



Formation des médecins

Si la formation initiale des médecins est longue, sélective, périodiquement révisée pour s'adapter au mieux aux besoins de santé, la formation médicale continue rencontre des difficultés d'organisation et de mise en œuvre.

Jacques Roland
Président de la
Conférence des
doyens des facultés
de médecine

La formation initiale

Longues, difficiles, professionnalisées, les études médicales tranchent avec la plupart des autres cursus universitaires. Leur maquette relève certes d'une conception universitaire qui voudrait les plier à une standardisation des parcours (Deug, licence...), ce qui explique la succession des cycles. Mais il s'y ajoute, du fait de leur finalité et de leur autre tutelle qu'est la Santé, des sélections, des orientations, des certifications, des obligations, qui n'ont rien en commun avec les filières classiques. Nos études, dont la durée minimum est de 8 ans et demi, sont divisées en trois cycles : un premier cycle où se déroule la sélection, et que l'on peut qualifier de préclinique, un deuxième cycle clinique et un troisième professionnalisant. En recherche perpétuelle d'adaptation par rapport aux besoins en santé, les études de médecine font l'objet de révisions périodiques et actuellement deux trains de réformes sont en train de les traverser. C'est dire que l'état actuel n'a rien de définitif et que nous pouvons prévoir encore de larges modifications dans les années qui viennent...

Sélection des étudiants en médecine

Le premier cycle reflète bien les influences inverses de nos tutelles. La politique de santé amène à la notion de *numerus clausus*, nombre annuel des étudiants définitivement admis dans les études médicales. Cela impose donc une sélection, mais celle-ci, pour des motifs idéologiques universitaires, ne peut s'organiser à l'entrée des études. C'est la raison pour laquelle c'est à la fin de la première année que s'organise le concours. On comprend dès lors les inconvénients de cette formule : pour débiter des études à vocation humaniste les étu-

dants sont appelés à s'éliminer entre eux, leur grand nombre empêche des pédagogies actives, et trois-quarts des étudiants redoublent pour être admis. Ces inconvénients ne sont pas partagés par nos voisins britanniques et allemands, qui sélectionnent à l'entrée. À côté de ces défauts, la première année a aussi ses vertus : nous sélectionnons des étudiants aux qualités étendues à des disciplines très différentes, travailleurs, ayant un bon esprit de synthèse. Les résultats de ce concours sont corrélés statistiquement aux résultats du baccalauréat, ce qui est peut-être satisfaisant pour l'objectivité des résultats, mais ce qui tend aussi à dire qu'on aurait pu aussi bien faire cette sélection plus tôt... Par ailleurs, l'introduction bienvenue au programme des sciences humaines et sociales a permis d'apporter une touche plus humaniste à cette année de concours ; les épreuves finales « ouvertes » de cette matière complètent heureusement les questionnaires à choix multiples des autres disciplines. Le *numerus clausus* annuel est actuellement de 3 850 pour l'ensemble de la France, ce nombre étant réparti dans chacune de nos 44 Facultés.

Les années de formation

À partir de la deuxième année et pendant la troisième, année charnière des deux premiers cycles, l'étudiant renforce sa culture en sciences fondamentales, aborde les disciplines biocliniques et débute la sémiologie. Il accède aussi, mais sans fonction particulière, aux stages hospitaliers. Les quatrième, cinquième et sixième années sont consacrées à l'enseignement de la pathologie, grâce à une formation théorique et pratique au sein des services hospitaliers. Ainsi l'étudiant commence à participer aux gardes et prend place progressivement dans les équipes soignantes. Il est devenu ce que nous appelions auparavant « l'externe ». Cette période des études est particulièrement motivante pour les étudiants qui se

rapprochent enfin de leur futur métier. Le nombre des étudiants européens qui briguent des stages Erasmus (échanges d'étudiants européens) pendant cette période en est un témoignage supplémentaire. La Commission pédagogique nationale des études médicales est en train de mettre au point une réforme, applicable à la rentrée 2001, qui modifie nettement les programmes en favorisant des matières « transversales » propices à une meilleure connaissance globale des individus.

Concours de l'internat et orientation professionnelle

Vient ensuite le concours de l'internat à la fin de cette sixième année. Il y a deux épreuves chaque année, une « Nord » et une « Sud » et les étudiants peuvent les tenter à deux reprises. Cet examen classant est celui qui va déterminer l'orientation professionnelle du troisième cycle, c'est donc lui qui confèrera au jeune médecin sa future qualification. C'est dire toute l'importance que les étudiants lui donnent à juste titre et l'influence de cette épreuve, organisée par les services du ministère de la Santé, sur l'ensemble de notre cursus. Ce concours existait avant la réforme de 1984 ; il était alors très élitiste (1 reçu sur 10), réservé aux volontaires, et rien n'obligeait à le passer pour accéder à une spécialité. La réforme de 1984 en a changé totalement l'état d'esprit en le rendant obligatoire pour toutes les spécialités médicales en dehors de la médecine générale. L'article d'Anne-Chantal Dubernet, dans cette même revue, mesure l'impact de cette réforme maintenant ancienne. Des effets positifs ont été certes obtenus par une intégration de l'ensemble des jeunes médecins dans les hôpitaux. Mais on ne peut que constater aussi des inconvénients : altération du métier de généraliste (le seul qui ne nécessite pas ce concours), effort exagéré sur un programme ne tenant pas compte du futur métier médical du candidat, absence de critères personnels d'orientation. Une réforme est actuellement proposée pour 2004, elle permettra en particulier de gommer les différences entre les filières des spécialistes et des généralistes, ceux-ci subissant les mêmes obligations que les autres. De plus une modification complète des épreuves permettra de rendre ce concours plus pertinent par rapport aux qualités souhaitées pour les futurs médecins.

La phase professionnalisante

Le troisième cycle permet une appropriation des connaissances au futur métier. Chaque interne, en fait déjà un médecin, passe de stage en stage dans des services hospitaliers (CHU ou généraux). Les futurs généralistes passent deux années dans les hôpitaux et six mois dans un cabinet médical. Les spécialistes ont quatre ou cinq années de stages, pour satisfaire à leur DES ; ces stages se déroulent en majorité dans les CHU ; les internes peuvent aussi faire des surspécialités (les DESC). Pour tous, une thèse d'exercice coiffe la fin des études et confère le titre de docteur en médecine. Cette thèse est nécessaire à l'installation, dont l'autorisation est donnée par l'Ordre des médecins.

Les autres formations médicales

D'autres formations, facultatives, se greffent sur le cursus classique. Il y a d'abord la formation à la recherche qui débute pendant le deuxième cycle par la possibilité de faire une maîtrise en sciences biologiques et médicales, puis pendant le troisième cycle un DEA et enfin une thèse d'université, étapes fondamentales vers une carrière hospitalo-universitaire. Les Capacités, autres diplômes nationaux, permettent de conférer à un médecin une compétence particulière obtenue en deux années après le troisième cycle (exemple : médecine aéronautique, médecine de catastrophes).

Il est à noter enfin le nombre important de diplômes d'université qu'ont créé les facultés de médecine ; ce sont des diplômes sans valeur nationale, mais souples, faciles à créer, périmables, dont la principale orientation est la formation médicale continue.

Perspectives des facultés de médecine

Les facultés de médecine font face à quatre défis bien différents qu'elles devront relever :

- Le défi de l'exhaustivité : on devrait dire que ce défi est déjà perdu, si l'on croyait que la masse des connaissances nécessaires peut être actuellement mémorisée par tous les professionnels. C'est devenu tout à fait impossible. Le défi est donc d'inclure dans le domaine de la compétence du jeune médecin l'aptitude à aller chercher et choisir les connaissances nécessaires à son exercice quotidien. Ce n'est plus un ensemble de cours magistraux qui suffit à cette éducation. Les facultés utilisent donc massivement les stages pratiques, mais elles se mettent aussi en fonction de l'application des sciences cognitives à des méthodes d'éducation à l'apprentissage (APP et ARC). La notion finale de qualification ou de certification oblige aussi à des docimologies qui nous éloignent des examens classiques, en s'approchant des bilans de compétence professionnelle.

- Le défi de l'évaluation : les milieux de la santé sont maintenant imprégnés de la culture de l'évaluation. Dans l'Université, les facultés de médecine doivent donner l'exemple et provoquer elles-mêmes les initiatives nécessaires : des audits sont organisés à l'échelon international, nous devons les encourager.

- Le défi européen : on peut garder une initiative d'innovation, tout en restant attentif aux synergies européennes. La libre circulation et la libre installation des médecins en Europe nous obligent à nous mettre en relation avec les autres structures d'éducation à la médecine et favoriser les échanges d'enseignants, d'étudiants et de chercheurs. Nous ne pouvons plus nous réformer sans concertation avec nos voisins, nous ne pouvons plus nous modifier sans en même temps créer les occasions d'échanges avec les facultés européennes.

- Le défi de leur statut : la loi Savary n'a pas apporté aux facultés de médecine, comme aux autres filières



à finalité professionnelle, les conditions nécessaires à leur adaptation. Là où il devrait y avoir initiative, elle leur a enlevé la responsabilité morale ; là où il devrait y avoir adaptation constante, elle leur a imposé une double tutelle. Là où on devrait s'approcher des coûts réels de formation d'un médecin, on se trouve dans un système dépendant de la composition globale de l'université. Le statut de la faculté de médecine, au sein de l'université, mérite d'être revu là encore en fonction d'une réflexion élargie aux milieux professionnels, aux responsables de la santé et en fonction de correspondances européennes. ■

La formation continue des médecins dans les hôpitaux publics

Christophe Segouin

Médecin, chef du service de la Formation continue des médecins, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection ?

Historiquement, la formation médicale a connu de nombreuses transformations, afin de s'adapter à une pratique qui s'est progressivement spécialisée, au gré des avancées techniques et scientifiques. Cette évolution a modifié la place de la médecine générale dans le champ médical, puisqu'elle ne représente plus, aujourd'hui, la qualification commune à l'ensemble des praticiens. Avant 1982, la formation médicale était organisée à partir d'un tronc commun de sept années conclu par la thèse, qui autorisait l'exercice de la médecine générale. Ceux qui désiraient se spécialiser prolongeaient leur formation par un certificat d'études spécialisées (CES)* de deux à quatre années ou un internat des hôpitaux de quatre ans. Au vu des transformations de la pratique médicale, ce système présentait des inconvénients majeurs : d'une part, la médecine générale ne faisait pas l'objet d'un enseignement propre ; d'autre part, la formation des spécialistes était hétérogène, les internes bénéficiant d'une pratique hospitalière plus importante que les étudiants en CES. À la fin des années soixante-dix, la nécessaire harmonisation européenne des diplômes médicaux a amené la France à créer une formation spécifique pour les omnipraticiens et un cursus homogène d'apprentissage des spécialités. Par ailleurs, l'attrance des étudiants pour la spécialisation faisait craindre une augmentation des dépenses de santé et l'instaur-

ation d'un *numerus clausus* apparaissait comme une mesure économiquement nécessaire.

Reprenant les grands principes d'une première loi-cadre élaborée en 1979, la loi du 31 décembre 1982 a posé les bases du système actuel, en instaurant un concours national d'accès aux filières de spécialité et un résidanat de médecine générale, aboutissant à un doctorat portant qualification de médecine générale ou spécialisée. Le nouveau concours garda l'appellation d'internat, bien que sa vocation ne soit plus celle de l'ancien internat des hôpitaux, qui visait à pré-recruter le corps des praticiens hospitalo-universitaires. Loin d'aboutir à une valorisation de la médecine générale, ainsi que l'espéraient les protagonistes du dispositif, le concours a eu un effet de barrage qui excluait les généralistes, rapidement stigmatisés par la « sélection par l'échec ». Les clivages professionnels déjà importants entre généralistes et spécialistes s'en sont d'autant accentués, renforçant la dualisation du corps médical.

L'ambiguïté de la mission des universités

La réforme de 1982 concernait surtout les troisièmes cycles d'enseignement, tant dans leurs conditions d'accès que dans leurs contenus. En effet, le concours de l'internat porte sur un programme distinct de celui des premiers cycles universitaires et les questions sont tirées à partir d'une banque nationale. Mais dans la pratique, cette épreuve a perturbé le deuxième cycle des études médicales, moment de la préparation du concours. Le cumul de deux programmes, lourds et en partie dif-

férents, rendent ces études d'autant plus difficiles qu'ils doivent être intégrés dans un temps relativement court. Rapidement, les facultés furent confrontées à un dilemme : doivent-elles ignorer le programme de l'internat et conserver intact leur programme de base ou doivent-elles s'inspirer des questions du concours pour faciliter le passage de l'internat à leurs étudiants ? Outre la pression exercée par les étudiants eux-mêmes, la publication des résultats de l'internat mettait les facultés en concurrence, les incitant à placer leurs propres candidats dans des conditions optimales de réussite.

Dans le cadre de notre recherche sur l'impact de cette réforme, nous avons étudié les contenus et les conditions d'enseignement des deux premiers cycles des études médicales de plusieurs universités, durant les années précédant et succédant à la réforme, ainsi que durant la période de transition. Nous avons constaté que les facultés avaient modifié, plus ou moins systématiquement, les contenus et les formes de validation du deuxième cycle. Du point de vue des contenus, les certificats enseignés se sont parfois alignés strictement sur les questions d'internat, les examens reprenant des épreuves du concours. Par ailleurs, les modes de validation se sont assouplis, en particulier en levant le principe selon lequel les étudiants doivent obtenir la moyenne à chaque certificat, garantie de connaissances minimales assimilées dans l'ensemble des grands domaines médicaux.

La formation pratique a également subi des transformations, même si celles-ci sont moins formelles. Mais il arrive que certaines promotions d'externes soient dispensées de leur dernier stage hospitalier pour pré-

Anne-Chantal Dubernet
Chargée de recherche au CNRS, Laboratoire G. Friedmann (Paris I), MSH Ange Guépin (Nantes)

* Certificats d'études spécialisées : diplômes par lesquels les étudiants avaient accès aux spécialités médicales. La plupart n'exigeait pas le passage par l'internat. Des modalités de sélection à l'entrée pouvaient exister, mais étaient propres à chaque discipline, voire à chaque université.