3^{ème} cycle de MG.

Par ailleurs, comme le racontent bien le Dr Servadio ou le Dr Douffet, à l'exception notable de certains hospitaliers comme le Pr Cabane, l'accueil de ces généralistes par une grande partie des hospitalo-universitaires est au départ assez froid, voire méprisant.

Du point de vue des HU, comme l'explique le Pr Cabane, il apparaît que les généralistes venus prendre part à la vie de la Faculté n'ont pas eu à subir le long et difficile parcours qui les a menés à leur poste d'universitaire. De plus, ils n'ont à leur crédit aucune publication scientifique « respectable » (parue dans une revue à fort impact factor) ni travail de recherche dans leur domaine, qui sont pour eux les « mètres étalons » de la valeur d'un universitaire - idée que le Pr Cabane illustre au travers du dicton « *to Publish or to Perish* ».

Le compagnonnage des généralistes et des hospitalo-universitaires bienveillants prend alors toute son importance, pour les guider dans un monde qui leur était nouveau et réticent.

Les rôles de cette commission sont définis ainsi :

- Coordonner l'enseignement théorique de MG
- Recruter les maitres de stage ambulatoire, coordonner ces stages, et veiller au bon fonctionnement des stages hospitaliers des résidents.
- Fixer les modalités de validation du 3^{ème} cycle de MG et des thèses.
- Décider du fonctionnement administratif du 3^{ème} cycle de MG, et sa représentation administrative.

Tout est alors à faire, il n'y a aucun corpus ni référence pédagogique sur laquelle se baser. Il leur faut, pour citer le Dr Dominique Tirmarche, une réelle envie d' « aller au charbon » : donner de son temps, de sa personne, de son manque à gagner – le Dr Tirmarche raconte par exemple avoir pris une semaine de congés pour préparer un ED sur les vertiges – afin de mettre au point et transmettre une formation de Médecine Générale de qualité.

Or, l'implication et la volonté de bien faire des généralistes - devenus chargés d'enseignement universitaire - leur permet d'acquérir progressivement une reconnaissance par une part croissante de leurs pairs hospitaliers et universitaires. Au fil des années, à force d'échanges entre les généralistes et leurs confrères HU dans les cursus d'enseignement, et devant la qualité des formations pédagogiques développées, commence à naître une forme de respect mutuel et une reconnaissance de l'expérience acquise en médecine ambulatoire. Cela permet de changer petit à petit cette idée d'illégitimité de la Médecine Générale à l'université.

Par la suite, la reconnaissance intellectuelle ouvre la porte à une reconnaissance hiérarchique, par le biais des rétributions financières des chargés d'enseignement et maitres de stages mais surtout de nominations de Maitres de Conférences Associés (MCA) puis Professeurs Associés (PA).

En Juin 1997, le Pr Pierre Atlan est le premier médecin généraliste nommé MCA à la Faculté de Saint-Antoine, symbole d'une intention nouvelle et plus ouverte de la Faculté vis-à-vis de l'enseignement de MG. [20]

Dans ce nouvel état d'esprit, et sous l'impulsion favorable du Pr Thibault - Doyen de la Faculté à cette époque - un Département Universitaire de Médecine Générale à proprement parler est mis en place en 1997.

Ce DMG bénéficie d'une « structure plus autonome », comme le raconte le Pr Atlan, et de moyens de fonctionnements plus adaptés.

Il est dirigé par le Pr Pierre Atlan de 1997 jusqu'à sa retraite en 2003, puis par le Dr Liliane Marmié jusqu'à la fusion, toujours en partenariat avec le Pr Jean Cabane.

Par la suite, cette implication des généralistes, et un fond de militantisme pour la reconnaissance de la MG chez certains, permettent au DMG de Saint-Antoine de se développer et de progressivement se démarquer de la médecine interne. Comme le raconte le Pr Jean Cabane, le département initialement animé par des hospitalo-universitaires, servant de tuteur - « au sens botanique du terme » - et partenaires des généralistes, devient un département animé par des généralistes.

En 2005, au moment de la fusion avec le DMG de la Pitié-Salpêtrière, la place de ces derniers dans la vie du DMG est donc prépondérante sur celle des hospitaliers.

b) Composition du DMG et nominations :

Il n'a malheureusement pas été possible de trouver de trace écrite du DMG de Saint-Antoine antérieure à Décembre 1999.

A fortiori, aucune archive n'a été retrouvée relatant l'époque de la commission du 3^{ème} cycle de MG.

Toutefois, le Pr Pierre Atlan raconte qu'en 1984 un groupe de généralistes enseignants - dont font partie le Dr Guy Douffet et le Dr Albert Servadio et lui-même, mais dont la liste exhaustive n'a pas pu être retrouvée - fait vivre la commission du 3^{ème} cycle de Médecine Générale, présidée par le Pr Jean Dry.

A partir de 1989, le Pr Jean Cabane est nommé à la tête de cette commission.

Lors de la mise en place du DMG de Saint-Antoine, son Conseil ne comprend - hors le Pr Cabane - que des généralistes, comme en attestent les comptes rendus des réunions encore disponibles.

Sont ainsi présents lors de ces réunions, outre le Pr Pierre Atlan et le Pr Jean Cabane, le Dr Joseph Elkaim, le Pr Jean Lafortune, le Dr Liliane Marmié, le Dr Jacques Pigneur, le Dr Jean Pouillard, le Dr Jean-Paul Quincy, le Dr Simone Radenne, le Dr Jean-François Renard, le Dr Albert Servadio, le Dr Yves Taieb, le Dr Marie-Pierre Taravella, et le Dr Dominique Tirmarche.

Par ailleurs, il apparaît que les nominations des généralistes du DMG de Saint-Antoine sont survenues assez tard par rapport aux autres DMG d'Ile-de-France. Interrogé à ce sujet, le Pr Pierre Atlan estime que cela est probablement dû à l'action conjointe d'une réticence passive des instances universitaires à la nomination d'un généraliste et d'un manque de revendication politique des généralistes eux-mêmes.

Cela change à partir de Juin 1997. Ont alors pu accéder à des postes d'associés : (Annexe 3)

- Le Pr Pierre Atlan, nommé MCA en 1997, puis PA en 2000,
- Le Dr Liliane Marmié, nommée MCA en 2001,
- Le Pr Jean Lafortune, nommé MCA en 2003.

c) Modalités pédagogiques :

Malgré l'avancée notable dans la formation des futurs médecins généralistes qu'elle représente, il ressort des entretiens que les moyens accordés à la commission du 3^{ème} cycle sont assez faibles, et que ses locaux comme ses ressources sont inadaptés.

La seule trace écrite retrouvée permettant de préciser ces ressources est le rapport Lachaux. Selon ce document, elles sont :^[14]

- Budget : seules les heures complémentaires sont mentionnées, au nombre de 400. Il est mentionné dans cet état des lieux que ce chiffre constitue « une anomalie, [...] la dotation ministérielle de chaque UFR [étant] de 500 heures complémentaires ». Aucune explication n'est fournie à ce sujet. Chaque heure complémentaire valant 150 francs, cela représente un budget annuel de 60.000 francs.
- La commission du 3^{ème} cycle de MG dispose de locaux, de moyens de photocopie et de rétroprojection, mais pas de matériel informatique ou de documentation.

De la même source documentaire, il ressort au sujet de la commission du 3^{ème} cycle : ^[14]

- Elle est sous la responsabilité d'un HU.
- Elle est composée officiellement d'HU, d' « hospitaliers généraux », de généralistes et d'étudiants à parts égales.
- Sa structure comporte officiellement 20 membres.
- Son conseil de gestion se réunit 8 fois par an.
- En Novembre 1988, 322 étudiants sont répartis entre les 2 années de formation.
- Aucune information n'est donnée quant aux stages chez le praticien.

Concernant les ED, des réunions des généralistes enseignants ont lieu régulièrement pour décider du programme et répartir les chargés d'enseignement pour chaque thème. Selon le Pr Pierre Atlan, seuls des généralistes se réunissent au départ, et le Pr Jean Cabane vient y prendre part dès son arrivée.

La recherche documentaire et les entretiens n'ont pas permis de comprendre de quelle façon les programmes d'enseignement sont établis aux débuts de la commission. Il semble que les directives ministérielles et du groupe de coordination nationale des DMG (alors dirigée par le Pr Detilleux à Cochin) aient servi de référence.

Le rapport Lachaux ^[14] fait quant à lui état de 91 heures d'enseignement au cours du 3^{ème} cycle.

Ces ED sont préparés par les généralistes enseignants, qui souvent (mais pas obligatoirement) sollicitent l'avis d'hospitaliers. Puis ils sont dispensés dans les locaux de la Faculté de Médecine de Saint-Antoine, par un binôme de médecins généralistes.

Il ressort des entretiens que les chargés d'enseignement et les maitres de stages sont recrutés par cooptation, le plus souvent au travers des Amicales et autres associations de FMC que fréquentent les généralistes acteurs du DMG.

Il est à noter l'importance du réseau que constitue alors le CGEP pour recruter des enseignants aux méthodes pédagogiques très proches de celles en vigueur à Saint-Antoine.

Cette sélection par l'implication des médecins en FMC permet d'accueillir des gens intéressés par la pédagogie et motivés à l'idée de s'impliquer dans l'enseignement universitaire.

De plus, elle permet d'assurer une uniformité des méthodes pédagogiques, largement calquées sur celles acquises en FMC, et bien décrites par le Dr Servadio et le Pr Atlan :

- Identification des problématiques de terrain propres aux généralistes en exercice ambulatoire, notamment suivant une échelle de fréquence ou de gravité,
- Constitution d'un pré-test, puis correction de ce dernier,
- Discussions sur un ou plusieurs cas cliniques permettant d'avoir la plus large idée possible du thème traité,
- Constitution d'un dossier pédagogique d'apprentissage souvent très fourni, incluant les notions abordées et recommandations officielles des sociétés savantes éventuelles, qui sera remis à chaque participant,
- Evaluation de la qualité de l'enseignement par ceux qui l'ont reçu.

Il convient de noter la grande liberté donnée aux généralistes enseignants quant aux méthodes pédagogiques et à la façon de traiter les thèmes abordés. Cet aspect, souvent mentionné lors des entretiens, est clairement explicité par le Pr Pierre Atlan.

Quant aux praticiens hospitaliers, s'ils ne participent globalement pas à la dispense des ED, ils sont souvent sollicités pour leur préparation en amont.

Enfin, le rapport Lachaux mentionne qu'un examen écrit est organisé pour la validation du 3^{ème} cycle, et remarque un nombre croissant d'étudiants invalidés l'enseignement théorique : 3 étudiants pour l'année 1985-1986, puis 15 l'année suivante et 28 deux ans plus tard. Ces invalidations ont causé leur redoublement.^[14]

En 1997, avec le soutien du Pr Thibault, un département de MG à proprement parler est mis en place à la Faculté de Saint-Antoine. Comme le rappelle le Pr Pierre Atlan, le fonctionnement pédagogique est sensiblement inchangé, mais cela marque tout de même un tournant important dans la politique de la Faculté de Saint-Antoine vis-à-vis de la Médecine Générale universitaire.^[20]

Concrètement, par rapport à la commission qui lui a précédé, le département dispose de moyens plus conséquents, avec des locaux, du temps de secrétariat et du matériel informatique alloués.

Des informations détaillées sur le DMG et ses moyens sont disponibles dans une seconde évaluation des structures nationales de 3^{ème} cycle de MG, publié en 1998 par le Comité National d'Evaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel (CNE). Selon cet état des lieux : ^[20]

- Les statuts du DMG ne sont pas encore déposés, et il dispose d'un budget limité : pas de budget propre, seulement 200 heures complémentaires allouées.
- Il dispose d'un bureau et d'équipement informatique, ainsi que d'un quart de temps de secrétariat.
- Le Conseil du département se réunit une fois par mois, et est composé officiellement de 2 coordonnateurs - un HU et un généraliste associé -, 4 généralistes, 3 HU et un hospitalier. Les étudiants n'y sont pas représentés.
- Le DMG comporte 22 généralistes enseignants à la rentrée 1997. Ils reçoivent une formation interne, et sont encouragés à suivre les séminaires de l'École de Riom. Il n'y a toutefois pas de Collège pour les représenter officiellement.
- Le DMG comporte huit groupes de travail, dont un consacré à la relation avec les organismes de FMC.
- Le nombre d'étudiants en 3^{ème} cycle est stable entre la rentrée 1992 (109 étudiants) et la rentrée 1997 (107 étudiants).
- 160 heures d'enseignement sont proposées, réparties en 8 modules la première année et 5 la seconde. Chaque séance de 2 heures est répétée entre les mardis et mercredis après-midi, pour faciliter la fréquentation des étudiants. Officiellement, chaque séance est assurée par un trio comportant un HU et deux généralistes (mais il ressort des entretiens que les HU sont en fait assez peu présents).
- La validation du cursus repose sur la présence obligatoire à 50% des séances d'enseignement, et un examen en fin de 3^{ème} cycle, portant sur la résolution de problèmes cliniques. En cas d'échec à l'examen, les étudiants doivent réaliser un mémoire.
- Il n'y a pas encore de sensibilisation à la MG en 1^{er} et 2^{ème} cycle, il n'y a pas encore eu de thèse en MG.

Il faut noter qu'à la rentrée 1997, le stage ambulatoire passe à 6 mois : se pose le problème du recrutement des maîtres de stage pour assurer ce nouveau semestre ambulatoire.

Mais – comme le rappelle le Pr Jean Lafortune – une des forces des généralistes enseignants du DMG de Saint-Antoine se trouve aussi dans leur origine : issus du milieu associatif et de la FMC, ils disposent d'un important réseau de médecins généralistes pouvant être candidats à l'encadrement des résidents stagiaires. Le bilan dressé par le CNE ^[20] rapporte seulement que l'effectif des étudiants en stage est multiplié « presque par 3 ». Il rapporte toutefois que la validation de ce stage passe par l'assiduité de l'étudiant, la réalisation d'un rapport de stage et l'appréciation du maître de stage.

Les programmes pédagogiques encore disponibles montrent que les ED proposés portent aussi bien sur la démarche médicale (prise en charge d'une pathologie donnée, démarche diagnostique devant un symptôme, actes techniques, etc.), que sur des aspects pratiques de l'exercice de ville (modalités d'installation, rapports à l'Assurance Maladie, etc.) au cours d'une « Journée de Médecine Générale » organisée annuellement.

Les critiques des étudiants sont recueillies quant aux enseignements qu'ils reçoivent et prises en compte dans l'élaboration des programmes des années suivantes.^[20]

A propos de l'examen requis pour la validation du 3^{ème} cycle des études de MG, les comptes rendus de réunion encore disponibles montrent qu'il se fait au travers d'un examen écrit comprenant 4 cas cliniques ou d'un Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS). Cette seconde modalité est proposée aux étudiants, sur la base du volontariat, et se substitue à l'examen écrit. Une session de rattrapage est prévue le cas échéant.

Concernant les ECOS, il s'agit d'une méthode d'examen centrée sur la pratique : les étudiants sont placés au centre d'une simulation clinique volontairement concrète pour coller aux réalités des consultations que les étudiants pourront rencontrer. La mise en situation peut porter sur l'examen d'un patient, la rédaction d'une ordonnance ou d'un certificat, la mise en place de mesures de prévention, etc. Ce sont de véritables jeux de rôle qui plongent la personne évaluée dans une situation interactive, où le savoir-faire est aussi important que le savoir-être. Les patients sont joués par des acteurs, et leur rôle est entièrement écrit à l'avance – des modalités de maquillage (par exemple une ecchymose) peuvent être données, le passé et le contexte social ou familial de leur personnage sont précisés, etc. L'évaluation de l'étudiant est faite par un observateur tiers – qui ne doit pas

intervenir – au moyen d’une grille de correction détaillée et objective. Chaque station dure 7 minutes, et il faut au moins 40 stations pour que l’ECOS soit valide.^{[21] [22] [23]}

Toutefois, même si elle permet une excellente évaluation des compétences cliniques des étudiants, les contraintes de cette méthode sont assez lourdes et elle demande une organisation et des ressources – notamment budgétaires pour payer les acteurs – importantes.

Au DMG de Saint-Antoine, 4 stations d’ECOS ont pu être proposées, et les patients sont joués par les généralistes enseignants.

Concernant les thèses, un prix de thèse est mis en place en 1999, nommé prix Pierre Ageorges – en hommage à l’un des membres fondateurs de l’UNAFORMEC – « pour couronner les travaux apportant une avancée [en MG] ». ^[24] Ce prix est assorti d’une dotation financière, grâce au soutien financier de quelques associations proches du département, et est remis chaque année en public lors de la Journée de MG organisée par le département.

Par ailleurs, le tutorat est proposé sur la base du volontariat, ouvrant aux étudiants la possibilité d’un encadrement personnalisé par un des chargés d’enseignement, qui le guidera dans le bon déroulement de sa formation, le respect de sa maquette, et pourra l’aider ou le conseiller en cas de difficulté.

Enfin, le compte rendu de réunion du Conseil du Département du 6 décembre 1999 rapporte les activités des généralistes enseignants dans le 2^{ème} cycle des études de médecine. Ceux-ci assurent des séances de sensibilisation à la MG et aux rôles du généraliste, au travers d’une séance par an pour les étudiants de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année, où la présence est obligatoire mais non sanctionnée d’un examen. De plus, un certificat optionnel sur les examens biologiques est proposé aux étudiants.

Le même document rend compte de la suggestion du Pr Pierre Atlan d’instaurer des stages en cabinet de Médecine Générale pour les étudiants de 2^{ème} cycle, « à condition que des moyens matériels soient trouvés ».

d) Particularités du DMG de SA :

Certains aspects propres au DMG de Saint-Antoine et à son histoire doivent être mis en lumière :

- *Ses rapports aux instances dirigeantes de la Faculté :*

Comme pour chaque DMG ou commission du 3^{ème} cycle de MG, ses rapports à sa hiérarchie font partie de son histoire propre.

Concernant le DMG de Saint-Antoine, il faut noter l'opposition initiale des universitaires à l'entrée de la MG au sein de la Faculté de Médecine. Le Doyen Imbert a été le premier à s'adapter au cadre légal de 1984 et à ouvrir la porte aux généralistes. S'il n'était pas opposant à une formation universitaire des étudiants de MG, on peut toutefois noter des témoignages reçus une forme de réticence passive, où, comme le raconte le Pr Atlan, « chaque pas en avant était une lutte ». Ceci peut expliquer en partie le caractère tardif des nominations des généralistes enseignants aux postes d'associés et le manque de moyens dont a souffert la commission du 3^{ème} cycle de MG.

Il ressort des entretiens que le Doyen Thibault a quant à lui été plutôt ouvert à la MG, aidant à la mise en place du DMG et lui octroyant des moyens de fonctionnement plus conséquents. On peut aussi noter des témoignages reçus une ouverture au dialogue et une considération accrue pour les généralistes.

- *Caractère tardif des nominations :*

Par comparaison aux autres DMG de la région, celui de SA n'a vu ses premiers généralistes accéder aux postes d'associés qu'après 1997, probablement par l'action conjointe d'un manque de revendication des candidats potentiels (le Pr Pierre Atlan expliquant très bien avoir attendu que le Pr Albert Hercek le pousse à monter son dossier de candidature) et une forme de passivité de la hiérarchie qui n'a pas cherché à défendre les intérêts de la MG en son sein, au moins jusqu'au Doyen Thibault.

- *Particularités dans les méthodes pédagogiques :*

Les méthodes pédagogiques acquises en FMC sont, comme c'est d'ailleurs le cas à la Pitié-Salpêtrière, largement reproduites au DMG. Mais la particularité du DMG de SA est qu'un dossier pédagogique très fourni était remis aux étudiants à chaque enseignement. Un groupe de travail est par ailleurs dédié aux relations du DMG aux structures de FMC.

Par ailleurs, les ECOS étant une modalité d'évaluation clinique lourde à mettre en place, beaucoup de DMG ont préféré ne pas y recourir. A Saint-Antoine, cette forme d'examen a été proposée pendant près de 10 ans, comme le mentionnent les comptes rendus de réunions du bureau du DMG encore disponibles.

- *L'autonomie des MG vis à vis des hospitalo-universitaires :*

Dès la mise en place de la commission du 3^{ème} cycle de MG à SA, les généralistes enseignants ont pu jouir d'une grande autonomie dans la gestion de l'enseignement : le Pr Atlan explique qu'il n'envoyait la liste des ED et leur répartition aux chargés d'enseignement que « par égard » au Pr Dry, qui supervisait les généralistes avec distance.

Dès l'arrivée du Pr Cabane, son implication est nette dans la vie du 3^{ème} cycle de MG, et son partenariat de direction avec le Pr Atlan a toujours été le reflet de sa bienveillance et son ouverture envers la MG. Il explique d'ailleurs clairement sa façon de penser son implication dans le département : « j'ai toujours considéré que les généralistes savaient ce que c'était que la Médecine Générale et qu'ils n'avaient pas besoin de moi pour l'enseigner ! Justement parce qu'ils étaient spécialistes ! [...] Je les ai aidés en leur donnant des tas de conseils, notamment sur l'organisation, sur la recherche, sur l'enseignement... Je n'ai jamais eu l'impression de les diriger, [...] il n'était pas question de les brider, il n'était pas question de les arrêter dans un enthousiasme qui était de bon aloi ! ».

Hormis le Pr Jean Cabane, il ressort des entretiens et des comptes rendus qu'aucun hospitalier ou hospitalo-universitaire ne semble avoir pris part aux réunions du bureau du DMG ou à l'encadrement des résidents. Leur rôle semble s'être limité à la préparation en amont des ED, en partenariat avec les généralistes enseignants, lorsque ceux-ci choisissent de les consulter.

Il en résulte que les généralistes disposent d'une grande liberté d'action au sein de la structure d'enseignement, le Pr Cabane étant une « caution universitaire », garant de la qualité scientifique de la formation des étudiants.

Par la suite, quand le Pr Cabane a petit à petit pris de la distance avec le DMG, une fois que les généralistes eurent gagné en reconnaissance et en autonomie, ces derniers disposent d'un espace d'enseignement de façon quasi-indépendante.

III. CREATION DU DMG DE PITIE-SALPETRIERE :

La Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière est créée le 27 novembre 1968.

Elle est située au 91 et au 105 du boulevard de l'Hôpital, à Paris 13ème, au cœur du plus grand centre hospitalier européen.

Cet hôpital s'étend sur 35 hectares et comporte environ 2500 lits représentant les spécialités historiques (neurologie, psychiatrie), mais également toutes les spécialités médicales et chirurgicales avec, par exemple, un pôle très important de cardiologie, de chirurgie ou d'urgence médico-chirurgicale.

Le centre hospitalier Pitié-Salpêtrière comporte également les hôpitaux d'Ivry, pôles d'excellence en gériatrie. ^[25]

1) Etat des lieux de la Médecine Générale à PS avant la réforme de 1984 :

Comme le raconte le Pr Jean-Pierre Bouchon, l'histoire de la formation des médecins généralistes au CHU de la Pitié-Salpêtrière commence dans les années 1950, à « l'hospice des incurables » d'Ivry, au sein du service de médecine interne du Pr Jean Vignalou.

Celui-ci, désireux d'ouvrir une consultation d'endocrinologie et d'augmenter le recrutement, et conscient de la valeur d'une bonne coordination avec les médecins généralistes pour une prise en charge de ses patients de qualité, décide de « s'ouvrir sur la ville ».

A cette fin, il met en place une charte mettant en valeur le contact avec les médecins généralistes qui lui adressent leurs patients. Ces derniers sont prévenus pour tout événement touchant la prise en charge de leurs patients. Ils reçoivent dès la sortie d'hospitalisation un compte-rendu détaillé et sont invités à prendre le relai rapidement pour assurer le suivi des soins. Ils sont invités à venir dans le service d'hospitalisation se rendre compte du travail effectué, et y sont accueillis sans délai (le Pr Bouchon rapporte qu'il n'a vu le Pr Vignalou s'énerver qu'une seule fois : contre un interne qui a fait attendre un généraliste). Ils sont les bienvenus lors des staff et présentations touchant les personnes dont ils ont la charge.

Selon le Pr Bouchon, cette première forme d'entente Ville-Hôpital est alors, une quasi-nouveauté. Le Pr Vignalou ayant compris que la séparation virtuelle entre les médecins généralistes exerçant en ambulatoire et les médecins hospitaliers est surtout un « mur d'incompréhension ! ».

Cela permet de constituer un véritable réseau d'échanges et de communication entre la médecine interne, telle qu'elle se pratiquait à Ivry, et les médecins généralistes.

De plus, le Pr Vignalou met en place un EPU destiné aux médecins généralistes diplômés, pour parfaire leur formation.

Aucune trace n'a pu être retrouvée sur cet EPU.

Lors de la mise en place des CHU, au début des années 1960, l'hôpital d'Ivry est rattaché au CHU de la Pitié-Salpêtrière.

Le Pr Jean-Pierre Bouchon, élève du Pr Vignalou et ancien externe de son service, raconte très bien la qualité de cette coordination entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Ayant fini son externat, et avant d'entamer son internat, il effectue son service militaire, durant lequel il est envoyé à Berlin pour assurer des consultations de médecine de famille pour les militaires qui y sont postés. Durant presque deux ans, il peut se rendre compte du manque de formation de ceux qui sont confrontés aux réalités de la consultation en ambulatoire : il n'avait par exemple jamais eu l'occasion d'apprendre à examiner un tympan d'enfant durant sa formation hospitalo-universitaire.

Cette initiation sans formation adaptée à la Médecine Générale telle qu'elle se pratique sur le terrain lui donne l'envie (à son retour à Ivry pour son internat puis surtout par la suite durant son clinicat, dès 1964) d'œuvrer pour pallier à ce manque.

Ainsi, dès les années 1970, le Pr Jean-Pierre Bouchon met en place un stage extrahospitalier pour les étudiants se destinant à la Médecine Générale, durant leur année de « stage interné ». Ce stage comporte alors une dizaine de demi-journées en médecine de famille, mais aussi en gynécologie, obstétrique, pédiatrie, dermatologie, en PMI, et même dans une caisse de Sécurité Sociale ! Cela vise à « compléter leur enseignement de Faculté dans des domaines où celui-ci semblait à l'époque insuffisant au plan pratique ». ^[26]

Ce stage permet de renforcer les liens entre les médecins internistes et les généralistes du secteur, devenus maîtres de stage. Les affectations sont gérées de près et de façon très personnalisée pour chaque étudiant par le Pr Bouchon.

La recherche de maîtres de stages se fait souvent par cooptation entre généralistes, et on y trouve notamment le Dr Dalil Boubakeur (généraliste dans le 13^{ème}, président de l'Amicale du 13^{ème}), le Dr Pierre Guillet, le Dr Patrick de la Selle (généraliste sur Ivry), le Pr Anne-Marie

Magnier (généraliste dans le 13^{ème}), parmi un groupe de plus d'une centaine de praticiens sur un secteur alliant Paris et la grande couronne.^[26]

Par la suite, le Pr Bouchon organise quant à lui un certificat optionnel baptisé « Médecine et Thérapeutique Pratique », destiné aux étudiants de second cycle des études médicales. Pour cela, il organise des séances de cours théoriques sur les aspects de la médecine telle qu'elle se rencontre en cabinet de généraliste, pour laquelle la formation universitaire est jugée insuffisante.

Les thèmes des cours sont choisis par les généralistes et le Pr Bouchon, qui se tournent vers des spécialistes d'organes choisis selon le thème abordé à chaque fois, avec une volonté de coller aux demandes des patients lors des consultations de ville.

Par ailleurs, il ressort des entretiens avec les Prs Jean-Charles Piette et Jean-Pierre Bouchon qu'il faut noter le soutien permanent du Doyen Jean-Claude Legrand. Celui-ci dirige la Faculté de Médecine de la PS de 1979 à 1990.^[27] Il est biologiste de formation, mais tout à fait conscient de l'importance d'offrir aux généralistes une formation de qualité, pour répondre aux besoins de la population dont ils sont le premier recours.

Une notion déjà prégnante - qui se retrouvera par la suite dans le DMG de PS - est la parité entre les généralistes et les hospitaliers dans la gestion des formations et leurs préparations, puis la dispense des enseignements.

2) Création du Département de Médecine Générale de Pitié-Salpêtrière en 1983 :

a) Histoire du DMG :

Concernant la mise en place du DMG de PS, le Pr Bouchon (citant un éditorial du Pr Bernard Devulder paru dans la Revue du Praticien) résume assez bien la transformation des structures déjà en place dans ce CHU au travers de la formule « la Foi et la Loi » : il a fallu des enthousiasmes combinés à un cadre légal pour que soit mis en place le Département de Médecine Générale de la Pitié – Salpêtrière.^[26]

Ainsi, les prédispositions favorables à la MG en vigueur au CHU de la PS depuis près d'une dizaine d'années permettent d'accueillir les nouveaux textes règlementaires et de faciliter

grandement la transformation des structures préexistantes en un DMG à proprement parler dès 1983.

Ce département sera nommé Département de Médecine de Famille.

Sa création n'a pas été plébiscitée pour autant. Il faut alors expliquer aux « vieux mandarins » qui y sont réticents que la formation de médecins hospitaliers « d'élite » n'exclut pas la formation de médecins généralistes de qualité. Le soutien des hospitalo-universitaires et hospitaliers qui ont travaillé avec les généralistes, des internistes tels le Pr Bouchon et le Pr Piette, du Doyen Legrand puis du Doyen Saillant, est donc primordial à la naissance puis au développement du DMG.

Cette structure est coordonnée dès le début par un binôme composé du Pr Jean-Charles Piette, interniste à la PS, et du Dr Patrick de la Selle, généraliste à Vitry-sur-Seine.

Le Pr Bouchon rappelle l'importance du respect de la règle de parité, dans la préparation des ED comme dans leur dispense, entre les généralistes et les hospitaliers ou HU. De même, il faut noter la qualité de la relation entre ces partenaires, aussi bien dans l'élaboration des ED que dans les échanges et discussions scientifiques lors des séances préparatoires. Comme le raconte le Pr Piette, les hospitaliers y découvrent une perspective souvent nouvelle pour eux : celle des demandes des patients « de tous les jours », qui consultent en cabinet de ville.

Petit à petit, les interactions entre les généralistes chargés d'enseignement et les hospitalo-universitaires ou hospitaliers, et le constat de la qualité des médecins impliqués et des formations dispensées permettent de faire évoluer les mentalités de ceux qui étaient au départ réticents à l'entrée de la MG à la Faculté.

En reconnaissance du travail accompli, le Doyen Legrand engage le Dr de la Selle à établir son dossier de candidature qui lui permettra de faire partie de la première promotion de généralistes nommés MCA en 1991. Ce premier poste ouvrira la voie des nominations des médecins généralistes aux postes d'associés au CHU de la PS.

En 1997, le Pr Anne-Marie Magnier est nommée MCA à son tour et prend la direction du DMG au départ de son prédécesseur toujours en partenariat avec le Pr Piette.

La vie pédagogique suit son cours pendant la décennie suivante, avec un souci de développement et de perfectionnement permanent, aussi bien au plan de la formation théorique (sur le contenu comme sur les méthodes pédagogiques) que des stages hospitaliers et ambulatoires.

Au fur et à mesure - et même si la règle de la parité entre généralistes et hospitaliers reste en vigueur - les généralistes gagnent en autonomie dans la gestion du DMG et en légitimité reconnue dans le monde universitaire.

Le besoin du « grand frère » - pour reprendre l'expression du Pr Jean-Charles Piette - que représente la médecine interne se fait un peu moins sentir. Les internistes restent partie prenante, au titre de guides dans le monde universitaire et conseillers pédagogiques, mais leur « caution morale » est de moins en moins requise. La parité entre hospitaliers et généralistes dans la l'élaboration et la dispense des ED reste néanmoins la règle.

Ainsi, lorsqu'en 2003 la fusion des Facultés de Médecine est annoncée, comme le mentionne un compte rendu de réunion du groupe de coordination Ile de France des DMG, le département de la PS est une structure autonome, avec une assise et des moyens concrets, une identité et des structures qui lui sont propres.

b) Composition et nominations universitaires :

Il ressort du rapport Lachaux qu'un groupe de 4 médecins (2 internistes, le Pr Bouchon et le Pr Piette, et 2 généralistes, le Dr de la Selle et le Dr Fuchs) est au centre de cette structure débutante, sous la responsabilité directe du Doyen et « dans un climat de grande confiance »^[14].

Les comptes rendus des réunions du département permettent de d'établir une liste (non exhaustive) de personnes ayant participé à la vie du Département :

- *Pour les hospitaliers :*

Le Pr Jean-Pierre Bouchon, le Pr Nathalie Chalumeau-Costedoat, le Pr André Grimaldi, le Pr Sylvie Legrain, le Dr Bruno Lesgourgues, le Pr Jean-Chales Piette, le Doyen Gérard Saillant, le Dr Claudine Soubrie.

- *Pour les généralistes enseignants :*

Le Dr Antoine de Beco, le Dr Isabelle de Beco, le Dr Daniel Bernard, le Dr François Blanchard, le Dr Ouri Chapiro, le Pr Philippe Cornet, le Dr Bernard Degornet, le Dr Jean-Pierre Dupont, le Dr Pierre Fuchs, le Dr Murielle Guiller, le Dr Ghislaine Henry, le Dr Alain Jean, le Dr Alain Lebon, le Dr Pierre Levy, le Dr François Mace, le Pr Anne-Marie Magnier, le Dr Jean-Marie Mouthon, le Dr Jérôme Pitras, le Dr Pierre Rey-Giraud, le Dr Michel Rolinat, le Dr Patrick de la Selle, le Dr Georges Touraille, le Dr Joelle Vidal-Dupont,

Par ailleurs, le militantisme des généralistes et leur implication au quotidien, après avoir ouvert les portes de la reconnaissance intellectuelle de leurs pairs, permet d'envisager une reconnaissance hiérarchique du travail accompli par ses membres les plus investis.

Les universitaires impliqués dans le développement du DMG - autant le Doyen que les internistes partenaires du DMG au quotidien - prennent rapidement conscience de la nécessité des nommer des généralistes aux postes d'associés et du chemin pour y parvenir. Ils les engagent dans cette démarche et guident les médecins concernés dans la constitution de leur dossier de candidature.

Cela permet à plusieurs généralistes enseignants du DMG de la PS d'être nommés : *(Annexe 3)*

- Dr Patrick de la Selle, nommé MCA en 91, renouvelé en 94
- Pr Anne-Marie Magnier, nommée MCA en 97, puis PA en 2003
- Pr Philippe Cornet, nommé MCA en 2000
- Dr Michel Rolinat, nommé MCA en 2003

c) Modalités pédagogiques :

Le rapport Lachaux^[14] permet de préciser les moyens dont dispose le DMG de la PS à ses débuts :

- Le DMG est mis en place le 11 Mai 1983. Il est composé du Professeur coordonnateur de la région Ile de France, de 7 professeurs HU, dont le Doyen, 3 praticiens hospitaliers, 11 généralistes, et 4 étudiants.
- Le budget du DMG est composé de 20.000 francs + 221 heures complémentaires sur le budget de l'UFR + 900 heures complémentaires, pour un total de 182.000 francs.
- Il dispose d'un local, d'un secrétariat de Faculté (un agent de la scolarité générale), de moyens informatiques, de photocopies et de rétroprojection, mais pas d'un centre de documentation.

De plus, cette archive documentaire^[14] stipule que :

- Le DMG est placé sous la responsabilité du Doyen de la Faculté.
- Sa structure comporte 26 membres.
- 2 réunions plénières sont organisées par an.
- En novembre 1988, 259 étudiants sont inscrits en 3^{ème} cycle.
- Le stage chez le praticien a été mis en place en 1979, il est obligatoire dès 1985. Les étudiants sont répartis entre deux maîtres de stages, pour 30 demi-journées. 100 maîtres de stages sont attachés au DMG.
- 145 heures d'enseignement théorique sont proposées, il n'y a pas d'examen écrit pour la validation du cursus (mais un examen oral est organisé).

Les généralistes enseignants et maîtres de stages ont formé un Collège associé au département. Ce groupe s'étoffe le plus souvent par cooptation de généralistes intéressés par la pédagogie, via les amicales et structures de FMC, notamment la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG), née dans le 13^{ème} arrondissement parisien.

De nombreux documents relatant la vie du département, ses activités et la pédagogie qui y est développée, sont encore disponibles. De cette source documentaire et des entretiens, il ressort que :

- Les programmes d'enseignement sont établis annuellement au cours des deux réunions plénières, et répartis parmi les enseignants par le bureau du DMG.
- Un séminaire est organisé chaque année par le Collège des enseignants et maîtres de stage, conjointement avec la Faculté et sous la présidence du Doyen. A cette occasion, un bilan de l'année précédente est établi et les améliorations éventuelles à apporter sont proposées.^[14]
- Les ED sont préparés par un binôme composé d'un généraliste et d'un hospitalier. Une particularité de l'enseignement au sein du DMG de la PS est le recours aux Situations Cliniques Simulées (SCS), dont la paternité est revendiquée par le Dr Patrick de la Selle. Il s'agit de prévoir une situation pratique, concrète et pouvant potentiellement se présenter à n'importe quel généraliste en exercice. Elles sont entièrement écrites à l'avance, et permettent d'évaluer la démarche de l'étudiant. Ce dernier peut par exemple être confronté à la demande d'informations de la part d'un patient, à la rédaction d'un certificat, ou rédiger de façon claire et détaillée une ordonnance pour un patient dans un contexte précis. Cette « méthode pédagogique résolument interactive », comme la qualifie le rapport Lachaux^[14], permet d'aborder les enseignements avec une perspective nouvelle, loin des cours magistraux et bien plus appréciée des résidents, qui le mentionnent lors des évaluations des ED faites a posteriori.

De même, les thèmes abordés portent sur des discussions de dossiers de malades ou des ateliers pratiques que sur des aspects professionnels de la MG : modalités d'installation, rapports aux différents organismes – Caisse d'Assurance Maladie, Ordre des Médecins par exemple – ou l'équipement d'un cabinet.

On note ainsi une volonté de proposer un cursus pratique et adapté aux besoins de terrain des généralistes, une véritable dynamique dans la vie pédagogique, cherchant toujours à se renouveler. Comme le mentionne le Pr Cornet, dans cette recherche de perfectionnement, les généralistes enseignants prennent part aux congrès de pédagogie au Québec.

- Dans le cadre de cet effort pédagogique, tous les ED sont soumis à une validation préalable par un Comité de Lecture. Cette commission est ouverte à tous les enseignants et se réunit régulièrement « dans une salle au sous-sol de l'hôpital de la PS, sans aération » selon toutes les personnes rencontrées qui y ont pris part. Y sont présentés les thèmes des ED et la méthode pédagogique envisagée. Les SCS préparés en amont y sont présentés pour correction et validation éventuelle avant d'être soumis aux étudiants.

Ce comité de lecture a une importance capitale dans le contrôle de la qualité de l'enseignement dispensé et dans l'établissement de relations cordiales entre les généralistes et les hospitaliers, par le biais de débats et d'échanges basés sur les expériences de chacun. L'aspect paritaire de l'enseignement prend alors tout son sens : il se noue un véritable partenariat entre les universitaires ou hospitaliers et les médecins généralistes.

Cette façon de valider les enseignements perdurera durant toute l'histoire du DMG de la Pitié-Salpêtrière, et sera maintenue quelques années après la fusion avec le DMG de Saint-Antoine.

- Cette volontaire parité entre généralistes et hospitaliers est constante dans l'histoire du DMG de la PS, et se retrouve à tous les niveaux de la vie du département. Chaque décision, chaque commission, chaque enseignement, chaque jury d'examen, est le fruit d'un travail où les généralistes et les HU sont représentés à parts égales.
- Concernant les stages ambulatoires, la formule initialement retenue est celle de deux stages de 15 à 20 demi-journées chacun, chez deux maîtres de stage différents. En 1997, la durée de ce stage sera portée à 6 mois comme dans tous les autres DMG de France. Cette augmentation majeure du nombre de terrains de stage représente un nouveau défi pour l'équipe pédagogique. Rapidement, une charte explicitant les objectifs et les modalités du stage est mise en place, ainsi qu'une formation à la maîtrise de stage. Puis une évaluation des différents lieux de stage est demandée aux résidents après leur passage, et une évaluation des résidents est également demandée aux maîtres de stage sur un carnet de stage nécessaire à sa validation. Ces retours permettent

aussi de peaufiner le pool de stages disponibles pour en assurer la qualité. Par la suite un rapport de stage est demandé aux résidents, décrivant de façon succincte une situation rencontrée en ville durant leur passage, les difficultés qu'elle leur a posées et la démarche qui a permis de les résoudre.

- Afin de valider de la formation, les étudiants doivent :
 - Remettre en fin de première année du 3^{ème} cycle un mémoire dont le thème, choisi librement, doit concerner l'activité du médecin généraliste.
 - Avoir validé leurs stages, hospitaliers et ambulatoires.
 - Passer un examen en fin de deuxième année, sous la forme d'une vignette clinique présentée oralement et argumentée devant un binôme composé d'un généraliste et d'un hospitalo-universitaire.
 - Avoir soutenu une thèse de médecine, idéalement dans le champ de la MG.

Les enseignements dirigés représentent initialement un volume total de 145 heures pour l'ensemble du cycle (20 séances de 3h30 chacune par année de formation). La présence n'y est au départ pas obligatoire, mais les étudiants sont avertis qu'ils constituent une excellente préparation à leur examen final, dont les thèmes sont proches de ce qui est développé en ED.

- Une évaluation des connaissances des résidents au sortir du 2^{ème} cycle, via un test d'évaluation au début de la TCEM1, est organisée. Ceci afin de limiter les redondances de cours théoriques entre les cycles et pour dépister les éventuelles lacunes qui pourraient être comblées et adapter le programme d'enseignements. Ceci a donné lieu à un travail de thèse. ^[31]
- Enfin, pour encadrer au plus près les résidents et les aider à réaliser leurs projets professionnels, le tutorat est proposé, sur la base du volontariat. Il permet d'affecter à chaque étudiant intéressé un chargé d'enseignement qui sera son référent dans le parcours de formation, pour s'assurer de son bon déroulement et l'aider en cas de difficulté.

Par ailleurs, même si la structure du DMG est inchangée, l'état des lieux dressé en 1998 par le CNE permet d'envisager l'évolution de la structure après 15 ans d'activité : [20]

- Au plan budgétaire : le département reçoit une dotation annuelle d'environ 250.000 francs, employée pour payer environ 1000 heures complémentaires et 50.000 francs de matériel.
- Le DMG comprend un emploi de MCA, et 12 chargés d'enseignement.
- Le DMG dispose d'un bureau, mais « petit et très excentré », et d'un temps partiel de secrétariat.
- Le nombre d'étudiants en 3^{ème} cycle décroît progressivement : à la rentrée 1992 ils sont 203* (127 résidents et 76 internes), puis 113 à la rentrée 1995 (43 résidents et 70 internes). Cette diminution correspond donc à celle - attendue - du nombre de résidents.
- L'enseignement théorique comprend 180 heures, réparties sur les deux années, dispensées en fin d'après-midi et le samedi, dans le secteur universitaire du service de médecine interne. Les ED sont toujours établis sous forme de SCS, et le DMG dispose d'une base de données de plus de 500 situations, comportant des réponses validées par le comité de lecture, et régulièrement mises à jour.
- La validation du cursus requiert la présence à 50% des enseignements théoriques.
- La sensibilisation à la MG en 2^{ème} cycle est abordée, via la mise en place en 1998 d'un séminaire de 9h pour les étudiants en fin de DCEM3.
- Le nombre de thèses portant sur un sujet en relation avec la Médecine Générale reste faible (25 en 5 ans).
- Il n'y a pas de recherche en Médecine Générale organisée par l'université.

Par la suite, comme le raconte le Pr Piette, afin de promouvoir les thèses orientées vers la MG, une commission mise en place, qui donne son aval aux titres et aux directeurs des thèses proposées par les étudiants. Des formations à la direction de thèse sont aussi proposées.

* Le rapport initial mentionne 339 étudiants, erreur qui a été corrigée par la suite.

Enfin, concernant la sensibilisation à la MG dans le 2^{ème} cycle, les différentes actions des généralistes enseignants sont :

- Le séminaire de MG, est organisé pour les étudiants de DCEM3, sous forme de 3 fois 3 heures, où la présence est obligatoire sans être contrôlée, sanctionné d'un examen à note éliminatoire.
 - o La première séance vise à présenter la profession de médecin généraliste, ses rôles et ses fonctions.
 - o La seconde concerne le concept de continuité des soins.
 - o La dernière aborde les concepts d'approche globale et de coordination.
- Participation à l'élaboration du Module I « apprentissage de l'exercice médical » (ED « Filières et réseaux »)
- Le module « douleurs et soins palliatifs » (une séance de 2 heures)
- Certificat optionnel « Rôle du médecin généraliste en matière de prévention » (3 séances de 3 heures).
- Des certificats optionnels innovants sont proposés tel le séminaire mis en place en Septembre 1990 par le Pr Magnier intitulé « la vie du médicament ». Ouvert aux étudiants dès la fin du 2ème cycle, son objet est d'éveiller l'esprit critique des étudiants vis-à-vis de leurs futures prescriptions, de les éveiller à la iatrogénie, à la pharmacovigilance. Le Pr Magnier raconte que « c'est la première fois que les professeurs de thérapeutique et de pharmacologie travaillent ensemble ! ». Il comporte en outre une séance sur les laboratoires pharmaceutiques, pour aborder avec les étudiants leurs modes de fonctionnement, la nécessité de leur mise à distance, et l'identification des procédés de marketing.
- Un stage en cabinet de MG est envisagé mais ne dispose d'aucun budget et ne s'appuie sur aucun décret d'application à ce moment-là.

d) Particularités du DMG de PS :

- *Soutien des hospitaliers :*

Le travail de collaboration avec les généralistes initié par les internistes de l'hôpital d'Ivry, la prédisposition bienveillante du Pr Piette, des Doyens Legrand et Saillant envers la MG, permettent au DMG de se mettre en place dans des conditions favorables.

Par la suite, cette ouverture d'esprit sur la MG aide à en défendre les intérêts, en termes de moyens au quotidien comme de nominations aux postes d'associés. L'idée exprimée par le Pr Bouchon concernant « la Foi et la Loi » se retrouve parfaitement : les enthousiasmes des personnes impliquées à tous les niveaux permettent d'exploiter au mieux le cadre légal qui ouvre progressivement les portes de la Faculté à la MG.

- *Parité généralistes / hospitalo-universitaires :*

Les généralistes rencontrés, relativement novices en pédagogie à leurs débuts dans le monde universitaire, reconnaissent volontiers l'importance du compagnonnage avec les hospitaliers dans le développement du DMG.

Toutefois, ce département ayant pour objectif l'accès des résidents à un cursus de formation universitaire de qualité, par et pour des généralistes, ceux-ci doivent bénéficier d'une part de responsabilité conséquente.

La parité est donc l'équilibre choisi par l'équipe pédagogique du DMG de PS, et selon le Pr Bouchon, une grande part de la réussite du DMG de la PS tient au respect de cette règle.

Mentionné dans le rapport Lachaux^[14], ce principe est décrit comme une des « conditions du succès [du DMG] : un véritable partenariat dont la formule du binôme généraliste/hospitalo-universitaire est le reflet ».

Parmi les personnes rencontrées, aucune n'exprime le ressenti d'une ascendance des uns sur les autres.

- *Comité de lecture :*

Véritable centre névralgique de l'enseignement théorique, le comité de lecture est un organe du DMG constitué de généralistes et d'hospitaliers. C'est un lieu de débat où se rencontrent la connaissance théorique des universitaires et l'expérience concrète - acquise au contact des patients - des généralistes. Tous les ED et ateliers, toutes les SCS, tous les sujets d'examens, sont soumis à sa critique, puis à sa validation, avant d'être ajoutés au corpus d'enseignement.

Il est aussi caractérisé par son ouverture. Toutes les personnes désireuses de s'impliquer dans l'enseignement, tous les sujets potentiels, y sont les bienvenus.

Cette méthode permet de garantir la rigueur et la qualité scientifique du travail présenté aux étudiants, mettant la connaissance des universitaires face aux demandes des patients rencontrés par les généralistes en exercice.

Le Pr Jean-Charles Piette exprime cette idée de la meilleure façon possible, expliquant qu'« [il] y apprenait des choses ! Parce que justement ça [le] sortait de l'hôpital, des maladies rares, des malades sélectionnés avec quatre degrés successifs, et donc ça [le] replongeait dans le quotidien de l'exercice médical, avec des situations auxquelles [il] n'aurait pas pensé, ou des moyens astucieux sur comment prendre en charge un malade en ville, enfin les premier et deuxième degrés avant de l'envoyer à un hospitalier si le problème persiste. [Il y a] appris beaucoup de médecine de tous les jours, et "de tous les jours" n'étant pas péjoratif, parce que si on connaît pas "tous les jours" on ne sait pas faire ».

- *Implication des résidents :*

Les résidents sont mentionnés dans les comptes rendus des réunions du bureau. Ils évaluent a posteriori les stages où ils sont affectés et les ED qu'ils reçoivent. Leurs évaluations sont utilisées dans le bilan annuel dressé par le Collège des enseignants et maîtres de stage.

Les terrains de stage sont choisis de façon très personnalisée, selon les modalités (type de transport, horaires...) et le projet personnel de l'étudiant. Il faut reconnaître ici l'héritage de la méthode du Pr Bouchon, appliquée dès les années 1970 pour proposer aux futurs généralistes un stage en ville durant leur année de stage interné.

- *Les Situations Cliniques Simulées :*

Dans la description qu'en fait le Dr de la Selle, les SCS ne sont « pas des cas cliniques, pas des dossiers, mais des situations complètement écrites pour poser une question, ou pour trancher, pour faire réfléchir, et qui sont construites, qui ne sont pas du tout des situations réelles, et le travail sur ces situations est fait en binôme ».

La question posée à l'étudiant est toujours volontairement concise (on retrouve très souvent la rédaction d'une ordonnance, mais aussi d'un certificat, d'une démarche d'examen complémentaires, ou d'un courrier d'adressage). Cette méthode permet de poser le cadre d'une réflexion concrète, ou d'une évaluation sur la démarche clinique et non sur la connaissance théorique.

Cette méthode pédagogique permet de préparer les étudiants aux difficultés qu'ils pourront rencontrer *dans leur exercice quotidien* pour essayer de diminuer l'impression de solitude, quand le médecin se rend compte qu'il n'a pas été préparé aux demandes de ses patients, tant décrite par les personnes interviewées à leurs débuts.

- *Les thèmes des enseignements :*

De par les affinités intellectuelles des chargés d'enseignement, on peut retrouver des thèmes d'enseignements récurrents, tels la pharmacologie ou la gériatrie, avec parfois des façons d'aborder les sujets tout à fait innovantes.

Sont aussi favorisés les sujets concrets, pour préparer au mieux les résidents à l'exercice ambulatoire, tels les modalités d'installation, la gestion d'un cabinet, le matériel informatique, les remplacements, l'économie de la santé, la démographie, etc.

- *Recrutement important via la SFTG :*

Le recrutement des chargés d'enseignement et maîtres de stage est, comme souvent, le fruit d'une cooptation entre praticiens. L'implication des généralistes du DMG dans la FMC, avant leur exercice universitaire et en parallèle de celui-ci, fait que la SFTG est souvent (mais pas exclusivement) le lieu de ces rapprochements.

Il est intéressant de noter que la SFTG est une structure de FMC née de l'opposition de généralistes au marketing des laboratoires pharmaceutiques. Les premières réunions de la SFTG locale de Paris Sud se faisaient avec les pharmacologues de la PS.

IV. FUSION DES DMG :

1) Une fusion « imposée » :

En 2003, le regroupement des Facultés de Médecine d'Ile-de-France est annoncé, avec l'objectif « 1 université = 1 Faculté ».

Les Facultés de Paris intra-muros sont regroupés par fusions en trois structures :

- La Faculté de Médecine de l'Université de Paris V - Descartes, regroupant les Facultés de Médecine de Broussais, Cochin, et Necker.
- La Faculté de Médecine de l'Université de Paris VI – Pierre et Marie Curie, regroupant les Facultés de Médecine de Pitié-Salpêtrière et Saint-Antoine.
- La Faculté de Médecine de l'Université de Paris VII – Denis Diderot, regroupant les Facultés de Médecine de Bichat et Lariboisière.

De l'avis de toutes les personnes rencontrées dans le cadre de ce travail, ces fusions n'ont été annoncées aux différents départements qu'une fois actées, sans aucune concertation avec les équipes pédagogiques, les textes légaux prévoyant qu'elles soient effectives sous 2 ans.

Il semble, de l'avis du Pr Jean Lafortune et du Pr Jean Cabane, que l'objectif principal de ces regroupements ait été d'obtenir des universités parisiennes avec des « masses critiques plus importantes ». Ainsi, au classement de Shanghai, où le nombre de publications est un critère important, l'UPMC est classée 39^{ème} mondiale (et première université française) en 2016 ^[28]. Un objectif a priori secondaire mais ayant un impact fonctionnel majeur est la réduction des effectifs pédagogiques et donc des coûts engendrés.

Toutefois, ces nouvelles structures beaucoup plus importantes, brassant un nombre d'étudiant beaucoup plus conséquent, semblent représenter une perte sèche en termes de formation pédagogique car ne permettent pas de contact avec les étudiants aussi rapproché que celles qui préexistaient. Le Pr Jean Cabane l'illustre parfaitement au travers de l'exemple caricatural des cours dispensés en PCEM1 dans un amphithéâtre retransmis en temps réel dans un second amphithéâtre : certains étudiants voient leur professeur quand d'autres voient un écran, à l'interactivité assez limitée, il s'agit selon lui d'un « non-sens pédagogique! Mais c'est un progrès managérial.. ».

Par ailleurs, il semble que les modalités du regroupement n'aient pas été claires au départ : le Pr Anne-Marie Magnier raconte que le DMG de la PS devait initialement fusionner avec celui de Cochin, puis avec celui de l'Hôtel-Dieu, et quelques réunions de préparation ont même eu lieu entre les équipes.

Finalement, la fusion des DMG de la Pitié-Salpêtrière et de Saint-Antoine au sein du DERMG de l'Université Pierre et Marie Curie est annoncée fin 2003, pour être effective dès la rentrée 2005, en charge aux équipes concernées d'appliquer cette nouvelle réforme.

2) Les différences notables et points de rapprochement entre les DMG

Pour comprendre les difficultés que la fusion des DMG a pu poser, il convient de reprendre les points de différence importants et les points communs entre ces deux structures d'enseignement, à la veille de leur union.

a) Différences :

Pour reprendre l'expression du Pr Jean Lafortune, « à chaque fois qu'il y avait deux options, on n'avait pas pris la même ! ».

Au travers des éléments recueillis lors des entretiens et des archives disponibles - notamment les réunions de préparation à la fusion - il ressort plusieurs différences significatives :

Sur la place des hospitaliers et hospitalo-universitaires dans le département :

- A SA, le seul hospitalier présent dans la vie du DMG est le Pr Jean Cabane, coordinateur avec le Pr Pierre Atlan du bureau du département.
- A PS, la règle de la parité entre généralistes et hospitaliers reste en vigueur, ceux-ci étant présents à parts égales à tous les niveaux de la vie du DMG.

Sur les modalités des enseignements :

- Les chargés d'enseignement de SA préparent les ED en sollicitant si besoin l'aide d'un hospitalier du domaine concerné et les ED ou ateliers sont dispensés par un généraliste enseignant seul ou un binôme de généralistes.

La forme des enseignements reprend celle utilisée en FMC, avec un pré-test, des cas cliniques, et la remise d'un dossier pédagogique très fourni à chaque étudiant. S'y retrouve une grande volonté d'interactivité, avec la mise en place d'apprentissages par problèmes ou de jeux de rôles.

- Les chargés d'enseignement de PS préparent les formations en binôme avec un hospitalier du domaine concerné, les présentent au Comité de Lecture pour validation collégiale, et les ED sont dispensés par un binôme généraliste/hospitalier.

La forme choisie est généralement celle des Situations Cliniques Simulées.

Sur les stages en médecine de ville :

- Au moment de la fusion, le DMG de SA dispose de 50 maitres de stages et 50 terrains de stage, les résidents sont toujours affectés sur deux terrains de stages, et la validation du semestre passe par la validation du maitre de stage et la tenue du carnet de stage.
- Au moment de la fusion, le DMG de PS dispose de 47 maitres de stages et 27 terrains de stages, les résidents sont affectés entre un et trois terrains de stages. La validation de ce semestre passe par l'évaluation du maitre de stage, la tenue du carnet de stage, et la rédaction d'un rapport de stage rendu au département par l'étudiant.

De plus, à partir de 2003, les étudiants de PS en stage ambulatoire participent à des groupes de pairs. Ceci afin de les initier au travail de FMC, qui reste un devoir pour tout praticien en exercice.

Sur les thèses :

- Les résidents de SA présentent une thèse, qui porte idéalement sur un sujet de MG. Pour en favoriser l'orientation, un prix de thèse avec une dotation financière est mis en place et remis publiquement.
- Les résidents de PS doivent présenter leur titre et directeur de thèse pour validation. De plus, des sessions de formation à la direction d'une thèse sont mis en place, avec pour objectif de favoriser la recherche en MG tout en garantissant la rigueur du travail effectué.

Sur les nominations d'associés et chargés d'enseignement :

- A la veille de la fusion, le Dr Liliane Marmié et le Pr Jean Lafortune sont les seuls MCA du département de SA, le Pr Pierre Atlan étant parti en retraite en 2003. 20 chargés d'enseignement sont attachés au DMG.
- A la veille de la fusion, le Pr Anne-Marie Magnier est PA, le Pr Philippe Cornet et le Dr Michel Rolinat sont MCA. 14 chargés d'enseignement sont associés au DMG.
De plus, les chargés d'enseignement et Maitres de stages y sont réunis au sein d'un Collège.

Sur la validation du 3^{ème} cycle de MG :

- Au moment de la fusion, les résidents du DMG de SA doivent avoir validé 80 heures de formation théorique, l'ensemble de leurs stages, soutenir une thèse, et présenter un examen *écrit* de 4 cas cliniques ou un ECOS de 4 situations.
- Au moment de la fusion, les résidents du DMG de PS doivent avoir validé 60% des heures de formation théorique, l'ensemble de leurs stages, soutenir une thèse, et réussir un examen *oral* devant un binôme généraliste / hospitalier.

Il a fallu de nombreuses réunions et une réelle volonté d'aboutir pour harmoniser le travail des deux départements.

b) Points communs :

Les mêmes ressources documentaires et témoignages permettent de mettre en évidence certains points communs entre les structures :

- Les deux DMG dispensent environ 200 heures de formation théorique chacun au cours du 3^{ème} cycle, conformément aux textes en vigueur. Les grands thèmes de l'exercice de la discipline sont abordés, et seule la forme différencie SA et PS. On note ainsi un taux d'adéquation élevé entre les départements par rapport au programme national du DES.
Seuls quelques thèmes sont spécifiques à l'une ou l'autre des Facultés.
De même, la recherche d'une rigueur scientifique pointue dans les enseignements se retrouve dans les deux DMG, sous une forme différente : au travers du dossier pédagogique remis aux étudiants de SA, comprenant les références bibliographiques,

comme au travers de la confrontation des points de vue et expériences par le dialogue en comité de lecture pour les enseignants de PS.

- Dans les 2 Facultés, le tutorat est en cours de mise en place, sur la base du volontariat et sans financement prévu pour les tuteurs.
- Un élément capital dans la viabilité de cette union des départements : le partage de valeurs communes, notamment *l'indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique*. Le Pr Jean-Charles Piette qualifie cette caractéristique commune comme une « évidence presque non-dite », claire pour tous dès le début du travail de mise en commun. Cette volonté d'indépendance se traduit au sein des deux équipes par la mise en place d'enseignements pour éduquer les étudiants à la nécessaire prise de distance vis-à-vis des laboratoires et à la critique des procédés marketing de ceux-ci.
- De l'avis de toutes les personnes rencontrées, les personnes impliquées dans le travail de rapprochement des Facultés avaient tous le même objectif en tête : assurer la meilleure formation possible aux étudiants. Cette bonne volonté commune permet à chacun d'envisager un terrain d'entente ou des compromis, pour pouvoir aller de l'avant.

3) Modalités de rapprochement :

Pour envisager de fonder un DERMG commun qui soit issu à parts égales des départements de Saint-Antoine et de Pitié-Salpêtrière, plusieurs réunions de concertation ont été organisées.

Il est possible de retrouver une trace de ces réunions de concertation, initialement entre le Dr Marmié et le Pr Magnier, chacune à la tête de son département, dès le mois de novembre 2003.

Ces réunions deviennent ensuite mensuelles et s'y impliquent des chargés d'enseignements des deux Facultés : les comptes rendus encore disponibles font état de la présence du Pr Philippe Cornet, du Dr Jean-Pierre Dupont, du Dr Ghislaine Henry, du Pr Anne-Marie Magnier, du Pr Jean-Charles Piette, et du Dr Joëlle Vidal-Dupont, pour PS ; du Pr Jean Cabane, du Pr Jean Lafortune, du Dr Liliane Marmié, du Dr Simone Radenne, du Dr Jean-François Renard, du Dr Marie-Pierre Taravella, et du Dr Dominique Tirmarche pour SA.

La recherche documentaire n'a pas permis de retrouver une liste exhaustive des personnes impliquées et certains noms ne sont probablement pas cités ici.

Les axes de rapprochements des départements sont définis ainsi :

- Rapprochement des programmes d'enseignement et définition de modalités pédagogiques communes
- Mise en commun des terrains de stage
- Définition de modalités de fonctionnement du département fusionné
- Les modalités et critères de validation du 3^{ème} cycle de MG

Restent aussi à définir les modalités « pratiques » du futur département :

- Son emplacement physique (localisation du département et lieux d'enseignement)
- Son budget et les moyens matériels dont il doit disposer
- Ses statuts et sa composition

Les différentes missions ont été réparties de manière la plus paritaire possible entre les enseignants des deux DMG, thématique par thématique.

Concernant le contenu des enseignements, la grande similitude de fond sur une grande partie des thèmes abordés permet de ne mutualiser que les thèmes spécifiques à chacune des Facultés. Dès la rentrée 2004, les enseignants de SA vont à la Faculté de PS, et ceux de PS vont à la Faculté de SA, pour proposer aux étudiants un accès aux ED qui ne sont pas traités dans leurs DMG d'origine.

Enfin, une nouvelle association est créée intitulée « Collège des Médecins Généralistes Enseignants de l'Université Pierre et Marie Curie » (CMGE-UPMC), dont les statuts ont été adoptés lors de l'assemblée générale extraordinaire du 15 Juin 2004. Ce nouveau collège permet une extension de celui déjà présent à PS aux praticiens issus de SA. Il est présidé par le Dr Jean-Pierre Dupont (Président) et le Dr Dominique Tirmarche (Président-Adjoint).

De l'avis de toutes les personnes rencontrées, l'ambiance décrite a posteriori semble plutôt cordiale, chacun semblant avoir conscience de la supériorité de l'intérêt commun. Il convient

toutefois de noter le caractère fédérateur de certaines personnes, tel le Dr Jean-Pierre Dupont, dont la capacité à apaiser les conflits est souvent rapportée lors des entretiens.

4) La fusion :

Au fil du travail de préparation à une rentrée universitaire commune, les différentes réponses sont apportées aux questions posées :

- Les statuts du Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale de l'Université Pierre et Marie Curie sont établis puis adoptés par le Conseil de Faculté le 24 Octobre 2005, pour une mise en place le 29 Novembre 2005.
- Les programmes d'ED sont harmonisés, et les enseignements sont faits en commun entre les deux équipes. Les ED sont préparés par des médecins généralistes, pouvant demander l'aide d'HU selon les cas, puis dispensés par des généralistes exclusivement, le plus souvent en binômes.

Le comité de lecture est très difficilement acceptable pour les enseignants de SA. Il est perçu comme une potentielle censure par les hospitaliers des ED préparés par les généralistes, habitués à une forme d'autonomie dans la préparation et la dispense des enseignements.

Il faut alors expliquer les rôles de cette structure, et une présentation faite lors de la journée pédagogique du 13 mai 2006 montre qu'il s'agit d'une « sorte de groupe de pairs entre enseignants », qui n'est « pas un comité de censure mais une aide pédagogique ». Il constitue une « procédure de qualité », un « partage de savoir-faire et même parfois de savoirs », et permet de procéder à une « harmonisation des messages » et une « hiérarchisation des priorités d'enseignement ».

Dans ce contexte, la formule adoptée constitue clairement un compromis entre la méthode utilisée auparavant dans chacun des DMG. Les binômes d'enseignants généralistes/hospitaliers disparaissent mais le comité de lecture persiste après l'union des DMG.

Les enseignements correspondent à un volume total de 200 heures, regroupés en 5 modules, répartis sur les 3 années que dure la formation. Ils comportent des enseignements dirigés, ainsi que des ateliers pratiques et groupes de pairs pour étudiants en stage ambulatoire (niveau 1 ou SASPAS).

- Une véritable volonté de parité entre les personnes issues de PS et de SA se retrouve dans la composition du nouveau département.
- Le tutorat, en place depuis peu dans chacun des DMG de PS et SA, est maintenu et rendu obligatoire pour tous les étudiants. Les tuteurs ont pour rôle d'accompagner les internes de MG individuellement pour les aider dans la construction de leur projet professionnel, d'assurer les enseignements tutorés, de superviser les étudiants la composition de leur portfolio, et de faire un rapport synthétique du travail de l'interne lors de la soutenance du DES.
- L'implication des généralistes dans le 2^{ème} cycle est maintenue, avec la volonté d'y mettre en place un stage en ambulatoire avant les ECN.
- Les modalités de validation du 3^{ème} cycle des études de MG choisies, en accord avec les textes règlementaires en vigueur, sont :
 - a. La validation de tous les stages, hospitaliers et ambulatoire, attestée par le carnet de stage.
 - b. La présentation d'une thèse, portant sur un sujet dans le champ de la MG. Dans le cas contraire, l'étudiant doit soutenir un mémoire sur un sujet de MG, approuvé par un enseignant coordonnateur.
 - c. La présence à 100 heures de formation théorique, parmi les enseignements dispensés au cours des 3 ans.
 - d. La soutenance d'un portfolio, synthèse du parcours de l'étudiant, regroupant ses publications et travaux scientifiques (dont font partie les traces d'apprentissage et RSCA), attestations de participation à des congrès ou colloques scientifiques, ou toute autre formation ou expérience complémentaire.
- L'attribution de locaux pour le DERMG s'est faite en plusieurs étapes. On peut noter une première affectation dans les locaux de l'université de la Pitié-Salpêtrière, puis une seconde sur le site de l'université de Saint-Antoine en 2006.

Enfin selon l'avis unanime des personnes interrogées, il semble que la fusion des DMG de SA et de PS soit une des fusions de Facultés parisiennes qui s'est le mieux passée.

Il semble que le respect de l'équité entre les départements et la franchise des différents protagonistes, mise au service d'une volonté de bien faire pour les étudiants dont ils ont la charge, ont permis que chacune des équipes concernées se sente finalement partenaire de cet accomplissement, sans ascendance de l'une sur l'autre.

5) Le DERMG de l'UPMC lors de sa création :

a) Définition :

Les statuts du DERMG définissent ses différentes missions et son fonctionnement, la présentation de ses activités faite en Novembre 2005 permet d'en comprendre concrètement l'activité.

(Texte tiré des statuts du DERMG de l'UPMC, Annexe n°2)

Missions d'enseignement :

Elles comportent :

- la préparation, l'organisation et la mise en œuvre de l'enseignement spécifique de la Médecine Générale dans les trois cycles des études médicales, en particulier le DES de Médecine Générale.
- la détermination des objectifs pédagogiques pour les stages et l'enseignement théorique en coordination avec les autres disciplines.
- l'évaluation de la qualité de l'enseignement théorique et de la qualité des stages de formation pratique ambulatoire et hospitaliers.
- la définition des critères pour proposer les nominations des maîtres de stage, des attachés d'enseignement clinique, des chargés d'enseignement clinique et des candidats aux postes de Maître de Conférence ou de Professeur Associé.
- la participation dans le cadre du DES à l'accréditation des services hospitaliers d'Ile de France agréés pour la formation des médecins généralistes.
- l'établissement de propositions au Conseil des Etudes de l'UFR pour ce qui est des modalités de validation tant de l'enseignement théorique que de l'enseignement pratique.
- la formation des enseignants et des maîtres de stage, notamment à la direction de thèses de Médecine Générale.
- la formation permanente des Médecins Généralistes.

- la participation à la recherche pédagogique.
- la coopération avec les diverses instances concernées au niveau régional, national ou international pour la formation des médecins généralistes.

Missions de recherche :

Définies annuellement par le Département, elles ont pour objet :

- l'ensemble des travaux ayant trait à l'activité de soins primaires, qu'il s'agisse de recherches pédagogiques, cliniques, épidémiologiques, médico-sociales, en économie de la santé ou d'audit de pratique.
- l'ensemble des travaux faits en partenariat avec les autres disciplines médicales.

b) Composition :

Le DERMG est composé de façon paritaire entre les praticiens issus de PS et SA, il comporte :

- 12 praticiens hospitalo-universitaires :
 - Le Doyen de la Faculté et le Président du Conseil des Etudes, membres de droit
 - 10 hospitaliers : le Pr Cabane, le Pr Chalumeau-Costedoat, le Dr Echard, le Pr Girardet, le Pr Grimaldi, le le Pr Guidet, le Dr Lesgourgues, Pr Lyon-Caen, Dr Meyniel, et Pr Piette.
- 12 Généralistes en exercice, dont les enseignants associés de MG, les autres étant élus par le CMGE-UPMC : le Pr Cornet (MCA en 2005), le Dr Dupont, le Dr Henry, le Pr Lafortune (MCA en 2005), le Pr Magnier (PA en 2005), le Dr Marmié (MCA), le Dr Pitras, le Dr Radenne, le Dr Renard, le Dr Taravella, le Dr Tirmarche, et le Dr Vidal-Dupont.
- Des représentants des étudiants : 3 internes de MG et un étudiant de 2^{ème} cycle.

L'administration du Département est collégiale, elle comprend un Directeur, assisté d'un Directeur adjoint et d'un coordinateur.

Pour la direction du Département, le Dr Marmié partant en retraite quelques mois après la fusion, le Pr Magnier semble naturellement désignée, de par son titre de Professeur Associée. Le Pr Lafortune est nommé Directeur-Adjoint. Le Pr Piette est nommé Coordonateur du Département - ce dernier devant être un universitaire titulaire, « ça ne pouvait être qu'un de nos amis internistes » comme le rapporte le Pr Lafortune).

c) Modalités pédagogiques :

Le DERMG dispose d'un local, d'un secrétariat, de matériel informatique, de reproduction et de projection.

L'équipe pédagogique comporte :

- Les généralistes associés,
- 29 généralistes chargés d'enseignement,
- 90 maitres de stage, pour 25 lieux de stage chez le praticien et 8 lieux de SASPAS.

Le DERMG comporte par ailleurs deux commissions particulières : le Comité de Lecture et la Commission des Thèses.

Le prix de thèse Pierre Ageorges est maintenu au sein du département fusionné.

Activités dans le 3^{ème} cycle :

A la rentrée universitaire de 2005, 287 étudiants sont inscrits en 3^{ème} cycle, dont 106 en résidanat, 83 en DES, et 98 en année de thèse.

Les activités des généralistes enseignants et maitres de stages s'organisent autour de :

- L'enseignement théorique : 200 heures d'enseignement, conformément à la maquette du DES, sous forme d'ED, l'ateliers ou de groupes de pairs pour les étudiants en stage ambulatoire.
- L'enseignement pratique : stage ambulatoire, de niveau 1 ou SASPAS
- Visites sur site des services hospitaliers, prenant part aux procédures d'accréditation.
- Le tutorat.

Activités dans le 2^{ème} cycle :

- Participation à l'enseignement du CSCT destiné aux DCEM4
- Participation à l'enseignement du Module 1 de DCEM2
- Certificat optionnel « prévention en MG » pour les étudiants de DCEM3
- Séminaire de MG pour les étudiants de DCEM3
- Participation à la préparation de l'ECN
- Stage ambulatoire en MG pour les étudiants de 2^{ème} cycle.

Enfin, les candidatures à des nominations d'associés déjà amorcées par les équipes des DMG de PS et SA se poursuivent, et sont nommés MCA après la fusion le Dr Jean-Pierre Dupont en 2006 et le Dr Dominique Tirmarche en 2008. (*Annexe n°3*)

Le Pr Phillippe Cornet et le Pr Jean Lafortune sont quant à eux nommés PA, respectivement en 2006 et 2009. (*Annexe n°3*)

DISCUSSION :

1) Points forts et limites du travail

- Les dates mentionnées sont confortées par le travail de recherche de l'équipe d'histoire de la MG.
- De l'avis des personnes rencontrées, un tel travail de reconstitution, au plan local, est une nouveauté. Or, il n'est pas possible autrement de se rendre compte de l'importance du niveau d'implication d'équipes assez restreintes comparées au résultat obtenu, et du militantisme dont elles ont dû faire preuve au quotidien.

Ce dévouement, au service d'une cause qui semble de plus en plus évidente aux étudiants de nos jours, ne peut pas rester lettre morte.

Cette forme d'évidence quant au besoin d'une formation des futurs généralistes par leurs seniors, dans un cadre universitaire, avec une structure et des moyens de plus en plus adaptés, est un aboutissement en soi. Ce n'était même pas imaginable il y a une génération de cela !

Ce travail est donc aussi un hommage, d'un étudiant en Médecine Générale à tous ceux qui ont rendu possible sa formation universitaire, généralistes ou hospitaliers bienveillants, qu'ils aient pu ou souhaité y participer ou non.

De la même façon, toutes les personnes impliquées n'ont probablement pas été citées, faute de trace documentaire ou mémorielle, mais le fruit de leur travail rend compte de leur contribution.

On ne peut toutefois nier certains biais inhérents à ce type de travail :

- *Biais de mémoire* : étant donné l'ancienneté des souvenirs que les entretiens cherchent à faire remonter, on ne peut prétendre à l'exhaustivité ou à un niveau optimal de précision. Certains souvenirs peuvent en effet être incomplets, reconstruits avec un certain niveau de variabilité, ou tout simplement perdus.

La combinaison des entretiens et des archives permet de rattraper certains manquements mais nombre de documents n'ont pu être retrouvés : les déménagements itératifs du DERMG, l'absence d'informatisation à l'époque des premiers résidents sont des facteurs ayant probablement joué dans ce manque de ressources documentaires.

- *Biais de « bon-sens »* : Il va sans dire que l'histoire des DMG respectifs, des candidatures pour les postes d'associés, de la fusion puis de l'acclimatation entre deux équipes aux méthodes très différentes, a nécessité beaucoup de bonnes volontés, malgré des tensions inévitables.

Or, même si elles sont parties intégrantes des événements décrits au moment où ils se produisent, elles apparaissent comme largement secondaires a posteriori.

2) Quelles leçons en tirer ?

Un intérêt majeur d'une rétrospective, hormis la reconnaissance du travail fourni, est qu'elle permet de tirer des leçons et d'envisager ce qui reste à accomplir.

a. Au plan de la MG Universitaire :

Après la mise en place des ECN, et malgré la création du DES de MG et la mise en place de DERMG dans les Facultés de Médecine, la reconnaissance du caractère universitaire des généralistes enseignants est loin d'être acquise.

C'est à dire que les internes de MG bénéficient d'une formation universitaire, assurée par des équipes de généralistes enseignants auxquels on attribue éventuellement des nominations d'« associés ». Or, les « associés » ne sont pas des universitaires à proprement parler, comme mentionné plus haut.

L'arrêté du 25 Octobre 2006 ajoute la mention « Médecine Générale » à la sous-section 53-01 du Conseil National des Universités (CNU) - dont dépend principalement la Médecine

Interne. La même année, les 16 premiers chefs de clinique de Médecine Générale sont nommés - initialement au titre d'Associés, ils deviennent Chefs de Clinique Universitaires en 2008. ^[33]

La loi n° 2008-112 du 8 février 2008, puis le décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 marquent la création de la Filière Universitaire de Médecine Générale. ^[33] Une Commission Nationale d'Intégration (CNI) est mise en place. Deux arrêtés, du 17 novembre et 23 décembre 2008, en expliquent les modalités :

- Elle a pour but d'intégrer les associés de MG dans les corps d'enseignants titulaires de MG.
- Elle est composée du Pr Christian Thuilliez, directeur de l'UFR de Rouen, et du Pr Jean-luc Dumas, directeur de l'UFR de Bobigny, du Pr Pierre-Jean Weiller et du Pr Jean Jouquan, internistes, du Pr associé de MG Charles Honnorat et du Pr associé de MG Gérard Bourrel.
- Cette commission évalue les candidatures à une titularisation, au travers de dossiers de candidature présentant le parcours et l'implication dans l'enseignant, ses travaux et publications, ainsi que sa contribution au fonctionnement de l'institution et au rayonnement de la discipline.

A l'UPMC, le Pr Anne-Marie Magnier est nommée Professeur Universitaire (PU) de MG en 2010, et le Pr Philippe Cornet accède au même titre en 2013. (*Annexe n°3*)

En 2011, le Dr Gladys Ibanez, est la première chef de clinique de MG nommée Maître de Conférence Universitaire, par la voie du concours, par la sous-section 53-01 du CNU.

Par arrêté du 19 mars 2015, la sous-section *autonome* de MG au CNU (n°53-03) est créée, ce qui marque la fin de la CNI, devenue inutile : les généralistes universitaires sont dès lors nommés par leurs pairs, sur le même modèle que les autres spécialités.

Dès lors, il semble que la MG sorte de l'aile protectrice de la médecine interne pour de bon.

b. Les principes fondateurs sont-ils pérennisés ?

La question de savoir « si la formation actuelle des internes de MG correspond au projet prévu lors de la mise en place des DMG » a été posée à toutes les personnes rencontrées.

Toutes ont eu une réponse contrastée : « *oui et non* ».

« *Oui* », évidemment, car les étudiants sont bien mieux préparés à leur exercice professionnel : les thèmes abordés, les simulations et autres groupes de pairs, sont volontairement ancrés dans la réalité des consultations quotidiennes, telles qu'on peut les rencontrer en cabinet de ville. La formation qui leur est proposée correspond bien à l'intention présente lors de la mise en place des DMG.

Les stages en ambulatoires sont reconnus unanimement comme la clé de voûte de cette formation de terrain, et constituent un progrès évident, qu'il faut encore et encore mettre en avant et développer.

Pour citer quelques-unes des personnes concernées :

- *Pr Jean-Charles Piette* : « Que de chemin parcouru ! »
- *Pr Pierre Atlan* : « La réflexion statistique sur les vrais positifs, les faux positifs et cætera que nous n'apprenions pas du tout à la Faculté ou alors peut-être en première année mais qui étaient oubliés rapidement et qui sont indispensables en Médecine Générale, [...], essayer d'écouter la personne, essayer de répondre aux besoins, reformuler ce qu'on nous dit pour essayer de bien comprendre. Tout cela a été l'apport de l'enseignement de la Médecine Générale. »
- *Pr Anne-Marie Magnier* : « mon idée c'était "est ce qu'on pourra faire un peu ce que moi j'étais allée chercher à Bobigny ?", la réponse est Oui ! »
- *Dr Guy Douffet* : « Je pense que c'est un progrès quand même, essayer d'adapter la formation à la réalité du terrain. Je pense que le fait d'avoir créé le stage auprès du praticien est un réel progrès, ça c'est clair, que de faire des réunions praticiens et étudiants 3ème cycle, ça permet de les mettre en situation »
- *Pr Jean-Pierre Bouchon* : « Honnêtement, je pense [que les objectifs de formation des internes correspondent à ce qui voulait être fait lors de la création des DMG] »
- *Dr Albert Servadio* : « Sans aucun doute ! C'est une reconnaissance de la Médecine Générale comme une spécialité ! »

De même, l'apport des généralistes et de leur expérience de terrain, aux connaissances scientifiques des universitaires, a constitué une avancée majeure dans la formation des

jeunes médecins. Cet aspect est très bien résumé par le Dr Guy Douffet - « on a amené du comportemental, parce qu'on n'était pas savant comme des internistes, c'était dans le comportemental, dans la tolérance, dans l'ouverture à l'autre, c'est là je crois qu'on a été bons » - et le Dr Patrick de la Selle - « mon idée, c'était quand même de faire une médecine très sociale, très familiale ».

Mais ce regard rétrospectif ne met pas en avant que des points positifs, et il faut pondérer la réponse à cette question.

« *Non* », car tous font le constat que les jeunes généralistes diplômés s'orientent trop peu vers l'exercice ambulatoire.

Il en résulte que la pénurie actuelle de médecins généralistes est aggravée par le manque d'installation des jeunes au sortir de l'université.

Plusieurs facteurs rentrent évidemment en ligne de compte dans ce manque d'installation des jeunes généralistes : pour reprendre le Pr Jean Cabane, « les étudiants ont changé, la société a changé, tout a changé, on a quitté le sacerdoce universel ! », et ce changement au niveau sociétal, ce retour à des valeurs plus individualistes, semblent dépasser la Faculté ou ses capacités de transmission aux étudiants.

Cependant, pour toutes les personnes rencontrées, le système des études actuel et la Faculté de Médecine ont une part de responsabilité et un rôle à jouer dans la perpétuation de l'exercice ambulatoire.

Les entretiens ont permis de mettre en avant quelques-uns de ces points :

- *Le système actuel semble trop lourd pour certains...*
- Selon le Pr Anne-Marie Magnier, « le système actuel casse les étudiants, on casse des gens qui ont envie de travailler et donner beaucoup, parce qu'on les a pressés comme des citrons pendant les études, en les maltraitant, parce que les patrons ne sont pas très gentils, les patients sont excédés, ils veulent se protéger, ils ont peur de se tromper... [...] Ce qu'il faut se demander c'est "Qu'est-ce qu'on a fait d'eux, de jeunes qui ont décidé non pas de faire de l'informatique mais de s'occuper des gens

souffrants, pour qu'ils sortent à Bac + 10 avec comme objectif '35heures et congés payés' ?!' »

- Dans le même esprit, la longueur des études est souvent pointée du doigt, et le Pr Jean-Pierre Bouchon le résume très bien : « Ce qui me frappe c'est la longueur des études de médecine. C'est pas possible... Quand vous faites le compte des années, il y a des choses dont on ne se servira jamais. Il devrait y avoir un tri dans les études, il devrait y avoir des choses optionnelles... je me dis mais enfin quand on veut pouvoir former un excellent médecin, il y a pas besoin que ça soit si long ! »

- *... Voire carrément inadapté pour d'autres :*

- Pour le Dr Patrick de la Selle : « Dans le cadre actuel, le département avec des moyens, des généralistes nommés, je pense que c'est bien, c'est le maximum, mais comme je t'ai expliqué, pour moi, c'est pas le bon cadre : les généralistes devaient faire partie d'une école professionnelle indépendante de l'hôpital. C'est à dire qu'on était dans un système hospitalo-universitaire, où il fallait être universitaire pour exister. Or le métier de généraliste étant tellement différent [du métier d'hospitalier], que même faire des stages hospitaliers dans des services pointus, à quoi ça servait ?! Et j'aurais préféré [...] que ça soit des écoles professionnelles, que ça soit les généralistes qui forment les généralistes »

- *Le système des ECN est lui aussi critiqué :*

Au décours des ECN, de nombreux étudiants n'ont pas accès à la formation qu'ils auraient souhaité. Ceux qui s'orientent alors vers le DES de MG peuvent le faire avec un sentiment d'échec, et peiner à y trouver leur voie et leur satisfaction professionnelle. Le classement de la MG parmi les dernières spécialités choisies aux ECN illustre bien le manque de vocations pour la MG chez les étudiants.

Peut-être faudrait-il, pour reprendre une idée exprimée par le Pr Anne-Marie Magnier, et souvent entendue par ailleurs, imiter d'autres pays d'Europe, où l'entrée en études spécialisées se fait au travers des choix personnels des étudiants qui décident d'y postuler et d'un examen d'entrée propre à chaque spécialité.

En l'absence de réforme de ce type envisageable actuellement, il revient aux Facultés de Médecine de s'adapter : le Pr Jean-Pierre Bouchon formule une option éventuelle,

disant qu'il faudrait « que la fac arrête de mépriser ceux qui ont été mal classés [aux ECN], les prenne spécifiquement en charge pour ou leur donner vraiment envie, alors qu'ils l'avaient pas encore, ou leur donner la possibilité de faire quelque chose à coté, qui soit quand même du domaine [de la MG] ».

Une autre façon d'aborder ce manque de vocations pour la MG est de continuer à sensibiliser les étudiants en médecine à la MG le plus tôt possible, le Pr Jean-Pierre Bouchon se demandant par exemple pourquoi des étudiants en début de 2^{ème} année ne sont envoyés en stage infirmier que dans des services hospitaliers, jamais dans des cabinets de Médecine Générale.

- *La préparation des étudiants à l'installation en ville durant les enseignements :*

Il semble que les enseignements proposés actuellement au cours du 3^{ème} cycle de MG ne préparent pas suffisamment les futurs généralistes à l'exercice ambulatoire : trop peu de formations sont réalisées sur les modalités pratiques d'installation, sur les démarches administratives, la fiscalité, la comptabilité, etc.

Pour reprendre le Dr Simone Radenne : « on rentre [à la Faculté] on n'est pas médecins, pas du tout, on sort on est tous médecins, on est formatés ! Est-ce qu'un jour on nous a dit qu'il fallait être dans une entreprise, et qu'il fallait faire tourner l'entreprise ?! C'est aberrant ! », ou le Dr Patrick de la Selle : « ce qui manque c'est pas votre formation [médicale] c'est votre mode d'exercice, [...], on vous forme mal à l'installation, et on vous accueille mal sur le terrain ».

Cette idée d'offrir aux jeunes ayant potentiellement envie d'un exercice de ville une préparation à leur installation est reprise par toutes les personnes rencontrées, de façon quasi unanime.

Il faut toutefois rappeler la réalité : le Pr Anne-Marie Magnier, actuelle coordinatrice du DERMG de l'UPMC, explique que ces formations étaient proposées il y a quelques années de cela aux étudiants, pour leur donner des bases de gestion, de comptabilité, etc. Mais elles ont été arrêtées volontairement car ceux-ci « en sortaient écoeurés ».

De plus, des enseignements pratiques sur les modalités d'installation, les bases de gestion d'un exercice ambulatoire, sur les aspects déontologiques ou juridiques, comme sur la vie de la profession (Ordre, Syndicats), sont proposés aux internes

d'Ile-de-France au travers des « Séminaires d'Entrée dans la Vie Professionnelle ». Ils sont organisés deux fois par an par l'ensemble des DMG d'Ile-de-France et proposent aux internes de choisir trois ateliers de deux heures par séminaire. La participation se fait sur la base du volontariat.^[32]

- *Les contraintes imposées aux jeunes généralistes universitaires :*

La position des jeunes généralistes nommés universitaires, tels les chefs de cliniques de MG, illustre bien le paradoxe de cette Médecine Générale Universitaire. Alors que leurs aînés ont commencé par travailler en ville puis sont venus transmettre leur expérience de plusieurs années aux étudiants, il leur est demandé d'exercer d'emblée une triple fonction d'Exercice clinique, d'Enseignement et de Recherche pour poursuivre une carrière universitaire.

Or il n'est concrètement pas facile d'associer la gestion d'un exercice de Médecine Générale débutant à la mise en place d'activités de recherche ET d'enseignement.

Ainsi, la forte proportion des médecins généralistes universitaires en début de carrière travaillant à temps partiel, souvent évoquée et regrettée lors des entretiens, semble surtout résulter de l'impossible niveau d'implication qui est demandé, sans parler de la possibilité d'une vie sociale, familiale, artistique, etc.

De plus, comme le rappelle Jean Lafortune, la montée en puissance tant attendue des généralistes nommés universitaires implique une contre-partie mal anticipée : le besoin de généralistes installés en ville comme chargés d'enseignement se fait de moins en moins sentir. La diversité de points de vue et de parcours que l'on pouvait retrouver semble disparaître pour laisser place à des enseignants « sur le même moule », c'est-à-dire avec un parcours universitaire mais une moindre expérience de la pratique ambulatoire.

Ainsi, la volonté initiale de proposer aux futurs généralistes une formation par leurs pairs qui soit concrète, adaptée aux réalités de l'exercice de la MG et aux demandes des patients, dans un cadre universitaire, a largement été respectée. Les enseignements et les stages proposés actuellement constituent une base solide et amorcent une dynamique qui permet

de répondre au besoin en médecins généralistes de la société avec une exigence de qualité certaine.

Mais l'entrée de la MG à l'université impose un cadre de formation qui semble ne pas permettre d'assurer la transmission de ce qui fait une grande partie de son essence : l'envie d'un exercice ambulatoire, tel que le pratiquent ceux qui ont accompagné la création des DMG, qui regardent avec une certaine tristesse cette disparition.

Enfin, si la Faculté ne peut prétendre influencer le changement des mœurs ou les évolutions de la société, elle peut néanmoins essayer de transmettre ce goût de l'exercice de ville. Ceci au travers d'une sensibilisation en amont des étudiants à la MG, des stages ambulatoires (le Pr Pierre Atlan rappelle l'importance du sentiment d'identification qui peut naître au cours du stage), ou de formations pratiques ayant pour vocation de faciliter les projets d'installation en médecine ambulatoire.

CONCLUSION :

Le DERMG de l'UPMC est le fruit du travail fourni par des équipes aux origines et motivations diverses, mais avec un seul objectif : proposer un cursus de formation de la meilleure qualité possible. La volonté de s'engager pour que les étudiants ne rencontrent pas les mêmes difficultés que leurs aînés, l'implication au quotidien dans le travail pédagogique, le militantisme qui a été requis à chaque étape de son développement, sont autant d'aspects qu'il faut rappeler et auxquels il faut rendre hommage.

Ce travail a permis de reconstituer l'histoire du département de Médecine Générale, au travers d'archives documentaires et d'entretiens, et il resterait à recueillir le ressenti des jeunes généralistes enseignants et généralistes universitaires vis-à-vis de ce bagage historique dont ils sont porteurs de fait.

Depuis la fusion, l'équipe pédagogique du DERMG de Paris VI fonctionne avec la même dynamique de perfectionnement des méthodes pédagogiques, et de nouvelles méthodes d'apprentissages et d'évaluation des étudiants sont en place. Ainsi, le programme

d'enseignements ne porte plus sur des objectifs pédagogiques mais sur l'acquisition de compétences propres aux médecins généralistes, et il n'y a plus d'examen de fin de cursus mais la soutenance d'un portfolio retraçant le parcours et les travaux des étudiants (traces d'apprentissage, publications, formations suivies, etc.). L'implication des généralistes enseignants se trouve donc dans la continuité de la motivation initiale de leurs aînés : rendre les étudiants de Médecine Générale aussi compétents que possible à la fin de leur cursus.

La prochaine réforme du 3^{ème} cycle est dans le prolongement de cette volonté d'une formation adaptée à la Médecine Générale. En augmentant le temps de stage ambulatoire – pour les immerger au plus tôt dans le monde dans lequel ils vont évoluer et moins l'appréhender – et l'approche personnalisée du projet de chaque étudiant, elle marque un nouveau pas vers la transmission de la Médecine Générale par ceux qui la vivent, au contact des patients rencontrés en ambulatoire.

ANNEXES :

1 - GUIDE D'ENTRETIEN :

Présentation du projet par l'enquêteur :

Il s'agit ici de retracer l'histoire des départements de MG des Facultés de Médecine de La Pitié-Salpêtrière et Saint-Antoine, puis de la fusion de ces départements en un seul.

Ce travail se fait à travers le double prisme d'un travail d'archives et de témoignages de ceux qui ont vécu cette période et fait cette histoire.

En effet, les jeunes médecins actuels ne connaissent pas l'histoire du département de MG dont ils font partie, ne mesurent pas l'implication et le militantisme qui en sont à l'origine, et auxquels ce projet tente de rendre hommage.

- Parcours Professionnel et Institutionnel -

Vous faisiez partie du DMG de Saint-Antoine / Pitié-Salpêtrière...

Initialement, comment avez-vous été amené à vous investir dans la formation des MG ?

Quelles ont été vos motivations ?

- Implication dans le département en question, vie du DMG selon la personne

Quelles difficultés avez-vous rencontrées face à l'entrée à l'université de la MG ?

En termes de pédagogie, quels étaient les objectifs principaux propres au DMG dont vous faisiez partie ?

Si vous vous en souvenez, quel a été votre ressenti à l'annonce de la fusion des DMG ?

Comment cette fusion s'est-elle passée ? (Quel a été votre rôle ?) Comment « jugez » vous le résultat ?

- Regard sur le DERMG actuel

Pensez-vous que vos objectifs pédagogiques initiaux ont été respectés ?

Trouvez-vous aujourd'hui que la formation universitaire des MG de l'UPMC correspond aux attentes que vous en aviez lors de l'entrée de la Médecine Générale à l'Université ?

Merci !

Remarque : à chaque entretien, le livre « *Singuliers généralistes - Sociologie de la Médecine Générale* », de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer, paru en janvier 2010 aux Presses de l'EHESP, était présenté pour aider éventuellement en fournissant des repères historiques.

2 - STATUTS DU DERMG DE L'UPMC :

UNIVERSITE PARIS VI FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

DEPARTEMENT D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE Statuts

Article 1 : Création

Il est créé au sein de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, un département d'enseignement et de recherche en Médecine Générale (**DERMG**).

Ce Département est placé sous l'autorité du Doyen et du Conseil des Etudes de la Faculté.

Article 2 : Missions

Le DERMG a des missions d'enseignement de la Médecine Générale dans l'ensemble du cursus des études médicales, et de recherche en soins primaires.

1 - les missions d'enseignement :

Elles sont réactualisées, en cas de besoin, chaque année universitaire par le Conseil des Etudes de l'UFR, sur proposition du Département.

Elles comportent notamment :

- la préparation, l'organisation et la mise en œuvre de l'enseignement spécifique de la Médecine Générale dans les trois cycles des études médicales, en particulier le DES de Médecine Générale.
- la détermination des objectifs pédagogiques pour les stages et l'enseignement théorique en coordination avec les autres disciplines.
- l'évaluation de la qualité de l'enseignement théorique et de la qualité des stages de formation pratique ambulatoire et hospitaliers.
- la définition des critères pour proposer les nominations des maîtres de stage, des attachés d'enseignement clinique, des chargés d'enseignement clinique et des candidats aux postes de Maître de Conférence ou de Professeur Associé
- la participation dans le cadre du DES à l'accréditation des services hospitaliers d'Ile de France agréés pour la formation des médecins généralistes
- l'établissement de propositions au Conseil des Etudes de l'UFR pour ce qui est des modalités de validation tant de l'enseignement théorique que de l'enseignement pratique.
- la formation des enseignants et des maîtres de stage, notamment à la direction de thèses de Médecine Générale.
- la formation permanente des Médecins Généralistes.
- la participation à la recherche pédagogique.
- la coopération avec les diverses instances concernées au niveau régional, national ou international pour la formation des médecins généralistes.

2 – les missions de recherche :

Définies annuellement, par le Département, elles ont pour objet

- l'ensemble des travaux ayant trait à l'activité de soins primaires, qu'il s'agisse de recherches pédagogiques, cliniques, épidémiologiques, médico-sociales, en économie de la santé ou d'audit de pratique.
- l'ensemble des travaux faits en partenariat avec les autres disciplines médicales.

Le Département peut accepter des contrats de recherche. Les modalités de ces contrats sont fixées par le règlement établi par le Conseil de Gestion de la Faculté.

Article 3 : Fonctionnement du DERMG.

3.1- Composition : Le **DERMG** est composé :

1. Du Doyen de la Faculté ou de son représentant, et du Président du Conseil des Etudes, membres de droit
2. De 12 Médecins généralistes en exercice :
 - dont les Enseignants Associés de Médecine Générale (Professeurs et Maîtres de Conférence en activité et les volontaires dans les 3 ans suivant leur retraite), les autres étant élus par le Collège des Médecins Généralistes Enseignants de l'Université Pierre et Marie Curie, pour trois ans renouvelables.
3. De 10 Hospitaliers (PU-PH, MCU-PH, PH ou CCA), des hôpitaux Universitaires ou Généraux, élus par le conseil de gestion de la Faculté pour trois ans renouvelables sur proposition du Département.
4. Des représentants des étudiants
 - 3 Internes en Médecine Générale (un par année).
 - 1 étudiant du 2^{ème} cycle

En cas de poste vacant, le Département peut coopter un membre, relevant du même statut, pour la durée du mandat en cours ; cette décision sera proposée à ratification du Conseil de Gestion de la Faculté.

A titre exceptionnel, la réunion constitutive du Département est convoquée par le Doyen de la Faculté, chacun des membres du département ayant été préalablement désigné (Enseignants Associés + élection par le Collège pour les Médecins Généralistes, élection par le conseil de gestion de la Faculté pour les Hospitaliers, sauf les étudiants pour cette constituante). La parité entre les membres issus des Facultés Pitié-Salpêtrière et Saint Antoine doit être respectée pour cette assemblée constitutive.

3.2-Administration :

L'administration du Département est collégiale. Elle comprend un Directeur, assisté d'un directeur adjoint et d'un coordonnateur.

- la Direction du Département est assurée par un enseignant associé.
- le Directeur est assisté par un Directeur adjoint également enseignant associé et par un coordonnateur

Le Directeur, le Directeur adjoint, le Coordonnateur sont désignés par le Conseil de Gestion de la Faculté pour 3 ans renouvelables, sur proposition du Département.

3.3-Fonctions :

Le Directeur :

- gère le département et veille à la mise en œuvre de ses décisions.
- consulte obligatoirement le Département sur l'exécution des missions définies à l'article 2.
- convoque et préside les réunions du Département.
- propose au conseil de Gestion de la Faculté la nomination des Maîtres de Stage, des Attachés et des Chargés d'Enseignement.
- propose le budget prévisionnel annuel et établit en fin d'année le compte financier proposé au vote du Département.
- représente avec le Coordonnateur, le Département vis-à-vis de l'UFR et des instances extérieures.

Le Directeur adjoint :

- assiste le Directeur dans ses missions.
- le remplace en cas d'indisponibilité.

Le Coordonnateur :

- a pour fonction la coordination avec les autres départements facultaires et avec le Conseil des Etudes de la Faculté.
- représente avec le Directeur (ou le Directeur adjoint) le Département vis-à-vis de l'UFR et des instances extérieures.

Article 4 : Budget

Le Département reçoit du Conseil de Gestion de la Faculté, les moyens nécessaires pour assurer les missions définies à l'article 2 des statuts. Il dispose d'heures complémentaires attribuées par l'université et d'une ligne budgétaire propre.

Article 5 : Moyens

Des locaux de fonctionnement spécifiques et adaptés et des moyens de secrétariat sont attribués au Département. L'acquisition des équipements nécessaires au fonctionnement du secrétariat et à la gestion administrative du Département relève de son budget propre.

Article 6 : Règlement Intérieur

Un règlement intérieur, approuvé à la majorité des membres du Département, précisera les détails de fonctionnement du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale.

Article 7 : Modification des statuts

Des modifications aux présents statuts peuvent être proposées à l'initiative du Directeur du Département ; elles doivent être approuvées par les deux-tiers des membres du Département et par le Conseil de Gestion de la Faculté.

Adopté par le DERMG

Le Doyen de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie

Adopté par le Conseil de Faculté le 24 / 10 / 2005.

3 – LISTE DES GENERALISTES NOMMES ASSOCIES PUIS UNIVERSITAIRES : (fournie par le CNGE)

SA	PS
1997 ATLAN P (MCA)	1991 DE LA SELLE P (MCA)
2000 ATLAN P (PA)	1997 MAGNIER AM (MCA)
2001 MARMIE L (MCA)	2000 CORNET P (MCA)
2003 LAFORTUNE J (MCA)	2003 ROLINAT M (MCA)
Après la fusion :	
2005 DUPONT JL (MCA) MAGNIER AM (PA) 2006 CORNET P (PA) 2007 MARTINEZ L (MCA) RENARD JF (MCA) 2008 DE BECO I (MCA) TIRMARCHE D (MCA) 2009 LAFORTUNE J (PA) 2010 MAGNIER AM (PU) TARAVELLA MP (MCA) 2011 IBANEZ G (MCU) 2012 LAZIMI G (MCA) 2013 CORNET P (PU) MARTINEZ L (PA) HOMMEY N (MCA) 2014 RONDET C (MCU) SOARES A (MCA) 2015 CHASTANG J (MCA) 2016 CADWALLADER JS (MCU)	

BIBLIOGRAPHIE :

1 - LES ENTRETIENS :

- 6 décembre 2016 – Philippe CORNET – Locaux du Département de Médecine Générale de Paris VI, Site Saint Antoine.
La retranscription représente un matériel de 18 pages.
- 1^{er} Février 2017 – Jean CABANE, Jean LAFORTUNE, Dominique TIRMARCHE – Locaux du Département de Médecine Générale de Paris VI, Site Saint Antoine.
La retranscription représente un matériel de 67 pages.
- 7 Février 2017 – Simone RADENNE – Domicile de Mme RADENNE.
La retranscription représente un matériel de 28 pages.
- 9 Février 2017 – Albert SERVADIO – Locaux de l'association AGEP, rue Plichon, Paris 11^{ème}.
La retranscription représente un matériel de 37 pages.
- 27 Mars 2017 – Jean-Charles PIETTE – Service de Médecine Interne de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris 13^{ème}.
La retranscription représente un matériel de 33 pages.
- 28 Mars 2017 – Guy DOUFFET – Domicile de Mr DOUFFET.
La retranscription représente un matériel de 21 pages.
- 28 Mars 2017 – Pierre ATLAN – Domicile de Mr ATLAN.
La retranscription représente un matériel de 30 pages, effectuée par une tierce personne nommée par le groupe « Histoire de la Médecine Générale ».
- 4 Avril 2017 – Jean-Pierre BOUCHON – Locaux du Département de Médecine Générale de Paris VI, Site Saint Antoine.
La retranscription représente un matériel de 29 pages.
- 4 Avril 2017 – Anne-Marie MAGNIER – Locaux du Département de Médecine Générale de Paris VI, Site Saint Antoine.
La retranscription représente un matériel de 36 pages.
- 9 Mai 2017 – Dalil BOUBAKEUR – Cabinet du Recteur de la Grande Mosquée de Paris, Paris 5^{ème}.
La retranscription partielle représente un matériel de 4 pages.
- 23 Mai 2017 – Patrick de la SELLE – Vidéoconférence par Skype.
La retranscription représente un matériel de 14 pages.
- 25 Juillet 2017 – Pierre ATLAN (*entretien complémentaire*) – Domicile de Mr ATLAN.
La retranscription représente un matériel de 16 pages.

2 - TEXTES DE LOI CONSULTES :

- Décret n° 49-1404 du 5 octobre 1949 établissant la liste des spécialités médicales et chirurgicales.
- Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
- Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur.
- Directive européenne 75/362/CEE du 16 juin 1975 visant à l'harmonisation des diplômes de médecine.
- Loi « VEIL » n° 79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques.
- Directive 82/76/CEE du 26 janvier 1982 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecine.
- Loi « RALITE » n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques.
- Décret n° 83-785 du 2 septembre 1983 fixant le statut des internes en médecine et en pharmacie.
- Décret n°84-586 du 9 juillet 1984 fixant à titre transitoire l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur.
- Directive Européenne n°86/457/CEE du 15 septembre 1986 relative à une formation spécifique en Médecine Générale.
- Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Arrêté du 29 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle de Médecine Générale.
- Décret n°91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques
- Décret n°91-1135 du 28 octobre 1991 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Directive Européenne n°93/16/CEE du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leur diplômes, certificats et autres titres.
- Décret n° 95-1050 du 20 septembre 1995 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Décret n° 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Décret n° 97-495 du 16 mai 1997, modifié par le décret n°97-1213 du 24 décembre 1997, relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.
- Décret n° 2001-23 du 9 janvier 2001 modifiant le décret no 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie

- Décret n° 2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales
- Arrêté du 19 octobre 2001 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.
- Décret n° 2003-85 du 30 janvier 2003 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
- Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de Médecine Générale.
- 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.
- Arrêté du 19 mars 2015 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque section et sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques
- Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation.
- Arrêté du 12 avril 2017 portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine.

3 - ARCHIVES DOCUMENTAIRES PROPRES AUX DEPARTEMENTS DE MEDECINE GENERALE :

- Comptes rendus de réunions du Bureau du Département de Médecine Générale de Saint-Antoine encore disponibles dans les archives du DERMG.
- Comptes rendus de réunions du Bureau du Département de Médecine Générale de Saint-Antoine fournis par le Pr Jean LAFORTUNE et le Pr Jean CABANE.
- Comptes rendus de réunions du groupe des Coordinateurs du 3^{ème} cycle de Médecine Générale d'Ile-de-France, fournis par le Pr Jean CABANE.
- Comptes rendus de réunions du Bureau du Département de Médecine Générale de la Pitié-Salpêtrière encore disponibles dans les archives du DERMG.
- Comptes rendus de réunions du Bureau du Département de Médecine Générale de la Pitié-Salpêtrière fournis par le Pr Anne-Marie MAGNIER ; exemples de situations cliniques simulées, sujets d'examens oraux, documents relatifs aux certificats optionnels proposés aux étudiants, échanges épistolaires entre les acteurs du département, évaluations des stages et enseignements proposés par les étudiants, évaluations des connaissances des étudiants à l'entrée du 3^{ème} cycle de Médecine

Générale, et autres documents relatant la vie pédagogique du département de Médecine Générale de la Pitié-Salpêtrière fournis par le Pr Anne-Marie MAGNIER.

- Comptes rendus des réunions de concertation entre les départements et des rapprochements sur les modalités pédagogiques, fournis par le Pr Anne-Marie MAGNIER.
- Présentation du DERMG de l'UPMC aux équipes pédagogiques, de ses différents organes et ses objectifs lors de sa mise en place, fournis par le Pr Anne-Marie Magnier ; Statuts du DERMG de l'UPMC.
- Comptes rendus de réunions du DERMG de l'UPMC encore disponibles dans ses locaux ou fournis par le Pr Jean LAFORTUNE et le Pr Anne-Marie MAGNIER.
- Liste des personnes nommées « Associées » au sein des Départements de Médecine Générale de Saint-Antoine et de la Pitié-Salpêtrière depuis leur création, fournie par le CNGE le 4 août 2017 par e-mail.

4 – AUTRES ARCHIVES DOCUMENTAIRES :

- [1]. *Les réformes de l'enseignement de la médecine à travers les archives du Ministère de l'éducation nationale (1905- 1970).*
- [2]. Coutant Daniel, Tuffreau François. *La Médecine Générale, une spécialité d'avenir : Des premières conventions médicales aux maisons de santé.* Les Presses de l'EHESP. 2016
Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/produit/la-medicine-generale-une-specialite-davenir/>
- [3]. François-Xavier Schweyer. *Histoire et démographie médicales.* adsp. 2000;15–66.
- [4]. Ornella Salvatore. *Histoire de la Médecine Générale en France : focus sur le XXème siècle.* Revue Médecine; 2016.
- [5]. Cazard S, Renard V. *Etat des lieux de la Médecine Générale universitaire au premier janvier 2011*
Disponible sur: http://www.cnge-web.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medicine_generale_Universitaire_2011-2013.pdf
- [6]. Adrien Gouteyron, Sénateur. *Rapport fait au nom de la commission spéciale sur le projet de loi adopté par l'Assemblée Nationale, relatif aux études médicales.* 1979.
- [7]. Farida Houhoune-Saheb. Thèse - *Etude des difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale, à la Faculté de Paris XIII, pour cloturer leur cursus universitaire : enquête auprès des étudiants en fin de 3ème cycle et de leur tuteur.* 2012

- [8]. Sahoul Marecar. Thèse - *Les facteurs intervenant dans la réalisation de la thèse de Médecine Générale : étude auprès des étudiants de 3ème cycle de l'université Paris XIII*. 2013.
- [9]. Société Française de Médecine Générale - *Hommages de la SFMG au Professeur Jean de Butler*. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/actualites/editorial/hommages_de_la_sfmfg_au_professeur_jean_de_butler.html
- [10]. Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Michel Arliaud, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc. *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*.
Disponible sur: <https://hal-paris1.archives-ouvertes.fr/halshs-00847791/>
- [11]. Daniel Léonard. *Département de Médecine Générale et Collège de généralistes enseignants*. CNGE; 2000.
- [12]. Bernard Gay, Pierre-Louis Druais, Vincent Renard. *Les 30 ans du CNGE : l'émergence de la Médecine Générale universitaire*. Hors-Série de la revue *Exercer*; 2013.
- [13]. Jean-Louis Rouy. *L'Ecole de Riom - Formation pédagogique des enseignants de Médecine Générale*. 2000.
- [14]. André Lachaux. *Rapport sur la Médecine Générale : rapport au ministre de la Solidarité, de la santé et de la protection sociale et au ministre d'Etat, ministre de l'Education nationale, de la jeunesse et des sports*. France, édité par la Documentation française; 1989. 69 p. (Collection des rapports officiels).
- [15]. Camille Lanoote. Thèse - *La maîtrise de stage en Médecine Générale ambulatoire : points de vue de médecins n'ayant jamais reçu de stagiaire, analyse du manque d'attractivité de la fonction*. Université Paris Descartes; 2013.
- [16]. *La réforme du 3ème cycle des études médicales en trois minutes ! (ou presque...)*. ISNAR-IMG; 2017.
- [17]. Yves-Jean Zhu. *Fiche Technique : la réforme du 3ème cycle*. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France; 2015.
- [18]. Saint-Antoine Alumni de médecine. Disponible sur: <http://alumni-medecine.upmc.fr/histoire/saint-antoine/>
- [19]. CGEP – site officiel de l'association. Disponible sur: <http://www.cgep.net>
- [20]. Robert Flamant. *Le 3ème cycle de Médecine Générale dans les universités françaises - Rapport d'évaluation*. CNE; 1998.

- [21]. *Manuel de pédagogie universitaire, chapitres supplémentaires 2016-2017 : D-5 - Examen Clinique Objectif Structuré - ECOS 2016*. Disponible sur: https://mpu.usj.edu.lb/ressources/manuel_de_pedagogie_universitaire_V1/Manuel-D5.pdf
- [22]. *Présentation des ECOS* - Faculté de Médecine Rouen. Disponible sur: <http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/la-pedagogie-a-la-faculte-de-rouen-16556.kjsp?RH=1378135940782>
- [23]. *Présentation des ECOS* - Université de Montréal. Disponible sur: <https://medfam.umontreal.ca/ressources/directeurs-locaux-de-programme/pratiques-dexamens/ecos/>
- [24]. *Présentation du Prix de thèse de MG 2016* – Affiche du DERMG de l'UPMC disponible sur site du département.
- [25]. *L'histoire* - Faculté de Médecine de l'UPMC. Disponible sur: http://www.fmpmc.upmc.fr/fr/la_faculte/la_fmpmc/l_histoire.html
- [26]. Jean-Pierre Bouchon. *Le stage chez le praticien au C.H.U Pitié-Salpêtrière*. Médicographie. 1987;(106):40-3.
- [27]. Pitié-Salpêtrière. Alumni de médecine. Disponible sur: <http://alumni-medecine.upmc.fr/histoire/pitie-salpetriere/>
- [28]. Choffat A, *Classement des universités 2017 : meilleures facs de France et du monde 2017*. Disponible sur: <http://www.linternaute.com/actualite/education/1242044-classement-des-universites-2017-meilleures-facs-de-france-et-du-monde/>
- [29]. Pierre-Jean Lancry. *Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale - Rapport de mission remis à Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités* – Février 2007
- [30]. *Survol historique de la FMC : une longue marche* – Site internet de l'association de FMC du Bas Rhin - <http://www.fmc67.org/page8/page8.html>
- [31]. Marie-Jeanne Driesch – Thèse : *Les outils d'évaluation de l'enseignement de 3^e cycle de Médecine Générale à la Pitié-Salpêtrière de 1995 à 2002*. Pdt Pr JC. Piette – 2004 - Faculté Pitié-Salpêtrière
- [32]. Présentation des séminaires d'entrée dans la vie professionnelle – site du DES de Médecine Générale d'Ile-de-France. Disponible sur : <http://desmgidf.fr/page/seminaire-entrees-dans-la-vie-professionnelle>
- [33]. Historique du CNGE, disponible sur : https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/

RESUME :

Le Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale de l'Université Pierre et Marie Curie est mis en place en Novembre 2005, issu de la fusion des Départements de Médecine Générale des Facultés de Médecine de Saint-Antoine et de la Pitié-Salpêtrière. Ce travail propose de reprendre l'histoire de l'évolution du parcours des études de Médecine Générale depuis la moitié du 20^{ème} siècle, puis de la mise en place des structures encadrant le 3^{ème} cycle de Médecine Générale dans les CHU de Saint-Antoine et de la Pitié-Salpêtrière et enfin de leur fusion. Pour ce faire, une recherche bibliographique a été réalisée, comprenant des archives documentaires propres aux structures en question et de sources tierces, combinée à des entretiens avec différents médecins ayant pris part à ces départements et à leur mise en place. Ayant retracé ces événements, il convient de se demander, au travers du regard rétrospectif de ceux qui les ont vécus, si l'actuel cursus proposé au département de Médecine Générale de Paris VI reprend les objectifs pédagogiques envisagés par ceux qui en ont posé les bases.

MOTS-CLES :

Médecine-Histoire ; Médecine générale ; Enseignement médical ; Universités-Départements d'enseignement