

L'enseignement commun Médecine interne - Médecine générale

Bernard Gay*, Philippe Morlat**, Jacques Beylot**

*Professeur associé de médecine générale

**Professeurs de médecine interne

Université Victor Segalen Bordeaux 2

Résumé : La similitude de certains thèmes d'enseignement dans les programmes du DES de médecine interne et du résidanat de médecine générale a conduit à proposer un enseignement commun entre les internes de médecine interne et les résidents de médecine générale. L'université Victor Segalen Bordeaux 2 a mis en place cette formation depuis 3 ans avec un accueil favorable. L'extension de cette initiative à d'autres UFR permettrait de renforcer les liens naturels entre médecine interne et médecine générale.

Mots clés : médecine interne, médecine générale, enseignement, DES.

Introduction

Le descriptif des maquettes du DES de médecine interne et du 3^e cycle de médecine générale montrait une similitude de certains thèmes d'enseignement respectifs. A partir de ce constat, les responsables de ces formations se sont interrogés sur l'opportunité de proposer un enseignement commun aux internes de médecine interne et aux internes de médecine générale. La perspective de la mise en place du DES de médecine générale stimulait fortement cette initiative. Quelques facultés ont engagé une réflexion sur ce projet, encouragée par des contacts interpersonnels locaux favorables et par une dynamique nationale de rapprochement entre médecine interne et médecine générale (1). Les UFR de Bordeaux, Rouen et Paris Lariboisière-Saint Louis ont ainsi mis en place depuis 3 ans un séminaire annuel commun.

Les objectifs étaient les suivants :

- Proposer à titre expérimental un enseignement commun aux internes de Médecine interne et de Médecine générale.
- Favoriser les contacts précoces entre futurs internistes et futurs généralistes, qui ont déjà l'occasion de travailler ensemble.

A Bordeaux, l'expérience est menée depuis 2002 au sein de l'Université Victor Segalen qui regroupe 3 UFR médicales. L'antériorité du travail en commun au sein du département de médecine générale a largement facilité la mise en place du projet.

Méthode

Les contacts entre le coordonnateur interrégional du DES de médecine interne et le responsable du 3^e cycle de médecine générale ont permis d'identifier les thèmes d'enseignement communs, de choisir le sujet des séances et d'élaborer le programme. La préparation a défini une méthode pédagogique interactive qui s'articulait autour d'exposés didactiques et de résolutions de situations cliniques. La formation concernait l'ensemble des internes et ASF de médecine interne avec une partie seulement des résidents (résidents de 3^{ème} année d'une des 8 Commissions Pédagogiques Locales de la région Aquitaine), de façon à équilibrer la participation de chaque discipline. L'enseignement était assuré conjointement par les universitaires internistes et généralistes. Les étudiants ont été invités nominativement à la séance d'enseignement dont la durée était de 3 heures. Il n'était pas prévu de validation spécifique de cet enseignement qui était inclus dans le programme du DES ou du résidanat et qui était évalué globalement en fin de cursus.

Résultats

Une session annuelle a été organisée en 2002, 2003 et 2004, dans une salle d'enseignement dirigée équipée d'un vidéoprojecteur. La participation des internes et des résidents a été satisfaisante, alors que la session n'était pas obligatoire. Environ 15 futurs internistes et 15 futurs généralistes (sur 110 par promotion) étaient présents chaque année, soit la quasi-totalité de l'effectif attendu.

Les thèmes développés lors des séances ont été les suivants :

- 2002 : Innovations diagnostiques ou thérapeutiques, Iatrogénie,
- 2003 : Prescription des antibiotiques, Prise en charge du patient douloureux, Syndrome inflammatoire,
- 2004 : Médecine fondée sur des niveaux de preuve (EBM).

Chaque sujet a fait l'objet d'une présentation formelle et d'un travail sur des situations cliniques. Au début, les exposés didactiques ont parfois été un peu longs et complexes, et la participation des étudiants assez limitée. En 2004, la séance a utilisé la Médecine fondée sur des niveaux de preuve comme méthode de travail pour la résolution des problèmes cliniques (2).

Même si la médecine interne et la médecine générale ne développent pas leur activité sur le même niveau de soins, les démarches diagnostiques et les stratégies thérapeutiques proposées dans les différentes situations cliniques ont montré la complémentarité des approches. La comparaison des décisions prises en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire a donné lieu à un échange d'expériences productif qui a renforcé la notion de coordination des soins. L'interactivité entre internes et résidents a été très contributive et a permis un enrichissement mutuel. L'intervention des formateurs a facilité la synthèse des propositions et la validation des décisions.

L'accueil de cet enseignement commun par les internes et les résidents a été favorable et la satisfaction des participants a été globalement bonne.

Discussion

Les facultés concernées

Si cette expérience semble positive, elle reste encore isolée. Seules les facultés de Bordeaux, Rouen et Paris Lariboisière-Saint Louis ont développé cet enseignement. Malgré les sollicitations au niveau national, cet exemple n'a pas été suivi par d'autres UFR. Il est probable que les relations locales ont favorisé la mise en place de cet enseignement dans les trois facultés concernées. Une dynamique de proximité permettrait d'étendre l'expérience plus largement afin de pouvoir juger de sa pertinence.

Le choix des thèmes

Les séances ont été thématiques en fonction des programmes respectifs des DES. Les sujets communs ont été utilisés lors des premières séances mais ce mode de sélection a ses limites. Les innovations diagnostiques et thérapeutiques représentent une source d'information intéressante, permettant de combler le fossé entre la fin de l'enseignement théorique et le début de la pratique. Les besoins exprimés par les internes, à partir des problèmes

qu'ils ont pu rencontrer dans leur exercice quotidien, pourraient alors servir de base aux séances. Mais cette option nécessite un recueil de besoins de formation en amont de la séance, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser.

La méthode pédagogique

La longueur et la complexité des exposés didactiques au cours des premières séances n'ont pas favorisé la participation des étudiants. La volonté de privilégier les méthodes pédagogiques interactives a conduit, notamment lors de la session de 2004, à travailler sur la résolution de problèmes contextualisés. Cette option a amélioré l'implication des participants. Il est possible d'envisager une évolution de cet enseignement vers l'utilisation de situations authentiques, dans le cadre de la pédagogie par le Portfolio (3) et des groupes d'analyse de pratique, mis en place au cours du DES de médecine générale à Bordeaux.

La participation des internes

Malgré l'insatisfaction de n'inviter qu'une partie des internes de médecine générale, il est difficile de faire autrement. La représentation à peu près équivalente des deux spécialités est en effet nécessaire pour développer la complémentarité de l'enseignement. La présence d'un maximum de 30 personnes avec une répartition homogène est indispensable pour préserver l'interactivité du groupe.

La structuration des DES

La mise en place du DES de médecine générale est l'occasion d'harmoniser les contenus d'enseignement (4). La collaboration avec la médecine interne a été historiquement un élément facilitant dans beaucoup de départements de médecine générale. Cette nouvelle étape pourrait amener à une contribution réciproque des enseignants des deux disciplines à l'enseignement des DES. La juxtaposition des démarches hospitalières et ambulatoires assurerait une meilleure adéquation au futur exercice professionnel.

Perspectives

Cette initiative pourrait être étendue à d'autres UFR pour développer des enseignements communs au niveau national. Une généralisation de cette expérience par la proposition d'un module coordonné d'enseignement commun aux internes des deux DES serait une ouverture intéressante vers la création de passerelles entre les cursus de formation. Cet investissement mutuel dans un projet commun permettrait de renforcer les relations entre médecine interne et médecine générale, tant au niveau de la formation universitaire qu'au niveau de la pratique de soins. Dans le contexte actuel d'évolution des études médicales et de la distribution des soins entre médecine hospitalière et ambulatoire, cette perspective prend toute sa valeur.

Conclusion

L'université Victor Segalen Bordeaux 2 a mis en place un enseignement commun entre les internes de médecine interne et de médecine générale. Cette opportunité de rapprocher les internes des spécialités concernées s'est

avérée productive et a suscité l'intérêt des participants. Cette initiative permet d'intégrer le DES de médecine générale dans le cursus de formation de l'ensemble des DES. Ce rapprochement entre médecine interne et médecine générale est de nature à influencer positivement l'évolution des relations entre les deux disciplines.

Références

1. Devulder B .La SNFMI : 25 ans , 50 congrès... et une intarissable mutation. La Revue de Médecine Interne 2004;25(suppl 1):1-2.
2. Gay B, Beaulieu MD. La médecine basée sur les données probantes ou fondée sur des niveaux de preuve : de la pratique à l'enseignement. Pédagogie Médicale 2004;5:171-83.
3. Bail P, Le Reste JY, Boiteux F. Le portfolio. Expérience du département de médecine générale de la faculté de Brest. Rev Prat Med Gen 2004;18(646-647):445-7.
4. Druais PL. L'enseignement du DES de médecine générale. Rev Prat Med Gen 2003;17(632):1351-2..



CONDUITES À (NE PAS) TENIR ?

Élaborer des "conduite à tenir" en présence de pathologies bien répertoriées n'est pas toujours facile mais c'est souvent faisable.

Devant des plaintes vagues, variables, répétitives, pourquoi ne pas suggérer des "conduites à ne pas tenir" ? Par exemple :

- ne pas nier le problème,
- ne pas se débarrasser trop vite du patient en l'envoyant, sous prétexte "d'avis", chez d'autres médecins ?
- ne pas essayer de se ré-assurer sans fin avec des examens complémentaires à l'indication discutable ?
- ne pas s'en remettre à des pratiques ésotériques. Etc.

Pensées profondes (?) et éducatives. JL Rouy. 2003.