



*Rapport adopté lors de la session du Conseil national
de l'Ordre des médecins de mai 2007
MM Claude-François DEGOS, Jacques ROLAND et Xavier DEAU*

Réflexions sur les études de médecine

**Analyse de l'état actuel, réflexions sur leur éventuelle intégration
dans le système européen LMD et propositions de l'Ordre des Médecins**

1. Introduction

1.1 Les motivations de la réflexion

La réactualisation des cursus des étudiants en Médecine dans l'espace européen nous amène à reprendre nos réflexions sur les Etudes de Médecine. Plusieurs éléments majeurs ont contribué à la reprise de ce travail : les difficultés inquiétantes de la démographie médicale, la réflexion sur le processus de Bologne, trop souvent simplifié sous l'acronyme L.M.D. (licence – master – doctorat), la mise en place de l'obligation de l'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.) et les nouveaux objectifs de formation.

1.1.1. Les problèmes de la démographie médicale

Des années de mauvaise gestion du numerus clausus, employé plus comme agent de maîtrise économique que de régulateur démographique, nous amènent à une carence programmée du nombre des médecins. Deuxième facteur de régulation, le concours d'internat qui aurait dû permettre de maîtriser les flux d'entrée dans chacune des disciplines, ne remplit pas cette tâche tant en ce qui concerne le nombre que la répartition sur le territoire national des professionnels concernés. Conscient de ce problème grave, le ministère de la santé a confié une mission d'analyse au doyen Yvon Berland¹ qui a rendu son rapport en 2006, son analyse sévère s'est accompagnée de propositions, en particulier en ce qui concerne l'examen classant national. De son côté et chaque année, le Conseil National de l'Ordre des Médecins analyse la situation démographique et alerte l'opinion et les pouvoirs publics sur les conséquences des anomalies constatées². Hélas, il n'a pas été écouté, pas plus que les doyens des Facultés, au moment où il était nécessaire d'élever progressivement le numerus.

1.1.2. Déclaration de Bologne et L.M.D

La réflexion actuelle, introduite par la Déclaration de Bologne du 19 juin 1999 sur l'homogénéisation des diplômes européens, a de nouveau attiré l'attention sur les études de médecine. Peuvent-elles se plier à ces règles communes ? Certes, l'application du rythme licence – master – doctorat dans notre secteur, mérite une analyse sérieuse, car les intentions en sont louables : rendre compréhensible les cursus d'un pays à l'autre, faciliter la mobilité des enseignants, des étudiants et des enseignements. Le découpage en modules *European credit transfer system* (E.C.T.S.) est lui aussi un espoir de souplesse, chacun pouvant aller et valoriser la connaissance où elle se trouve.

À ce propos, plusieurs commentaires ou propositions ont été faits :

- Rapport de la Commission Européenne qui fait le point de l'avancement du dossier en 2004³
- Rapport de l'Académie de Médecine, (24 janvier 2006)⁴ qui propose un rapprochement de nos études avec celles des pharmaciens.
- Rapport l'Ordre des Médecins (Claude-François Degos – 26 juin 2006)⁵, qui analyse la difficulté spécifique de l'eupéanisation dans notre secteur et s'efforce de faire intervenir un contrôle continu des aptitudes et des connaissances dans les sélections.
- Rapport de la Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD (Christian Thuillez⁶ - juillet 2006) dont nous reverrons les intéressantes propositions pour les passerelles
- Commentaires de la Conférence des doyens

Mais y a-t-il une correspondance entre cette proposition de principe, visant à l'homogénéité des cursus (exemple : médecine et géologie, même rythme) et les textes européens récents qui réglementent les cursus de formation dans les principaux métiers de santé ? A priori non, car la Directive 2005-36 de septembre 2005, promulguée pour faciliter la mobilité des professionnels dans l'espace européen, ne tient pas compte de la réflexion L.M.D. et fixe à 6 années la durée des études de médecine de base, pour l'ensemble des Etats Membres.

1.1.3. L'E.P.P.

La mise en œuvre d'une politique « qualité » dans la sphère médicale oblige à revoir les références de notre activité professionnelle, donc la façon dont elles sont introduites dans la formation. Le débat « certification - recertification » doit donc être abordé⁷. Mais cette même politique qualité implique que l'on revoie la formation professionnelle, et tout spécialement les stages cliniques du cursus des études, dans leur forme, leur amplitude et leur évaluation.

1.1.4. Nouveaux rôles des médecins

Les sollicitations de la société sur le corps médical sont devenues de plus en plus nombreuses et pressantes. Elles tiennent de considérations générales techniques, ayant trait à la veille sanitaire, aux pandémies, aux problèmes de bioéthique, de déontologie, etc. L'information du public est de plus en plus nécessaire. Les médecins doivent donc satisfaire ce désir impérieux de la société. Cela demande une formation, une professionnalisation complémentaires.

Ce médecin aux nouveaux rôles a été décrit sous le nom de médecin « cinq étoiles » par Charles Boelen dans son rapport pour l'O.M.S⁸.

1.2. Mode de notre réflexion

Nous nous interrogerons d'abord sur la légitimité ordinaire à se pencher sur les études, leur forme, leurs méthodes et leur contenu. Nous nous pencherons ensuite sur chaque phase des études. Les différentes propositions de réforme déjà connues abordent de manière partielle l'analyse des études médicales. Or on ne peut envisager des réformes qu'en tenant compte de l'ensemble. Comment changer radicalement un cycle sans que les autres en soient modifiés ? C'est pourquoi nous exposerons l'état des lieux, nous procéderons à une analyse de l'ensemble des étapes de la formation médicale, puis nous ferons des propositions, en tenant compte chaque fois de leur répercussion sur le reste du cursus.

Par ailleurs, même si on ne peut que désirer un rapprochement avec les autres métiers de santé, et favoriser des passerelles, nous ne pouvons oublier la spécificité de notre profession. Nous éviterons une confusion des rôles, préjudiciable à l'efficacité de chacun.

2. Compétence de l'Ordre sur la formation des médecins

2.1. Etat des lieux

2.1.1. Rôle de l'Ordre des médecins en France

L'Ordre n'a naturellement aucune responsabilité directe dans le processus diplômant confié aux Universités, comme dans la plupart des pays et la plupart des professions. Il est par contre responsable du dispositif de qualification, rôle qui le met en continuité avec le dispositif diplômant. Nous reviendrons au chapitre 5 sur ce dispositif mais rappelons qu'une qualification est attribuée automatiquement par les Conseils départementaux à tout médecin titulaire d'un D.E.S. ou d'un D.E.S.C. de type 2, cette qualification tenant au titre du diplôme du médecin. Une qualification peut être obtenue en dehors de cette voie automatique grâce à l'avis de commissions « *ad hoc* » (voir chapitre 9).

L'Ordre est présent régulièrement dans les Conseils de gestion des Facultés de médecine. Cette présence est utile et nécessaire, mais en fait, faute d'instances régionales, la représentation a été jusqu'à présent assurée pratiquement par des conseillers issus du conseil départemental de la ville où se situe la Faculté. Compte tenu des réglementations actuelles, cette présence n'influence en rien les programmes. Cependant, suivant la personnalité des délégués ordinaires, cette représentation permet de jouer un rôle dans une part de l'enseignement spécialement portant sur l'organisation de la profession, la déontologie, l'éthique et tout spécialement dans le cadre du troisième cycle de médecine générale.

L'Ordre est présent aussi à l'échelon national dans différentes commissions ayant trait en particulier à la démographie ou à l'examen national classant, mais pas sous leur version pédagogique (Observatoire de la démographie médicale, Commission Nationale des Etudes médicales [C.N.E.M.]). A aucun moment l'Ordre (alors qu'il est responsable des qualifications), ou d'autres organisations professionnelles médicales, ne sont consultés officiellement ni sur le fond, ni sur la forme des études médicales. A noter la participation ordinaire dans les Commissions Régionales des Etudes Médicales (C.R.E.M.) dont le rôle est de préciser les besoins des filières des D.E.S.

2.1.2. En dehors de la France, rôle des organismes régulateurs

L'Europe a défini un certain nombre de professions réglementées dont la profession médicale. Notre profession est donc concernée par la directive 2005-36, qui organise non seulement la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, mais amène à désigner dans chaque pays les organismes compétents. En fait chaque Etat-membre possède un organisme régulateur et pour une bonne partie un ordre des médecins analogue au nôtre.

Pour ne citer que le Royaume-Uni, c'est le General Medical Council (G.M.C.) qui joue ce rôle et à ce titre doit donner son aval sur le contenu des études médicales. Les programmes sont également influencés par la Royal Society, qui groupe les Sociétés savantes. Aux Etats-Unis, et au Canada, les Facultés de médecine sont auditées par un organisme privé, indépendant des Universités.

2.2. Propositions de l'Ordre

2.2.1. A l'échelon national

L'Ordre devrait être associé de façon consultative à toute réflexion sur l'organisation des études médicales, sur les programmes des Facultés, sur leur évaluation. Cette consultation devrait être effective pour tous les textes portés au Conseil National de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (C.N.E.S.E.R.) et relevant des études médicales. La naissance d'un nouvel organisme, l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (A.E.R.E.S.) succédant au Comité national d'évaluation (C.N.E.) est une occasion d'une possible collaboration.

2.2.2. A l'échelon régional

L'avènement des nouveaux conseils régionaux de l'Ordre oblige à une nouvelle politique par rapport aux Facultés : c'est à partir de cette instance que doivent être désignés les représentants ordinaires dans les Commissions régionales des études médicales (C.R.E.M.) ou les structures qui leur succéderont.

3. Orientation ou sélection ? La première année de médecine

3.1. État actuel

3.1.1. L'entrée en Faculté de Médecine

Aucune sélection n'est réglementairement permise à l'entrée en faculté de médecine (arrêté du 18 mars 1992, art.3). En fonction des effectifs, le doyen peut limiter l'inscription aux candidats issus du dernier baccalauréat de l'Académie correspondant à la Faculté. Peuvent s'inscrire dans chaque Faculté de médecine les candidats à un concours commun, médecine, chirurgie dentaire et sages-femmes. Certaines Facultés (au nombre de 14) procèdent aussi à une sélection pour les études de kinésithérapie et ergothérapie. Une Faculté recrute aussi pour une école de technicien en radiologie.

3.1.2. Les programmes

Essentiellement des sciences fondamentales, ainsi que des sciences humaines et sociales (arrêté du 18 mars 1992).

- Matières obligatoires : Biochimie et chimie, biophysique et physique, biologie moléculaire, biologie cellulaire, sciences humaines et sociales dont l'arrêté du 21 avril 1994 porte le coefficient à 20 % du concours.
- Matières facultatives : Anatomie, biologie du développement, biostatistiques, histocytologie, physiologie

3.1.3. Le concours ; la sélection ; le numerus clausus

- Le numerus clausus : un concours commun aux trois filières de médecine, chirurgie dentaire et sages-femmes est organisé au cours de la première année dans chaque Faculté de Médecine. L'interclassement des étudiants leur permet de choisir la filière en fonction d'un nombre de places fixé chaque année par arrêté : c'est le numerus clausus. (*Art. L 631-1 du code de l'éducation*).
- Forme du concours : Le concours porte sur le programme réalisé dans la Faculté correspondante et il est corrigé par les enseignants en charge des cours. Les épreuves sont le plus souvent faites de questions à choix multiple (Q.C.M.), sauf pour les sciences humaines et sociales où la forme ouverte est obligatoire. Le concours se déroule en deux parties, la première en fin de premier quadrimestre, la deuxième en fin du deuxième. À l'issue de cette dernière sont publiés les résultats définitifs.
- Si un étudiant a échoué, ou s'il renonce à son résultat, il garde une seule possibilité de tenter sa chance après redoublement. Des cas de force majeure (exemple : hospitalisation) peuvent entraîner une dérogation pour un retriement (arrêté du 18 mars 1992, art.6). Ces dérogations ne peuvent excéder 8 % du numerus clausus.

3.1.4. Règles européennes et exemples extérieurs

- Directive 2005-36 (7 septembre 2005) article 24 : « *1. L'admission à la formation médicale de base suppose la possession d'un diplôme ou certificat donnant accès, pour les études en cause, aux établissements universitaires* » Il n'y a donc pas de règle organisant sélection ou orientation.
- Exemples européens : les grands pays qui nous entourent s'appuient sur les résultats des lycées, ou les examens qui précèdent l'entrée en Faculté. En Allemagne, les résultats à l'Abitur permettent à une commission nationale d'orienter les étudiants vers les facultés de médecine. En Grande-Bretagne, les Facultés de médecine imposent des notes minimum à trois matières de l'examen final du secondaire, puis reçoivent les candidats pour un examen de leur dossier avant admission définitive. Aux Pays-bas, un tirage au sort se fait entre les candidats intéressés.

3.2. Analyse critique

3.2.1. La sélection

L'interdiction, appuyée sur un principe démocratique, de toute sélection à l'entrée de l'université justifie la situation difficile de notre première année de médecine. Les conséquences en sont multiples et ravageuses :

- Afflux d'un nombre très élevé de candidats. Les effectifs sont tels que dans la plupart des cas les cours se passent dans des amphithéâtres reliés par des moyens vidéo (jusqu'à cinq amphi en batterie !). L'éloignement entre enseignés et enseignants conduit à proposer, comme à Grenoble, de fournir l'enseignement sous forme de cd-rom, et de limiter l'intervention des professeurs à un jeu de questions-réponses.
- Les effectifs sont encore accrus par la fréquence des redoublements, sans aucun apport pédagogique.
- La sélection se faisant en fin d'année, les étudiants commencent donc des études à prétention humaniste en s'éliminant entre eux, leurs camarades d'amphi étant leurs concurrents directs.
- Les étudiants étant interclassés, il y a aux résultats finaux un classement des professions entre elles, sans autre intérêt que de faire apparaître des hiérarchies là où on devrait déjà parler de réseaux ou de complémentarité !
- Malgré les buts affichés, il n'y a pas d'effet marquant sur la démocratisation (Breuil-Grenier P, Sicart D⁹).

Cependant les exemples abondent d'exceptions à l'interdiction de sélection à l'entrée dans l'université :

- En France : entrée dans les grandes Ecoles, à Institut d'Etudes Politiques, et même dans les anciens instituts universitaires de technologie qui n'acceptaient leurs étudiants que sur dossier !
- En Europe, comme nous l'avons vu au paragraphe 2.1.4. la Grande-Bretagne et l'Allemagne recrutent leurs étudiants en fonction de leurs résultats du secondaire.

Diverses propositions ont été faites pour modifier notre système :

- L'Académie de médecine⁴ propose une première année de Santé commune à la médecine, à la chirurgie dentaire, à la pharmacie et aux sage-femmes. L'idée est séduisante ; elle implique, grâce à une sélection d'entrée correspondant au nombre d'étudiants que les professions attendent en fin d'études, de les enseigner ensemble, puis de leur permettre en fin d'année d'accéder, selon les résultats obtenus, à la filière de leur choix. L'organisation est complexe et il subsiste l'inconvénient du maintien d'un nombre d'étudiants élevé pendant cette première année.
- La Commission THUILLEZ⁶ propose, en fin de première année, des sélections distinctes pour les quatre filières (médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie) par quatre concours séparés avec des coefficients différents affectés à des Unités d'Enseignement communes.

Les étudiants auraient la possibilité de présenter plusieurs, voire les quatre concours, et la validation d'une ou plusieurs Unités d'Enseignement pourrait servir pour d'autres parcours universitaires en cas d'échec à la filière santé.

Là encore, on ne remédie pas à la pléthore d'étudiants en première année ni aux nombreux redoublements voire échecs.

- D'autres propositions (DEUG commun du projet CARPENTIER), première année commune à toutes les professions de santé (commission DEBOUZIE) ont le mérite de rassembler les professions de santé mais n'apportent pas de solutions au caractère massif des effectifs ni aux nombreux échecs des étudiants.

3.2.2. Les programmes

Si l'on peut admettre que la première année doit apporter les bases du début, donc comporter l'enseignement de sciences fondamentales, on peut se poser le problème de leur choix : manifestement les notions d'anthropologie, de sociologie, de psychologie, d'éthique, d'économie de la santé ont été oubliées. Une première année médicale ne peut plus laisser de côté ces notions.

3.2.3. Le numerus clausus

Les professions de santé étant "administrées", quel que soit sa place dans le cursus (début ou fin de première année, deuxième année, ou fin de licence) le numerus clausus existera. Chacun connaît les dommages qui peuvent être provoqués par un numerus inadapté. Après une période de restriction aveugle, il faudrait se garder, pour compenser une pénurie annoncée, de maintenir trop longtemps des effectifs trop élevés qui déséquilibreraient à nouveau, mais dans l'autre sens, notre démographie.

3.3. Propositions ordinales

3.3.1. Orientation, sélection.

Pour remédier à l'afflux désordonné de candidats non orientés, l'Ordre opte pour une sélection à partir du Baccalauréat ainsi que pour une année purement médicale.

À la manière anglaise : ne seraient admis à présenter leur dossier à l'inscription en Faculté de médecine que les candidats ayant des notes minima en philosophie (expression), mathématiques (rigueur), sciences de la vie (culture biologique) et dans une quatrième matière choisie par le candidat. Les candidats ainsi présélectionnés seraient ensuite auditionnés par un jury. Cette modalité de sélection suppose un nombre suffisant d'examineurs aptes à faire passer l'oral ainsi qu'un accord préalable entre enseignants sur les critères d'appréciation.

Cette proposition implique aussi que des passerelles permettent plus tard à ceux qui n'ont pas opté tout de suite, ou qui n'ont pu être retenus, de présenter leur candidature après un parcours extérieur d'un niveau suffisant, pour une entrée en deuxième ou troisième année (voir le chapitre des passerelles).

La sélection pourrait être préparée par un bilan facultatif d'aptitude aux carrières de santé qui pourrait être proposé aux élèves volontaires au cours des derniers mois de la scolarité. Il s'agirait d'un entretien devant un jury formé, par exemple, de l'enseignant de biologie, du

professeur principal et d'un médecin (médecin scolaire ?), portant sur sa vocation et ses dispositions à communiquer avec autrui, à tolérer le contact physique de l'autre, à supporter psychologiquement la souffrance et la pathologie du prochain, à ne pas être dégoûté par la vue du sang, de lésions, de liquides biologiques, ... Ce serait aussi le moment d'exprimer sa motivation et ses objectifs.

Cette disposition aurait le mérite de dissuader certains de se lancer dans une carrière avec des chances réduites de réussite et, de ce fait, de favoriser la détermination et le volontariat.

L'effectif de la première année de médecine serait fixé par une commission régionale mixte comprenant des représentants de l'Université, du Conseil Régional de l'Ordre, de l'Union régionale des médecins libéraux et de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

3.3.2. Programmes

- Si la première année est purement médicale (première proposition) et avec des effectifs contrôlés, des pédagogies actives peuvent être envisagées. Le programme pourrait reposer sur deux groupes de matières fondamentales, les disciplines classiques scientifiques, qui comme nous le verrons doivent accompagner l'ensemble des études, et les disciplines « humaines » dont l'introduction précoce est nécessaire.
- Si la première année est mixte avec des concours distincts (troisième et quatrième propositions) reposant sur un enseignement commun, les coefficients des matières doivent être modulés en fonction de l'orientation choisie. Un enseignement spécifique caractéristique et motivant sous forme d'Unités d'enseignement optionnel doit permettre en plus de mesurer l'investissement de l'étudiant vers la profession qu'il désire.

3.3.3. Numerus clausus

Le souhait plusieurs fois manifesté par l'Ordre est de porter le numerus à 8000, tout en sachant les difficultés que les Facultés vont rencontrer, mais c'est à ce prix que nous pourrions maintenir en 2020 une couverture médicale satisfaisante.

Cependant les errements précédents nous amènent à souhaiter que tous les cinq ans il puisse y avoir un rapport sur la démographie analogue au rapport Berland pour qu'une politique cohérente soit poursuivie et que des infléchissements raisonnables puissent être proposés.

L'Ordre s'associera avec conviction à cette réflexion et y apportera son expérience importante sur la démographie médicale.

4. Le cursus de base

4.1. État actuel

4.1.1. Situation actuelle en France

Le cursus actuel est de 6 années ; il est divisé en deux cycles.

- Premier cycle :
Il est constitué de deux années,

- La première année (P.C.E.M.1 ou P1), année du concours de sélection (que nous venons de voir chapitre 2), qui échappe en fait au cursus spécifique de médecine et sert de propédeutique scientifique commune aux médecins, chirurgiens, dentistes et aux sage-femmes.
- La deuxième année (P.C.E.M.2 ou P2), première année proprement médicale, essentiellement consacrée aux matières dites fondamentales. Un stage infirmier de quatre semaines, non rémunéré, débute l'année universitaire. L'arrêté du 18 mars 1992 forme un ensemble cohérent entre P2 et D1 en ajoutant aux matières déjà citées des enseignements sur les langues étrangères, l'éthique, la déontologie, la démographie, la séméiologie, la bactériologie, etc.... Sont ajoutées également des matières optionnelles entre l'anthropologie et l'économie. Des stages hospitaliers sont prévus, pour l'initiation aux fonctions hospitalières et pour acquérir les rudiments des connaissances sur la pathologie.

➤ Deuxième cycle :

Il est constitué de quatre années,

- La troisième année (D.C.E.M.1 ou D1), année de transition indissociable, comme nous venons de le voir, de la précédente.
- La quatrième année (D.C.E.M.2 ou D2), l'étudiant devient étudiant hospitalier, il est affecté dans des services de l'hôpital pour des stages. L'enseignement est modulaire, suivant des thèmes transversaux.
- La cinquième année (D.C.E.M.3 ou D3) : poursuit la précédente et les stages hospitaliers font l'objet d'une modique rémunération (externes).
- La sixième année (D.C.E.M.4 ou D4) devrait logiquement prolonger les précédentes, en fait elle sert à la préparation à l'examen national classant, et de nombreuses Facultés l'ont vidé presque entièrement de ses enseignements théoriques, voire de ses stages.

Le cursus comporte en outre :

- Des matières optionnelles
- Un stage chez le médecin généraliste (arrêté du 4 mars 1990)
- Des gardes obligatoires (36 gardes pendant D3 et D4)

4.1.2. Règles européennes et environnement

La Directive 2005-36 (7 septembre 2005) article 24 – 2 stipule que « *la formation médicale de base (avant la spécialisation) comprend au total au moins six années d'études ou 5500 heures d'enseignement théorique ou pratique dispensées dans une université ou sous le contrôle d'une université.* »

Il faut noter que notre système actuel est conforme à la Directive européenne mais s'éloigne du système LMD par une année supplémentaire dont il ne semble pas judicieux de se passer.

Le déroulé des études est très différents d'un pays à l'autre, mais globalement les stages hospitaliers sont plus tardifs et plus « passifs » qu'en France, ce qui explique le nombre des étudiants européens, spécialement allemands, qui viennent dans nos Facultés pour des stages Erasmus.

4.2. Analyse critique

4.2.1. Le cursus lui-même

La présentation actuelle est complexe : on voit bien que le partage entre les deux cycles ne correspond pas à une réalité. En fait le premier cycle correspond à trois années, avec une implication progressive de la clinique dans les études, ce qui devrait correspondre à P1, P2 et P3 ; le deuxième cycle, lui, appuyé sur les stages cliniques et les modules transversaux ne comporte en fait que trois années, que l'on devrait nommer D1, D2 et D3.

On voit ainsi qu'il serait aisé de se conformer à la systématique L.M.D. en ce qui concerne la licence (3 ans) mais qu'une année manque au cours du Master du L.M.D. (2 ans au lieu de 3). Amputer notre deuxième cycle d'un an diminuerait d'autant les stages hospitaliers et chez le médecin praticien, stages qui sont à la base même de l'apprentissage du métier médical.

4.2.2. Les programmes

- Le programme des trois premières années (P1, P2 et D1) paraît à peu près équilibré et permet une accession progressive à la connaissance de la clinique. L'adjonction de disciplines « humaines » paraît nécessaire, au prix de la diminution du temps alloué aux disciplines dites fondamentales.
- Le programme des trois dernières années (D2, D3 et D4) souffre du caractère trop exclusif des modules transversaux. L'étudiant ne peut se contenter de comprendre les fondamentaux de la pathologie (cancer, ischémies...), sans acquérir les éléments de la pathologie elle-même. En d'autres termes, la compréhension complète du phénomène d'ischémie ne prive pas de la nécessité d'intégrer l'infarctus cérébral dans ses connaissances puis dans ses aptitudes.

4.2.3. Les pédagogies

Sont, en fait, variables d'une Faculté à l'autre. Beaucoup d'entre elles se sont ralliées, après les modules transversaux (D2 et D3), à un enseignement par petits groupes, sur cas cliniques et par spécialités en D3 et D4 (apprentissage au raisonnement clinique, voir chapitre 9).

4.3. Propositions ordinales

4.3.1. Le cursus

A propos du cursus des études, l'Ordre, sans ignorer l'autonomie des Facultés qui restent libres du contenu de leurs enseignements, souhaite qu'il existe un consensus inter-régional (voire international) sur la séquence des enseignements pour favoriser la mobilité des étudiants, en particulier pour faciliter les échanges Erasmus.

La déclaration de Bologne est surtout connue par le projet de standardisation des études universitaires suivant un enchaînement L.M.D., ce cursus n'a pas pour l'instant trouvé d'applications dans les facultés de médecine européennes. Par contre le morcellement des études en modules (e.c.t.s.) favorise grandement la mobilité des étudiants et ne peut qu'être encouragée.

4.3.2. La pédagogie

A propos de la pédagogie : mêler aux modules transversaux des enseignements d'application et de complément pour exercer au raisonnement médical et tenter de couvrir les principales pathologies.

4.3.3. Les stages cliniques

Concernant les stages cliniques : stages de 4 mois rémunérés à partir de D2. 7 stages hospitaliers protocolisés avec des objectifs individuels pré-établis dans chaque service, validés par la commission pédagogique de l'UFR et un rapport de stage de l'étudiant.

L'Ordre souligne avec insistance l'efficacité et la caractère irremplaçable de l'enseignement au lit du malade. La participation de l'étudiant à l'examen clinique, aux discussions et au raisonnements diagnostiques, ainsi qu'à la mise en route et à la surveillance du traitement, reste éminemment formatrice.

Quant aux stages chez le praticien : deux stages de 6 semaines chacun, l'un en D2 en observateur, l'autre en D4 en responsabilité encadrée complèteraient la formation pratique.

4.3.4. Le C.S.C.T.

Au sortir des études de médecine, le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) est l'examen sanctionnant la fin de la formation médicale de base (Directive 2005-36. Art. 24).

D'étudiant, le médecin devient Lauréat de la Faculté de médecine sans, toutefois, avoir droit à l'exercice plein puisque tout praticien doit, à présent, être spécialiste. Il reste ouvertes, devant lui, les carrières sans prescription, dans les domaines du journalisme, du conseil et, peut-être aussi, après un temps de formation, dans les médecines scolaires et du travail ou en matière d'hygiène. Eventuellement, un certificat pourrait être attribué à l'étudiant dont il pourrait faire état (Master de sciences médicales).

Il n'est pas question ici de recréer les "officiers de santé" mais plutôt de réfléchir à des ouvertures pour des cycles d'études plus courts ainsi qu'à la délégation de certaines fonctions en cette période de pénurie médicale programmée que nous abordons.

5. L'orientation vers les spécialités

5.1. État actuel : l'examen national classant (E.C.N.)

- Un examen national classant ouvre le troisième cycle de spécialisation aux étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales. Le choix des disciplines et du C.H.U. de rattachement est subordonné au rang de classement de l'impétrant. (*Art. L 632-2 du code de l'éducation*).
- Les candidats peuvent "concourir" une première fois au cours de D4. Ils peuvent recommencer l'année universitaire suivante, au cas où leur classement primitif ne les satisfait pas. Dans ce cas, ils doivent accomplir leur premier stage dans la discipline acquise lors de leur premier classement.

- En plus de l'E.C.N., il y a les concours d'internat à titre européen peu fréquentés en France. Ceux-ci peuvent être tentés par tout médecin européen, sous la condition d'avoir déjà accompli 3 années d'activité médicale. Ces concours n'ont pas de programme général, mais se passent filière par filière (Board). (*Art. L 632-12 du code de l'éducation*).

5.2. Analyse critique

5.2.1. L'examen lui-même et la pédagogie

Cet examen a entraîné un grand nombre d'analyses et surtout de critiques (Billaut¹⁰, Le Bourgeois¹¹, Roussel¹², Chabot¹³, Quinton¹⁴). Il va de soi que l'examen national classant est, en fait, un concours avec tout ce que cela comporte d'inconvénients. D'abord le *bachotage* qui conduit la plupart des Facultés à sacrifier peu ou prou l'année D4, tant pour les enseignements théoriques que les stages. Cela entraîne un raccourcissement de la durée des études et une inégalité dans le temps de préparation selon les Facultés. La *sélection* se fait sur des critères discutables de performances mnésiques et de compétences docimologiques. Cette dérive de l'enseignement hors de la Faculté provoque une *pénalisation* de l'enseignement universitaire qui n'influe pas sur le classement et donne un avantage aux enseignements parallèles adaptés à une forme docimologique étrangère à l'apprentissage de la profession.

Par ailleurs, le caractère national de l'ECN ne tient pas compte des particularités régionales ni pour les modalités d'enseignements, ni à propos des besoins démographiques médicaux.

5.2.2. Programme et nature des questions

L'étendue des disciplines médicales a obligé de définir un programme, lequel est revu régulièrement mais reste sujet à critiques. Il tient compte de plusieurs facteurs et la facilité docimologique à discriminer les étudiants joue tout autant que l'appréciation de la pertinence de son raisonnement diagnostique, la sûreté de son jugement ou la justification des sanctions thérapeutiques qu'il propose.

En effet, les questions appellent souvent des réponses simples qui ne reflètent pas la complexité de l'exercice réel.

5.2.3. Examen régulateur

Le choix de la spécialité et de la région résulte du rang à l'E.C.N.. Le nombre de postes proposés au choix dans chaque région et dans chaque spécialité naît d'un compromis entre les besoins estimés par la profession, les souhaits exprimés par les internes et les postes formateurs souvent déterminés en excès pour répondre aux nécessités des services hospitaliers.

La reconnaissance de la médecine générale comme spécialité laissait espérer la fin de la sélection par l'échec pour cette discipline. Cependant, le nombre relativement élevé de postes offerts en "spécialités d'organes" a abouti à ce que sur 2 350 postes budgétaires réservés à la médecine générale, 600 sont restés vacants et parmi les 1 000 premiers classés de l'ECN, seuls 48 ont choisi cette spécialité (Y.Lanson¹⁵). Certains attribuent à la sélection par l'échec, l'orientation que prennent nombreux praticiens de médecine générale vers des exercices restreints ou hors nomenclature et pensent qu'en l'absence de mesures, cet état va se perpétuer.

Le caractère national de l'E.C.N. pourrait, a priori, paraître satisfaisant sur le plan de l'équité et de la mobilité des étudiants. Il ne s'agit pas en fait d'une véritable mobilité, mais d'un déplacement de formation. Les effets pervers ne manquent pas et, notamment, nombre d'étudiants bien placés issus d'une région moins favorisée n'hésiteront pas à s'expatrier dans une autre plus attrayante où ils s'établiront, alors que les internes venus occuper les postes devenus vacants resteront souvent sur place seulement le temps de leurs stages puis regagneront leur région d'origine. Ainsi, se renouvelle la disparité d'installation entre les régions au profit des territoires déjà surdotés. Cette dérive a été très bien décrite dans le rapport du doyen Berland sur la démographie médicale, ce rapport préconisant une dimension interrégionale de l'E.N.C.

5.2.4. Autres réflexions et propositions ordinales

Plusieurs propositions ont été publiées sur les modalités d'entrée dans le cycle de spécialisation.

- a) L'Académie Nationale de Médecine verrait un examen avec épreuves écrites et orales organisé à l'échelon de chaque Faculté, mais elle estime que la réflexion n'est pas suffisamment menée pour déterminer si le classement doit être régional ou national.
- b) Le rapport Thuillez propose de supprimer l'E.C.N. au profit d'un interclassement par percentiles ou écarts à la moyenne au sein des inter-régions s'inspirant du Département de Formation du Service de Santé des Armées, mais souligne que les étudiants ne sont pas favorables à cette solution.
- c) La Section Formation et Compétences Médicales du Conseil National de l'Ordre s'est prononcé pour la prise en considération des notes obtenues dans le cursus des études à partir de D2 ainsi que des notes et appréciations (A, B, C, D) attribuées à la fin de chaque stage. Des coefficients différents devraient permettre des classements par grandes disciplines de même que la prise en compte d'enseignements optionnels qui montreraient l'intérêt de l'étudiant pour la spécialité espérée.
Pour des raisons exposées plus haut, l'Ordre se détermine pour la régionalisation des examens classants.

6. Les spécialités, le troisième cycle des études

6.1. État actuel

6.1.1. Les diplômes du troisième cycle

➤ Organisation générale

Le troisième cycle des études médicales est celui de la professionnalisation et des spécialisations, préparées par les études de base (premier et deuxième cycle). Il est constitué de cinq catégories de diplômes dont la liste et les maquettes sont fixées par des arrêtés : l'organisation générale est fixée par la loi, et des décrets. Des directives européennes tentent d'homogénéiser les cycles de spécialités d'un Etat membre à l'autre.

Les diplômes d'études spécialisées (D.E.S.) : d'une durée de trois à 5 ans, ils donnent lieu à exercice exclusif d'une spécialité. Ils sont au nombre de 30 (liste en annexe).

Les diplômes d'études spécialisées complémentaires (D.E.S.C.) de groupe 1 : marquent une compétence supplémentaire ajoutée au D.E.S. d'origine. Leur durée est de 2 années et ils sont au nombre de 19 (liste en annexe).

Les diplômes d'études spécialisées complémentaires (D.E.S.C.) de groupe 2 comme ceux de groupe 1, sont complémentaires des D.E.S., Leur durée est de trois ans. Ils témoignent d'une orientation vers une autre spécialité à exercice exclusif que celle de leur D.E.S. Ils sont au nombre de 11 (liste en annexe). Pour pouvoir s'inscrire à un DESC de groupe 2, les internes doivent avoir accompli un stage spécifique de ce diplôme avant la fin du 5^e semestre de leur internat.

Les capacités ont moins d'exigences pour les stages hospitaliers. Elles ont été créées du fait de l'ancien statut des généralistes qui n'avaient pas de DES, et donc pas de possibilités d'accéder à des D.E.S.C (liste en annexe).

Le diplôme d'état de docteur en médecine : la thèse peut se soutenir dès la validation du 3^e semestre du DES et au plus tard trois ans après la fin du troisième cycle. La validation du troisième cycle et l'obtention du D.E.S. ne sont officielles qu'après la soutenance de la thèse, laquelle reste nécessaire à l'exercice, tant pour une installation libérale, que pour un exercice hospitalier (par exemple pour obtenir un poste de chef de clinique). (*Art. L 632-4 du code de l'éducation*).

6.1.2. Le cursus de l'étudiant

➤ Dispositions communes

Au cours du troisième cycle des études médicales les internes reçoivent une formation théorique et pratique à temps plein sous le contrôle des universités. (*Art. L 632-5 du code de l'éducation*).

L'étudiant s'inscrit au Diplôme d'étude spécialisée de son choix en fonction de son rang à l'EN C et compte tenu des possibilités de formation dans la discipline (Commission d'adéquation). Ce classement national, l'amène à être affecté dans une région dont les postes ne sont pas encore saturés. Dès lors, il effectuera 8 stages de 6 mois (10 pour la chirurgie) dans des services hospitaliers (internat) déclarés formateurs par le Préfet de région sur avis de la Commission de répartition (Arrêté du 22 septembre 2004), stages qui devront correspondre à la "maquette" définie dans cette spécialité pour laquelle l'interne est aussi censé suivre un enseignement théorique.

Un interne peut demander à changer une fois de discipline dans sa circonscription d'affectation, à condition de le faire avant la fin du quatrième semestre d'internat et à la condition que son rang primitif de classement lui ait permis d'accéder à cette discipline. C'est le « droit au remords ».

Lorsqu'un interne souhaite se consacrer à une carrière hospitalière et surtout hospitalo-universitaire, il lui faut effectuer une année d'intégration à temps complet dans une équipe de recherche agréée. Il doit convenir avec le responsable du thème de sa recherche et rédiger un mémoire pour se voir décerner un Diplôme d'Etudes Approfondies (D.E.A.). Cette

attestation sera nécessaire pour, ultérieurement, obtenir une habilitation à diriger des recherches (H.D.R.).

► Cas particulier de la médecine générale

La médecine générale est devenue D.E.S. en 2004 grâce au décret 2004-67 qui marque l'entrée effective de l'internat pour tous après un concours commun national. L'interne de médecine générale doit effectuer six stages de 6 mois, dont un dans un C.H.U. et un au sein d'un cabinet de médecine générale, sous la responsabilité d'un « maître de stage ». La durée de la formation en médecine générale étant fixée à trois ans, le sixième stage doit être, lui aussi, préférentiellement être réalisé en médecine générale.

Encore aujourd'hui, le principal écueil réside dans le nombre limité de services de médecine générale. Certains représentants des internes de médecine générale, soutenus par plusieurs enseignants de la discipline, estimant que la spécialité s'exerce exclusivement en ville, militent pour que le maximum voire tous les stages s'effectuent hors de l'hôpital.

6.1.3. Réglementation européenne

La Directive 2005-36 du 7 septembre 2005 apporte une harmonisation européenne à la formation des spécialistes.

En son article 25, elle règle le nombre d'années et les modalités de la formation dans les spécialités d'organes.

« -1. *L'admission à la formation de médecin spécialiste suppose l'accomplissement ou la validation de six années d'études dans le cadre du cycle de formation visé à l'article 24 au cours desquelles ont été acquises des connaissances appropriées en médecine générale.* »

« -2. *La formation médicale spécialisée comprend un enseignement théorique et pratique, effectué dans une université, un centre hospitalier universitaire ou, le cas échéant, un organisme de santé agréé à cet effet par les organismes compétents. Les Etats membres veillent à ce que les durées minimales des formations médicales spécialisées visées à l'annexe V, point 5.1.3. ne soient pas inférieures aux durées visées au dit point. La formation s'effectue sous le contrôle des autorités ou des organismes compétents. Elle comporte une participation personnelle du médecin candidat spécialiste à l'activité et aux responsabilités des services en cause.* »

« -3. *La formation s'effectue à temps plein dans des postes spécifiques reconnus par les autorités compétentes. Elle implique la participation à l'ensemble de l'activité du département où s'effectue la formation, y compris aux gardes, de sorte que le spécialiste en formation consacre à cette formation pratique et théorique toute son activité professionnelle pendant toute la durée de la semaine de travail et pendant la totalité de l'année, selon des modalités fixées par les autorités compétentes. En conséquence, ces postes font l'objet d'une rémunération appropriée.* »

« -4 *Les Etats membres subordonnent la délivrance d'un titre de formation de médecin spécialiste à la possession d'un des titres de formation de médecin avec formation de base visées à l'annexe V point 5.1.1.* »

En ce qui concerne la médecine générale, la Directive précise (Article 28)

« -1. L'admission à la formation spécifique en médecine générale suppose l'accomplissement et la validation de six années d'études dans le cadre du cycle de formation visé à l'article 24. »

« -3. Elle s'effectue à temps plein sous le contrôle des autorités ou des organismes compétents. Elle est de nature plus pratique que théorique. La formation pratique est dispensée, d'une part pendant 6 mois au moins dans un établissement hospitalier agréé disposant de l'équipement et des services appropriés et d'autre part pendant 6 mois au moins dans le cadre d'une pratique de médecine générale agréée ou d'un centre agréé dans lequel les médecins dispensent des soins primaires »

La Directive spécifie enfin que la validation des diplômes par un état membre de l'Union Européenne donne droit à validation dans les autres pays membres.

6.2. Analyse critique

Un travail d'analyse important a été effectué par la Conférence des doyens de médecine¹⁶.

6.2.1. Les DES et DESC

Sous la pression notamment des organismes représentatifs des internes, il n'a jamais été mis en place de contrôle théorique au cours ni à la fin des DES et des DESC.

Si ceci pouvait éventuellement s'argumenter lorsque la sélection des internes était très restrictive, les internes faisant valoir leur petit nombre par rapport à l'encadrement, avec des fonctions à responsabilités importantes, il en est aujourd'hui autrement depuis que le pourcentage des internes a considérablement augmenté à la suite de la mise en place du numerus clausus à l'entrée du PCEM2, depuis que du personnel médical plein temps assume beaucoup des tâches qui leur étaient naguère dévolues, et surtout depuis que tous les étudiants sont admis à faire leur troisième cycle en tant qu'internes.

Cependant, un enseignement théorique est organisé, le plus souvent à l'échelon inter-régional par un responsable désigné par le Collège des enseignants de la spécialité. Il est malheureusement, irrégulièrement suivi, soit que l'éloignement du terrain de stage par rapport au lieu de la formation en entrave la fréquentation, soit que l'interne prenne le prétexte (parfois vrai) des impératifs de sa tâche clinique quotidienne.

Si la validation du stage, qui est de la responsabilité du Chef de service, doit être motivée et signée par l'étudiant, les objectifs restent généraux et l'appréciation uniquement qualitative.

6.2.2. La thèse de Doctorat en médecine

La thèse est un exercice formel engageant de façon très inégale l'implication du futur médecin. Parfois, il s'agit d'un travail de haut niveau, original ou intégré dans un thème de recherche d'une équipe, prospectif, se déroulant sur plusieurs années, première étape pouvant servir de socle à des publications ultérieures.

Malheureusement, beaucoup de thèses restent des mémoires succincts, rapidement écrits, sur des données rétrospectives ou à propos d'un faible nombre d'observations. Dans ces circonstances, l'aide que peut apporter le Directeur de Thèse est plus souvent du domaine de

l'encouragement amical qu'une véritable assistance scientifique et le profit pour l'étudiant est très modeste.

De peu d'intérêt pédagogique pour l'étudiant démotivé, d'une utilité très souvent nulle pour l'équipe hospitalière, ce diplôme officiel est cependant indispensable à l'exercice de la médecine en France.

6.2.3. Les capacités

Cette voie d'accès aux DESC concerne les médecins généralistes de l'ancien statut et devrait disparaître avec l'accession de la médecine générale au rang de spécialité.

6.3. Propositions ordinales

6.3.1. Préparation à l'exercice médical spécialisé

Le Troisième cycle de spécialisation auquel donne accès l'ECN va donc représenter une Ecole pratique professionnelle obligatoire pour tout exercice médical avec prescription.

A côté du paramètre décisif qui tient au classement à l'ENC, à côté des résultats obtenus aux épreuves théoriques, aux stages et aux certificats optionnels durant les années d'études antérieures, à côté de la part inévitable de hasard qui dispose les postes d'internes disponibles dans la spécialité et dans la région, il serait sans doute judicieux d'interroger le candidat sur sa motivation et sur ses objectifs, notamment quant au mode d'exercice ultérieur qu'il souhaite, libéral ou hospitalier.

Pour cela, il lui faut avoir fréquenté suffisamment un cabinet médical et c'est la raison pour laquelle nous avons proposé deux stages de 3 mois chez le praticien généraliste ou spécialiste, durant D3 et D4 (chapitre 3.3).

C'est ainsi que le responsable de l'enseignement des DES pourra aider et guider l'interne dans le choix adapté de ses terrains de stages et dans celui d'enseignements théoriques judicieux, qu'il pourra se mettre en relation avec la Collégiale des hospitaliers de la spécialité pour intégrer, sur le long terme, son éventuelle carrière hospitalière et qu'il pourra conseiller le futur spécialiste sur des lieux d'implantation d'un cabinet en ville, en fonction de compétences de surspécialités ou de techniques qui auront été acquises.

6.3.2. Spécificités de la spécialité de médecine générale.

La *spécialité de Médecine Générale*, si elle est reconnue dans les textes, reste encore loin d'être installée dans les faits. L'enseignement n'est pas bien distingué des autres, il est dispensé par des Universitaires associés et non titulaires, qui ne disposent pas de l'aide de Chefs de clinique (ou assimilés). Les postes formateurs (urgences) hospitaliers, d'ailleurs refusés par certains représentants étudiants qui ne conçoivent la spécialité qu'en ambulatoire et hors hôpital, ne leur sont pas exclusivement réservés, les organismes sociaux et l'assurance maladie ne leur confèrent pas encore le CS ni le secteur 2 ou ni le secteur optionnel. Dès lors, il n'est pas étonnant que, libres de leur choix, les étudiants, au vu des attraits intellectuels, financiers et sur la qualité de vie, délaissent la carrière générale au profit des spécialités d'organe. Le Conseil de l'Ordre s'est résolument placé en faveur de la reconnaissance pleine et

entière de la spécialité de médecine générale. En effet, tous les indicateurs sont concordants, le déficit en médecins généralistes va devenir inquiétant sinon dramatique.

6.3.3. L'enseignement théorique de l'interne

Pendant la durée de l'internat, véritable compagnonnage clinique, il serait souhaitable de voir le futur spécialiste s'inscrire à des Diplômes d'Université (D.U.) et/ou à des Diplômes Inter-Universitaires (D.I.U.) qui pourront le préparer au mieux à l'exercice médical spécialisé qu'il a souhaité et le former à des sur-spécialités ou à des techniques qui contribueront à valoriser sa candidature.

Un nombre minimal de diplômes universitaires serait requis dans la maquette de chaque spécialité, ce qui ne dispenserait pas l'interne de suivre l'enseignement clinique organisé par le Directeur du D.E.S.

Par ailleurs, l'intégration de l'interne dans l'équipe hospitalière, devrait lui laisser un temps suffisant pour suivre ces enseignements, pour participer activement au minimum à une publication par stage et pour élaborer sa thèse de Doctorat en médecine.

6.3.4. Revalorisation des stages

Un programme de responsabilisation progressive devrait être élaboré, à côté de la maquette de la spécialité, par les responsables (Collège des enseignants), définissant pour les deux ou trois premiers stages des objectifs cliniques à acquérir. Chaque stage donnerait lieu à la délivrance d'une appréciation motivée, à propos du respect de ces objectifs, précisant les éventuelles lacunes encore à combler.

Au-delà de ces premiers stages, et compte tenu des appréciations inscrites sur le livret de stage, l'encadrement se ferait de moins en moins resserré jusqu'à la responsabilité diagnostique et thérapeutique pleine.

7. Cours parallèles et passerelles

7.1. Au cours des études médicales

7.1.1. Après la sélection à l'entrée des études médicales

Certains ont proposé que les étudiants soient sélectionnés à partir des notes obtenues au baccalauréat et/ou en classe Terminale (chapitre 2.3.1). Cette proposition-couperet justifie que l'étudiant, qui a suivi avec succès un parcours non médical et qui a obtenu un niveau suffisant, puisse présenter sa candidature pour réintégrer la filière médicale en seconde ou troisième année.

C. Thuillez, qui se calque sur la filière LMD à partir de concours séparés pour les 4 filières de santé, prévoit une telle possibilité au niveau de la Licence ou du Master pour les "étudiants d'horizons très divers, tels que les Sciences Humaines, le Droit, les Sciences Biologiques, Physiques, Chimiques, Mathématiques, ..." en précisant toutefois que "tant le niveau d'intégration que l'évaluation du dossier des étudiants susceptibles d'être concernés seront

placés sous la responsabilité de l'équipe pédagogique de licence" et que leur nombre pourrait atteindre "5 à 10 % du numerus clausus pour chacune des 4 filières".

Le Conseil de l'Ordre s'est toujours montré favorable aux passerelles et, à ce niveau d'avancement dans les études, estime réaliste la proposition de la Commission Thuillez mais reste réservé sur le nombre.

7.1.2. Après la première année d'études

L'Arrêté du 26 Mars 1993 permet, actuellement, d'admettre en L3 (D1) des Ingénieurs des Grandes Ecoles, des Elèves des Ecoles Normales Supérieures titulaires de leur diplôme.

C. Thuillez propose d'y ajouter les titulaires d'un Doctorat d'Université notamment dans les disciplines biologiques et biomédicales ainsi que les étudiants dans les professions de Santé non médicales ayant validé un niveau Master et ayant obtenu leur diplôme d'exercice. Ce flux pourrait lui aussi représenter 5 à 10 % du numerus clausus de médecine.

Le Conseil de l'Ordre considère que de trop grandes lacunes existeraient pour poursuivre avec profit le cursus des études et propose, pour maintenir la possibilité de passerelles tardives, qu'il soit organisé un enseignement de rattrapage sur 6 mois pour ces candidats à la médecine. L'Ordre reste, là encore, réservé sur le nombre.

7.1.3. Passerelles vers d'autres parcours professionnels

En sens inverse, des étudiants, admis à entrer dans une filière de profession de Santé, devraient pouvoir, soit après un échec au numerus clausus, soit par désir de changer d'orientation, valider et capitaliser des Unités d'Enseignement qui pourraient leur être utiles dans un autre parcours de formation.

A propos de cette possibilité, C. Thuillez propose qu'il soit permis à un étudiant qui renoncerait au redoublement de la première année, alors qu'il aurait validé les Unités d'Enseignement, de quitter la filière pour un autre cursus, d'y valider la licence puis de réintégrer les filières de Santé en L2 (P2) après sélection sur dossier et entretien personnel.

Le Conseil de l'Ordre, compte tenu de la précocité de la passerelle dans le cursus se dit d'accord avec ces propositions.

7.1.4 Changement de spécialité

La possibilité de revenir sur son choix de spécialité après l'E.C.N. n'est possible qu'avant la fin de la seconde année d'internat et à la condition que son rang de classement à l'ECN lui ait permis d'accéder à cette discipline (paragraphe 5.1.2).

Le Conseil de l'Ordre n'émet aucune critique sur ce "droit au remord" relativement peu utilisé en pratique.

8. La Thèse de Doctorat en Médecine

Tout étudiant en médecine se trouve dans l'obligation d'effectuer une série de stage d'interne pendant une durée de 3 à 5 ans selon les spécialités. Cela lui laisse le temps de choisir un sujet en concertation avec le Directeur des enseignements du DES, un chef de service (ou un maître de stage pour la médecine générale) éventuellement, un Directeur de Thèse.

La détermination du thème devrait s'effectuer au cours de la première année de spécialisation. Un tel travail prospectif, suivi régulièrement, devrait permettre d'aboutir à un résultat intéressant, qui souvent fera l'objet d'une publication et contribuera à la reconnaissance de la profession pour ce jeune spécialiste.

Cette proposition suppose que la législation sur les prescriptions soit modifiée et que l'interne puisse prescrire, dans le cadre de ses fonctions, sous l'autorité du Chef de service (ou du Maître de stage pour la médecine générale) et la responsabilité de l'Etablissement dans lequel il exerce (d'où il est rattaché pour les stages en ville).

9. Réflexions sur la pédagogie

Notre but n'est pas de mettre en cause les formes pédagogiques, qui ont toutes leur intérêt mais de se donner du recul sur leur emploi et leur place dans l'éducation professionnelle des étudiants en médecine.

9.1. Méthodes pédagogiques

9.1.1. Les cours magistraux

C'est la forme d'enseignement traditionnelle, motivante quand l'enseignant est de qualité. Elle permet de s'adresser à des nombres importants d'étudiants, mais le corollaire est la passivité des enseignés. Les très grands nombres des étudiants en première année de médecine amènent d'une part à des problèmes de discipline nuisant à l'attention et souvent l'obligation de retransmettre le cours dans plusieurs amphithéâtres « en batterie ».

9.1.2. Les enseignements dirigés et les travaux pratiques

La présence d'un nombre réduit d'étudiants facilite l'interactivité et confère une grande efficacité. Mais ils sont souvent assurés par les enseignants les plus jeunes.

9.1.3. Apprentissages par problèmes et apprentissages au raisonnement clinique

Il s'agit de méthodes très actives où un petit nombre d'étudiants doit résoudre un problème par lui-même. Le rôle de l'enseignant présent est de faciliter les recherches de sources de connaissances, de décrypter les méthodes employées, de commenter les résultats. Cette forme de résolution se rapproche beaucoup des interrogations posées lors de l'exercice et amènent à la culture du travail en équipe. Inspirées des facultés québécoises, ces méthodes n'ont pu s'installer totalement en France en particulier du fait du relèvement du numerus clausus car elles exigent un nombre important d'enseignants.

L'enseignement par compagnonnage au lit du malade est, aujourd'hui, souvent sous-estimé alors qu'il est évident qu'il constitue, parmi les autres méthodes pédagogiques, celui qui marquera le plus le futur médecin. L'Ordre souhaite que l'encadrement médical dans les services hospitaliers reprenne conscience de sa responsabilité et de son rôle d'enseignant.

9.1.4. Apprentissage à distance

Le « e-learning » s'impose de plus en plus tant du fait de la multiplication des effectifs que de la pratique intensive par nos étudiants de l'informatique. Tous les cours peuvent être mis en ligne, toutes les recherches documentaires sont permises.

9.2. Méthodes docimologiques

9.2.1. Méthodes écrites

- Les questions à choix multiples (Q.C.M.) ont envahi la première année de médecine, tant leur correction est facile, tant leur spectre est large et leur objectivité et fidélité parfaites. On doit par contre leur reprocher de ne pas permettre de juger l'expression du candidat et de faciliter en rien les nuances. Si leur réponse est rapide, leur rédaction soulève souvent des problèmes ardues.
- Les questions à réponse ouverte et courte (Q.R.O.C) sont assez simples à corriger. Mais leur correction est moins rapide, le spectre de l'interrogation est moins large que pour les précédentes. Les nuances qu'elles permettent ne sont guère plus importantes. Elles tombent actuellement en désuétude, malgré une objectivité et une fidélité suffisantes.
- Les questions ouvertes favorisent la vérification des capacités d'expression, permettent les nuances, amplifient la portée des réponses. Mais elles demandent un gros travail de correction, ont un spectre étroit et ont des limites dans l'objectivité.

9.2.2. Oral

- Nécessaires dans l'éducation à notre exercice où l'approche personnelle est une base du colloque avec le malade, les examens oraux demandent un temps considérable pour l'enseignant, manquent de spectre, d'objectivité et de fidélité.

9.2.3. Tests d'aptitude

- Les méthodes précédentes jugent des connaissances, mais on sait qu'il est nécessaire dans un parcours professionnel de juger aussi des aptitudes. Les anciennes « cliniques » correspondaient à ce besoin. Les nouvelles méthodes d'Examens Cliniques Objectifs standardisés (E.C.O.S) en sont une suite améliorée.

9.3. Propositions ordinales

9.3.1. propositions pédagogiques

Les cours magistraux ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins en formation. Ils doivent être associés à chaque étape à des enseignements à distance et, pour les 2^e et 3^e cycles à des méthodes actives du type apprentissage au raisonnement clinique.

9.3.2. propositions docimologiques

Les oraux ne peuvent convenir aux concours de médecine. Leur usage doit cependant être généralisé dans les examens de passage d'année, car ils mesurent une aptitude à l'oral indispensable aux futurs cliniciens.

Les examens écrits ne peuvent se limiter à des Q.C.M., certaines disciplines exigent des « épreuves » ouvertes, seules à permettre l'expression de l'étudiant, donc à juger de son aptitude à un jugement nuancé.

La notation des stages hospitaliers doit reposer sur plusieurs paramètres qualitatifs et scientifiques, et doit prendre en compte l'acquisition des objectifs personnels assignés en début de stage.

Le troisième cycle, dans chaque discipline, doit comporter des épreuves d'aptitudes, protocolisées, avec des mises en situation de type professionnel.

10. Qualifications

10.1. La voie normale

Un médecin obtient automatiquement sa qualification comme Spécialiste à la suite des années d'internat et de l'obtention du Diplôme d'Etudes Spéciales (D.E.S.). La maquette de certaines disciplines peut exiger une ou 2 années supplémentaires de post-internat pour valider le DES ou le D.E.S.C. de type 2.

La qualification est automatiquement délivrée par l'Ordre départemental des Médecins et le nouveau spécialiste s'engage à un exercice exclusif dans le domaine considéré.

10.2. Diplômes complémentaires

Il est possible qu'un médecin ait réuni les circonstances nécessaires pour être doublement spécialiste. Il doit, alors, déclarer sa spécialité d'exercice exclusif auprès de l'Ordre. Jusqu'à une date rapprochée, il existait la possibilité de faire valoir une "compétence" dans tel ou tel domaine.

L'Ordre regrette cette disparition qui permettait de résoudre de nombreuses situations personnelles.

10.3. Mesures exceptionnelles – Commissions de qualification

Pour de multiples raisons, il est possible qu'un médecin n'ait pas pu satisfaire aux exigences de la voie normale de la qualification.

Si ses arguments sont recevables et valables, il lui est loisible de présenter sa candidature devant la Commission Nationale de qualification de la spécialité, commission tripartite (représentants de la profession, de l'Université et de l'Ordre) de première instance avec plusieurs possibilités d'appels (Annexe 5).

10.4. Réglementation européenne

A l'intérieur de l'Union européenne, lorsqu'une spécialité a été décernée à un médecin, dans l'un des Etats membres, son diplôme est valable dans les autres pays.

Cependant, la liste des spécialités reconnues n'est pas identique dans tous les Etats de l'Union. A titre d'exemple, la France dispose de 52 spécialités (Annexe 6) alors que le nombre de spécialités communes à tous les pays n'excède pas 17 et encore ne recouvrent-elles pas toujours le même champ d'exercice.

Au-delà, pour être reconnu en Europe, une spécialité doit exister dans au moins 2/5 des Etats (actuellement = 10).

Un comité unique de reconnaissance des qualifications professionnelles auprès de la Commission Européenne est institué (Directive 2005-36 Art. 58).

Cependant, deux Etats membres peuvent convenir d'une reconnaissance réciproque.

11. Conclusions et synthèse des propositions

11.1. Place de l'Ordre par rapport à la formation des médecins

- **Proposition 1 :** A l'échelon national : l'Ordre devrait être associé de façon consultative à toute réflexion sur l'organisation des études médicales, sur les programmes des Facultés, sur leur évaluation. Cette consultation devrait être effective pour tous les textes portés au CNESER et relevant des études médicales.
- **Proposition 2 :** A l'échelon régional : L'avènement des nouveaux conseils régionaux de l'Ordre oblige à une nouvelle politique par rapport aux Facultés : c'est à partir de cette instance que doivent être désignés les représentants ordinaires dans les Comités régionaux des études médicales (C.R.E.M.) ou les structures qui leur succéderont.

11.2. Position de l'Ordre par rapport à la sélection en médecine

- **Proposition 3 :** première année purement médicale
Orientation des candidats à partir du baccalauréat : ne seraient admis à présenter leur dossier à l'inscription en Faculté de médecine que les candidats ayant des notes

minima en philosophie (expression), mathématiques (rigueur), sciences de la vie (culture biologique) et dans une quatrième matière choisie par le candidat. Les candidats ainsi présélectionnés seraient ensuite auditionnés par un jury, mixte pour éviter toute suspicion de favoritisme. Cette proposition implique aussi que des passerelles permettent plus tard à ceux qui n'ont pas opté tout de suite, ou qui n'ont pu être retenus, de présenter leur candidature

Cette proposition peut se heurter à des dispositions réglementaires mais qui ne paraissent pas insurmontables si l'on en juge par les exceptions nombreuses déjà existantes.

11.3. Position de l'Ordre par rapport au programme de 1^e année

- **Proposition 4 :** Si la première année est purement médicale et avec des effectifs contrôlés, des pédagogies actives peuvent être envisagées. Le programme pourrait reposer sur deux groupes de matières fondamentales, les disciplines scientifiques, qui comme nous le verrons doivent accompagner l'ensemble des études, et les disciplines « humaines » dont l'introduction précoce est nécessaire.
- **Proposition 5 :** Si la proposition ordinale n'était pas possible et que la première année soit mixte avec des concours distincts reposant sur un enseignement commun, les coefficients des matières doivent être modulés en fonction de l'orientation choisie. Un enseignement spécifique caractéristique et motivant sous forme d'Unités d'enseignement optionnel doit permettre en plus de mesurer l'investissement de l'étudiant vers la profession qu'il désire.

11.4. Propositions par rapport au numerus clausus

- **Proposition 6 :** porter et maintenir le numerus à 8000, malgré les difficultés que les Facultés vont rencontrer, mais c'est à ce prix que nous pourrions maintenir en 2020 une couverture médicale satisfaisante.
- **Proposition 7 :** publication tous les cinq ans d'un rapport sur la démographie médicale, en liaison avec l'Ordre, de telle façon que le numerus clausus soit continuellement adapté.

11.5. Propositions par rapport au 2^e cycle

- **Proposition 8 :** Les modules « transversaux » doivent être complétés par des formations au raisonnement médical et aux principales pathologies.
- **Proposition 9 :** Les stages cliniques doivent être renforcés, et débiter à partir de D2. Les objectifs de ces stages doivent être validés par la commission pédagogique et un véritable rapport de stage doit être rédigé. Les stages chez le médecin généraliste doivent être installés et renforcés sous forme de 2 stages de 6 semaines, l'un en D2, d'observation, l'autre en D4 avec un début de responsabilité encadrée.
- **Proposition 10 :** Par rapport à la déclaration de Bologne et au projet L.M.D., l'Ordre est très favorable à l'organisation modulaire des enseignements (E.C.T.S.) qui favorise la mobilité étudiante. L'Ordre est par contre défavorable à la mise en place d'un master de deux ans remplaçant le deuxième cycle de trois ans, il serait inadmissible de

sacrifier les stages cliniques nécessaires à la formation médicale et qu'il faut au contraire renforcer.

- **Proposition 11 :** La fin des études de base de médecine est sanctionnée par le CSCT et l'étudiant devient titulaire d'un Master de Sciences médicales lui ouvrant les carrières non prescriptives ainsi que des passerelles vers les filières de sciences humaines.

11.6. Propositions sur l'orientation vers les spécialités

- **Proposition 12 :** Faire de l'examen classant un véritable régulateur de l'orientation vers les spécialités. Il doit y avoir autant de postes offerts que de candidats ayant concouru. Ceci pallie les spécialités non pourvues. D'autre part, l'examen doit devenir interrégional, comme le préconise le rapport Berland et le rapport Thuillez, pour contribuer à résoudre les problèmes de démographie régionale.
- **Proposition 13 :** Pour valoriser le cursus dans les Facultés et mieux s'approcher des aptitudes et des goûts des étudiants, l'Ordre propose que l'examen classant incorpore des notes venant des examens en Faculté avec des prises en compte des examens optionnels favorisant l'accession à certaines spécialités.

11.7. Propositions sur la formation du 3^e cycle

- **Proposition 14 :** Le suivi de l'interne doit être organisé de son premier à son dernier stage et cela par l'intermédiaire d'un tuteur. Le choix des stages devrait plus dépendre de la progression de l'interne que de son classement primitif à l'E.C.N. C'est ainsi que le responsable de l'enseignement des D.E.S., ou le tuteur, pourra aider et guider l'interne dans le choix adapté de ses terrains de stages et dans celui d'enseignements théoriques judicieux, qu'il pourra se mettre en relation avec la Collégiale des hospitaliers de la spécialité pour intégrer, sur le long terme, son éventuelle carrière hospitalière et qu'il pourra conseiller le futur spécialiste sur des lieux d'implantation d'un cabinet en ville, en fonction de compétences de surspécialités ou de techniques qui auront été acquises.
- **Proposition 15 :** La médecine générale a vu sa formation largement améliorée ces dernières années. Il reste à parfaire le dispositif universitaire en titularisant les enseignants et en créant des postes de chefs de clinique.
- **Proposition 16 :** Pendant la durée de l'internat, véritable compagnonnage clinique, il serait souhaitable renforcer la formation théorique du futur spécialiste en l'associant, sans qu'il soit obligé d'assumer les frais d'inscription aux Diplômes d'Université (D.U.) et/ou à des Diplômes Inter-Universitaires (D.I.U.) destinés aux spécialistes en exercice. Par ailleurs, l'intégration de l'interne dans l'équipe hospitalière, devrait lui laisser un temps suffisant pour suivre ces enseignements et pour participer activement au minimum à une publication par stage.
- **Proposition 17 :** un programme de responsabilisation progressive devrait être élaboré, à côté de la maquette de la spécialité, par les responsables (Collège des enseignants), définissant pour les deux ou trois premiers stages des objectifs cliniques à acquérir. Chaque stage donnerait lieu à la délivrance d'une appréciation motivée, à propos du respect de ces objectifs, et précisant, grâce au travail du tuteur, les éventuelles lacunes encore à combler.

11.8. Propositions sur les passerelles

- **Proposition 18 :** Les cursus demandent souplesse et adaptabilité. C'est pourquoi l'Ordre apprécie les possibilités ouvertes de passerelles telles que les propose la Commission Thuillez. Ces mêmes possibilités doivent exister durant le troisième cycle.

11.9. Propositions sur la pédagogie

- **Proposition 19 :** La réglementation sur la thèse doit être modifiée de telle façon que l'interne puisse prescrire, sous contrôle, avant l'obtention de celle-ci.
- **Proposition 20 :** Les cours magistraux ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins en formation. Ils doivent être associés à chaque étape à des enseignements à distance et, pour les 2^e et 3^e cycles à des méthodes actives du type apprentissage au raisonnement clinique.
- **Proposition 21 :** Les oraux ne peuvent convenir aux concours de médecine. Leur usage doit cependant être généralisé dans les examens de passage d'année, car ils mesurent une aptitude à l'oral indispensable aux futurs cliniciens.
- **Proposition 22 :** Les examens écrits ne peuvent se limiter à des Q.C.M., certaines disciplines exigent des « épreuves » ouvertes, seules à permettre l'expression de l'étudiant, donc à juger de son aptitude à un jugement nuancé.
- **Proposition 23 :** Le troisième cycle, dans chaque discipline, doit comporter des épreuves d'aptitudes protocolisées, avec des mises en situation de type professionnel.

11.10. Propositions sur les qualifications

- **Proposition 24 :** Pour la plus grande clarté et pour répondre à l'homogénéité de notre système, il doit y avoir une totale adéquation entre les qualifications et les diplômes nationaux. C'est pourquoi, à côté des qualifications donnant lieu à exercice exclusif, correspondant aux D.E.S. et D.E.S.C. de type 2, il faut adjoindre des qualifications de « compétences », s'ajoutant aux précédentes et marquant l'orientation d'un exercice, ce qui correspond aux diplômes nationaux de capacités en médecine et de D.E.S.C. de type 1.

ANNEXES

- Annexe 1** Liste des D.E.S.
- Annexe 2**Liste des D.E.S.C. / Groupe I
- Annexe 3** Liste des D.E.S.C./ Groupe II
- Annexe 4** Liste des capacités en Médecine
- Annexe 5** Procédure de Qualification
- Annexe 6** Liste des Spécialités reconnues par le Conseil de l'Ordre

Annexe 1

Liste des D.E.S.

La liste des diplômes d'études spécialisées qui peuvent être acquis dans le cadre du troisième cycle des études médicales est, pour chaque discipline, fixée comme suit :

Spécialités médicales	Spécialités chirurgicales
Anatomie et cytologie pathologiques. Cardiologie et maladies vasculaires. Dermatologie et vénéréologie. Endocrinologie et métabolisme. Gastro-entérologie et hépatologie. Génétique médicale. Hématologie. Médecine interne. Médecine nucléaire. Médecine physique et de réadaptation. Néphrologie. Neurologie. Oncologie. Pneumologie. Radiodiagnostic et imagerie médicale. Rhumatologie.	Chirurgie de la face et du cou. Chirurgie générale. Chirurgie infantile. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Chirurgie orthopédique et traumatologie Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire Chirurgie urologique Chirurgie vasculaire Chirurgie viscérale et digestive Neurochirurgie. Ophtalmologie. Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale. Stomatologie.
Médecine générale	Anesthésie-réanimation
Médecine générale.	Anesthésie-réanimation
Médecine du travail	Biologie médicale
Médecine du travail.	Biologie médicale.
Pédiatrie	Gynécologie médicale
Pédiatrie.	Gynécologie médicale.
Psychiatrie	Gynécologie-obstétrique
Psychiatrie.	Gynécologie-obstétrique
Santé publique	Gériatrie
Santé publique et médecine sociale	Gériatrie
	Réanimation médicale
	Réanimation médicale

Annexe 2

LISTE DES D.E.S.C. / DIPLOMES D'ETUDES SPECIALISEES COMPLEMENTAIRE GROUPE I

■ D.E.S.C. de MEDECINE

Addictologie
Allergologie et immunologie clinique
Andrologie
Cancérologie
Dermatopathologie
Foetopathologie
Hémobiologie-Transfusion
Médecine de la douleur et médecine palliative
Médecine de la reproduction
Médecine légale et expertises médicales
Médecine du sport
Médecine d'urgence
Médecine vasculaire
Néonatalogie
Neuropathologie
Nutrition
Orthopédie dento-maxillo-faciale
Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique
Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques.
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

■ D.E.S.C. de BIOLOGIE MEDICALE

Biochimie hormonale et métabolique
Biologie des agents infectieux
Biologie moléculaire
Cytogénétique humaine
Hématologie biologique
Pharmacocinétique et métabolisme des médicaments
Radiopharmacie et radiobiologie

Annexe 3

LISTE DES D.E.S.C. / DIPLOMES D'ETUDES SPECIALISEES COMPLEMENTAIRES GROUPE II - QUALIFIANT

■ D.E.S.C. QUALIFIANT – Groupe II

Chirurgie de la face et du cou

Chirurgie infantile

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Chirurgie orthopédique et traumatologie

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Chirurgie urologique

Chirurgie vasculaire

Chirurgie viscérale et digestive

Réanimation médicale

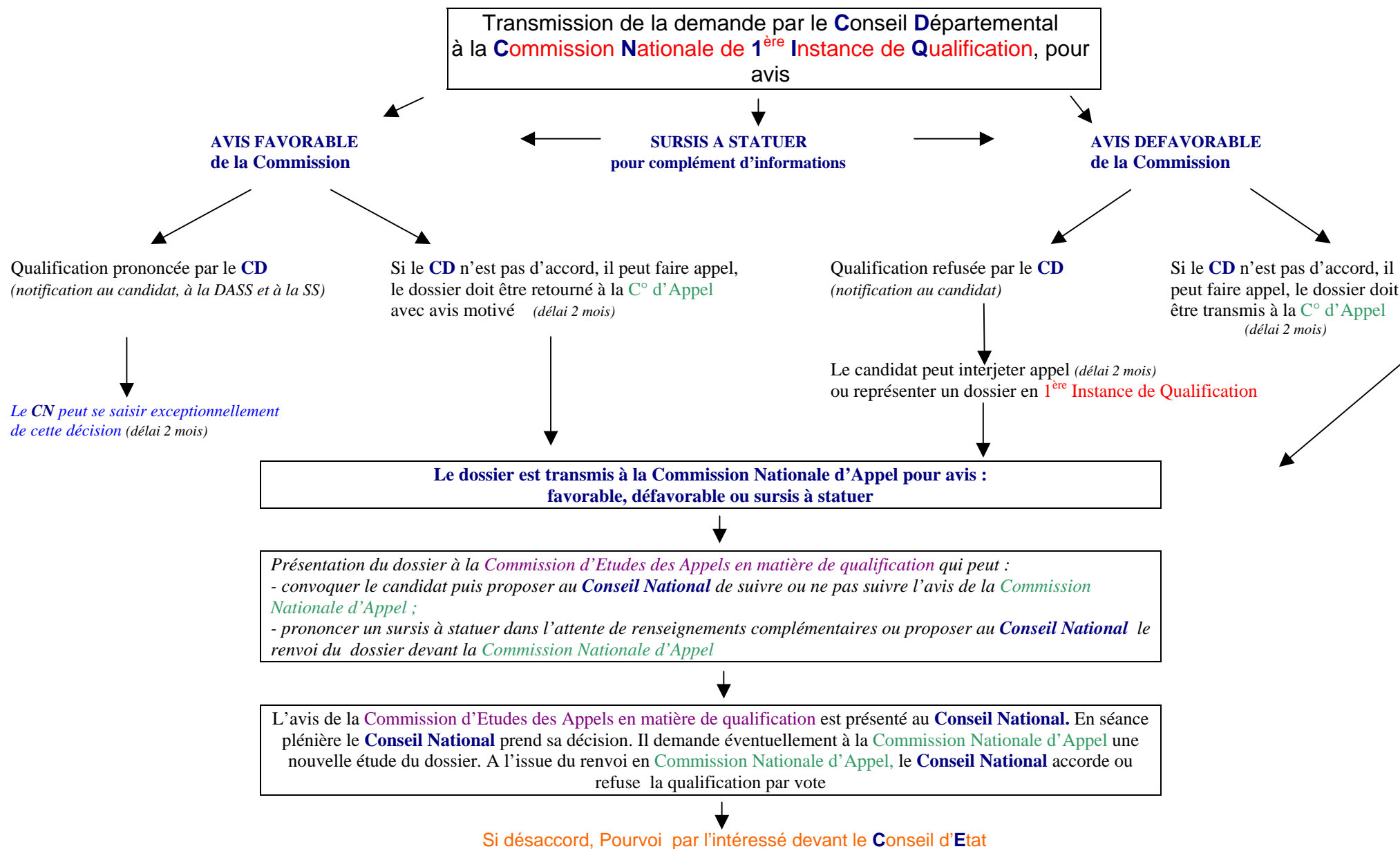
Gériatrie

Annexe 4

LISTE DES CAPACITES DE MEDECINE

Acupuncture (2 ans)
Addictologie clinique (2 ans)
Allergologie (2 ans)
Angiologie (2 ans)
Evaluation et traitement de la douleur (2 ans)
Gérontologie (2 ans)
Hydrologie et climatologie médicale (2 ans)
Médecine aérospatiale (1 an)
Médecine et biologie du sport (1 an)
Médecine de catastrophe (1 an)
Médecine pénitentiaire (2 ans)
Médecine tropicale (2 ans)
Médecine d'urgence - cmu (2 ans)
Technologie transfusionnelle (2 ans)
Pratiques médico-judiciaires (2 ans)
Médecine en milieu du travail (2 ans)

PROCÉDURE DE QUALIFICATION



Annexe 6

LISTE DES SPÉCIALITÉS RECONNUES PAR LE CONSEIL DE L'ORDRE

Spécialités médicales	Spécialités chirurgicales
Anatomie et cytologie pathologiques.	Chirurgie de la face et du cou.
Cardiologie et maladies vasculaires.	Chirurgie générale.
Dermatologie et vénéréologie.	Chirurgie infantile.
Endocrinologie et métabolisme.	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Gastro-entérologie et hépatologie.	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Génétique médicale.	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Hématologie.	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Médecine interne.	Chirurgie urologique
Médecine nucléaire.	Chirurgie vasculaire
Médecine physique et de réadaptation.	Chirurgie viscérale et digestive
Néphrologie.	Neurochirurgie.
Neurologie.	Ophtalmologie.
Oncologie.	Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.
Pneumologie.	Stomatologie.
Radiodiagnostic et imagerie médicale.	Anesthésie-réanimation
Rhumatologie.	Anesthésie-réanimation
Pédiatrie	Biologie médicale
Pédiatrie.	Biologie médicale.
Psychiatrie	Gynécologie médicale
Psychiatrie.	Gynécologie médicale.
Santé publique	Gynécologie-obstétrique
Santé publique et médecine sociale.	Gynécologie-obstétrique
	Gériatrie
	Gériatrie
	Réanimation médicale
	Réanimation médicale

Glossaire des abréviations utilisées

A.E.R.E.S.	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
A.P.P.	Apprentissage par problèmes
A.R.C.	Apprentissage au raisonnement clinique
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.N.E.	Conseil National d'Evaluation
C.N.E.S.E.R.	Conseil National de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
C.S.	Consultation Spécialisée. Lettre clé de l'Assurance Maladie
C.S.C.T.	Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
D.C.E.M.	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
D.E.A.	Diplôme d'Etudes Approfondies
D.E.S.	Diplôme d'Etudes Spécialisées
D.E.S.C.	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
D.I.U.	Diplôme Inter-Universitaire
D.U.	Diplôme d'Université
E. C. N.	Examen Classant National
E.C.T.S.	European Credit Transfer System
E.P.P.	Evaluation des Pratiques Professionnelles
L.M.D.	Licence, Master, Doctorat
M.G.	Médecine Générale
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
P.C.E.M.	Premier Cycle des Etudes Médicales
Q.C.M.	Questions à Choix Multiple
Q.R.O.C.	Questions à Réponse Ouverte et Courte
T.C.E.M.	Troisième Cycle des Etudes médicales
U.F.R.	Unité de Formation et de Recherche

Bibliographie

-
- ¹ Berland Y. : Rapport de la Commission "Démographie Médicale ". Avril 2005
- ² Conseil National de l'Ordre des Médecins : Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2006, étude n°39
- ³ Rapport de la Commission au Parlement Européen, au Conseil, au Comité Economique et Social Européen et aux Comités des Régions sur la mise en œuvre de la recommandation 98/561/CE sur la coopération européenne visant à la garantie de la qualité dans l'enseignement supérieur. Commissions Européennes 30 septembre 2004
- ⁴ Thomas P.-A., Aurengo A., Loisançe D., Queneau P. : « Organisation des études de Médecine, Pharmacie, Odontologie et Maïeutique dans le cadre du système européen LMD (Licence – Master - Doctorat) ». Rapport de l'Académie de Médecine. 24 janvier 2006
- ⁵ Degos C.-F. : « Organisation des études médicales dans le cadre du LMD. A propos des propositions de l'Académie Nationale de Médecine. Rapport d'étape ». Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins à la session du 26 juin 2006
- ⁶ Thuillez C. : rapport de la Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD. Juillet 2006
- ⁷ Jouquan J. : « l'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale ». Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 38-52
- ⁸ Boelen C. : « Medical education reform : the need for global action academic » Medicine 1992 ; 67 : 745-749
- ⁹ Breuil-Genier P., Sicart D. : « L'origine sociale des professionnels de santé » Etudes et résultats n°496, juin 2006
- ¹⁰ Billaut A. : Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales, DREES, Etudes et résultats, 2006 ; n° 474
- ¹¹ Le Bourgeois J.-P. : épreuves classantes nationales 2005, quelques tendances se dégagent. Presse Médicale, 2006 ; 35 : 379-381
- ¹² Roussel F. : épreuves classantes nationales une inadéquation majeure entre le nombre de postes et celui des candidats., quelques tendances se dégagent. Presse Médicale, 2006 ; 35 : 437-438
- ¹³ Chabot J.-M. : Quelques enseignements de l'ECN. La Revue du Praticien, 2005 : 55 : 1691-1692
- ¹⁴ Quinton A. : 2005 : Odyssée des ECN. Centre de recherches appliquées aux méthodes éducatives
- ¹⁵ Lanson Y. : Désintérêt pour la médecine générale lors des épreuves classantes nationales de 2005. Presse Médicale, 2006 ; 35 : 407-412
- ¹⁶ Rapport sur le troisième cycle des études médicales, propositions d'évolution. Conférence des Doyens des Facultés de Médecine, 8 Novembre 2005