



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 ?

**H**istoriquement, 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.

Les médecins des hôpitaux publics sont soumis aux mêmes obligations déontologiques d'entretien de leurs connaissances, aux mêmes contraintes liées à l'augmentation rapide du savoir médical. Toutefois, compte tenu de leur cadre d'exercice, de la diversité de leurs activités professionnelles et de leur statut de salarié, la formation continue présente des spécificités.

### Des spécificités qui déterminent les besoins de connaissance

Dans le domaine de la spécialité médicale exercée, plus le niveau de connaissance se spécialise, moins la ré-

ponse de formation pourra être standardisée, aussi bien dans son contenu que dans la forme qu'elle peut prendre. Dans cette situation, l'appréciation de son besoin sera au mieux exprimée par l'expert, lui-même devenant producteur de savoir nouveau pour les autres quand pratique médicale et recherche se rejoignent.

Par ailleurs, l'exercice hospitalier offre des opportunités de formation réelles bien que difficiles à quantifier. Les échanges au sein des équipes, formalisées dans les staffs et les réunions bibliographiques ou sur le terrain ainsi que les échanges avec les pairs, facilitent la circulation du savoir. De même, les activités d'enseignement

parer l'internat. Individuellement, le choix de stages réclamant peu de présence ou la « vente de gardes » constituent des stratégies qui, bien que déjà en vigueur avec l'internat de CHR, ont eu tendance à se généraliser.

Localement, ces changements de stratégie universitaire ont porté leurs fruits. Dans une faculté que nous avons étudiée, le taux d'accès à la médecine spécialisée concernait 20 à 25 % des premières promotions du nouveau concours. Six années plus tard, alors que les maquettes d'enseignement ont été totalement revues, c'est plus de la moitié des étudiants qui accédaient à la spécialisation, soit un taux proche de ce que produisait l'ancien système. Cette dépendance de la formation universitaire vis-à-vis de la préparation au concours pose des problèmes de nombreux enseignants, qui nous ont fait part de leurs difficultés à assurer un enseignement qui ne soit pas dominé par les questions d'internat. En outre, les étudiants ont tendance à désertier les amphithéâtres au profit des conférences d'internat, extérieures à la faculté, laquelle est pourtant le seul lieu de socialisation commun à l'ensemble des étudiants, quel que soit l'exercice qu'ils choisiront. Cet aspect de la formation pose une question essentielle, au regard de la segmentation croissante du corps professionnel, où le fossé existant entre généralistes et spécialistes a tendance à provoquer des tensions de plus en plus fortes\*.

### Une formation discriminante ?

Au-delà des taux de réussite à l'internat,

\* Comme on peut le constater à travers la division du syndicalisme médical [2].

indicateurs en général retenus pour mesurer l'efficacité de cette réforme, on remarque que les caractéristiques des étudiants ayant dorénavant accès à la spécialisation ont été bouleversées. Les femmes, qui sont arrivées en grand nombre dans les facultés de médecine ces dernières années, ont pâti de cette forme de sélection : si elles franchissent massivement la barrière du concours de première année, celle de l'internat les pénalise. En conséquence, elles se spécialisent aujourd'hui moins souvent que les hommes, alors qu'avant 1982, seule une minorité devenait médecin généraliste.

Par ailleurs, les étudiants ont tendance à évaluer leurs chances de réussite à l'internat à l'aune de leurs résultats en deuxième cycle : s'ils ne sont pas classés dans les deux premiers tiers de leur promotion, ils s'auto-sélectionnent et renoncent à se présenter au concours. Tout se passe comme si l'ensemble des étudiants avait intériorisé le fait que la spécialisation était réservée aux « meilleurs » et que les résultats universitaires reflétaient des prédispositions à l'exercice d'une forme de médecine. Ainsi que les entretiens réalisés auprès des médecins le montrent, l'omnipratique souffre d'une dévalorisation universitaire et hospitalière accentuée par le nouveau système. Avant la réforme, un nombre significatif « d'excellents » étudiants pouvaient opter pour la médecine générale, sans que ce choix soit vécu comme un signal d'échec. Aujourd'hui, presque tous les étudiants performants se lancent dans la préparation à l'internat, y compris ceux qui auraient été attirés par la médecine générale, l'émulation prenant ainsi le pas sur l'attrait professionnel.

Il apparaît que la probabilité de se spécialiser résulte aujourd'hui de trois principaux déterminants : les orientations pédagogiques de la faculté d'origine ; le sexe ; la réussite aux études. Ainsi, la moitié des jeunes femmes les moins brillantes à la faculté avaient accès à une spécialisation médicale avant 1982, en particulier par les CES. Dix ans plus tard, on estime que 80 % des étudiantes d'un niveau similaire sont généralistes.

On peut alors s'interroger sur le sens des évolutions de la formation universitaire. Pour certains médecins, la préparation au concours de l'internat constitue la meilleure formation possible, puisqu'il s'agit d'apprendre une médecine de haut niveau. Pour d'autres en revanche, ce concours, basé sur un programme jugé incomplet, stimule plus la mémoire que la réflexion et appauvrit, de ce fait, la formation médicale. Ces opinions divergentes mettent en évidence la contradiction qui existe entre un objectif de formation et un objectif de sélection. Le premier vise à assurer des connaissances solides et minimales à tous et le second à faire émerger « l'élite » du lot commun. À défaut d'un choix explicite entre ces deux objectifs, l'internat, mais aussi le deuxième cycle des études médicales, représentent des systèmes de formation dont le résultat est un inéluctable classement, où les *non sélectionnés* et les *mal placés* deviennent les *mal formés*. ■

Cet article s'appuie en partie sur les premiers résultats d'une recherche en cours, s'intitulant : « Les effets de l'internat en médecine de 1982 sur les choix professionnels des médecins ». Ce travail est inscrit dans le programme Inserm/CNRS/Mire 98 : processus de décision et changements dans les systèmes de santé. Le rapport de recherche est prévu pour le début de l'année 2001.