

Que reste-t-il comme vertus aux épreuves classantes nationales ?

What Beneficially Remains from the national ranking examination?

Dans le contexte de l'éducation médicale en France, le thème est en passe de devenir ce que l'on nomme en journalisme un « marronnier », c'est-à-dire un événement récurrent et prévisible qui donne lieu à des articles d'information incontournables, à l'image de l'arbre éponyme qui, invariablement, tous les ans, produit ses fruits. Chaque année donc, la presse pour le grand public¹ rend compte aux citoyens des résultats des épreuves classantes nationales (ECN), cette originale procédure académique propre à la France, à l'issue de laquelle tous les étudiants en médecine achevant leur deuxième cycle d'études sont classés, puis invités à choisir, selon leur ordre de « mérite », une filière d'études spécialisées. Chaque année donc, depuis 2004, via la presse médicale^{2, 3} ou divers rapports officiels^{4, 5}, d'attentifs observateurs analysent et dissèquent chiffres, courbes et tableaux – parfois jusqu'à ratiociner – pour proposer à la communauté universitaire médicale des exégèses concernant les déterminants ou les conséquences des résultats. L'on déplore la désaffection des futurs internes pour la médecine générale. On regrette en outre que ceux qui choisissent cette discipline s'inscrivent surtout dans les facultés des plus grandes villes ou des villes du littoral méridional, au nom d'un héliotropisme présumé, suspect d'être un peu trop hédoniste. On commente enfin les divers palmarès des facultés de médecine, excipés du classement des étudiants^{6, 7, 8}.

Dans le sillage de tous ces débats, pas moins de trois contributions de la présente livraison du journal^{9, 10, 11} abordent à leur tour, de façon plus ou moins spécifique, la problématique des ECN. Ceci est bien cohérent avec la mission du journal, qui commande de rendre compte de la production scientifique de la communauté francophone en sciences de la santé mais d'être aussi une tribune et un forum.

Encore faut-il que les informations et commentaires proposés soient assortis d'un éclairage qui facilite leur compréhension et qui, au-delà des spécificités nationales, rende utiles les analyses, par exemple en permettant des comparaisons avec les dispositifs en vigueur dans les différents pays. Or, en l'espèce, les subtilités très « hexagonales » des ECN risquent d'apparaître absconses à beaucoup de lecteurs non français.

Quelques explications préalables sont donc nécessaires. En France, les études médicales sont réparties en trois cycles : le premier (PCEM) et le deuxième cycle des études médicales (DCEM), respectivement d'une durée de deux et quatre ans, constituent ce que l'on nomme dans d'autres pays le cursus prégradué ou prédoctoral des études. Au cours du troisième cycle des études médicales (TCEM) – homologue du cursus postgradué ou postdoctoral –, les étudiants achèvent leur formation initiale dans le cadre de l'une des 11 filières d'études spécialisées (anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités chirurgicales, spécialités médicales) ; ils sont inscrits dans l'une des 40 facultés de médecine qui maillent le territoire national, elles-mêmes réparties dans les 27 subdivisions régionales correspondant chacune à un centre hospitalier universitaire, cinq subdivisions (Paris, Bordeaux, Lille, Lyon et Toulouse) possédant plusieurs facultés. Les internes – dénommés résidents dans plusieurs autres pays francophones – exercent leurs fonctions hospitalières dans les services agréés des hôpitaux universitaires ou non universitaires de leur subdivision d'affectation, pendant une période de trois – pour la médecine générale –, quatre – pour la plupart des spécialités – ou cinq ans – pour la chirurgie, la pédiatrie ou la médecine interne –. Les internes de médecine générale sont par ailleurs tenus d'effectuer au moins un semestre de stage – idéalement deux – dans un cabinet agréé de médecine générale.

Depuis 1984, les internes qui voulaient devenir spécialistes devaient passer un concours national d'internat et être classés en rang utile par rapport au nombre de postes offerts. Les étudiants admis obtenaient un poste d'interne dans une subdivision donnée, selon le résultat combiné de leur rang de classement, du nombre de postes ouverts par discipline et par subdivision par les décideurs publics et de leurs vœux d'affectation. A l'inverse, ceux qui échouaient au concours, ou qui ne s'y présentaient pas, entraient en troisième cycle de formation à la médecine générale dans leur subdivision d'origine. Contrairement à celui des spécialistes, le nombre de généralistes n'était donc pas fixé à l'avance mais

dépendait, dans chaque région, de la plus ou moins grande réussite des étudiants au concours.

En 2004, l'instauration des ECN a modifié les conditions d'accès au TCEM. Dorénavant, tous les étudiants doivent passer ces épreuves pour devenir internes. Un nombre de places est fixé a priori par discipline d'internat et par subdivision. Les objectifs affichés étaient doubles : d'une part, ne plus considérer la médecine générale comme une simple discipline d'exercice et l'homologuer comme discipline académique autonome, accessible dans les mêmes conditions que les autres et non plus seulement par l'échec ou par défaut ; d'autre part, améliorer la régulation des flux de chacune des filières, notamment celle de médecine générale, dans un contexte de forte tension démographique médicale. À l'issue des épreuves et sous condition de validation de leur DCEM dans leur faculté, les étudiants peuvent participer à la procédure d'affectation et choisir une discipline et une subdivision, en fonction de leur rang de classement et des postes offerts par les pouvoirs publics.

La mise en place des ECN était en outre associée à une réforme ambitieuse et sincère des trois dernières années du DCEM, c'est-à-dire de la partie clinique du cursus, pendant laquelle les étudiants exercent à mi-temps les fonctions d'externes à l'hôpital. Il s'agissait cette fois d'une réforme de nature pédagogique, introduite trois ans plus tôt. Prenant acte du caractère fortement clivé des enseignements, les nouvelles dispositions assignaient désormais au DCEM la finalité explicite d'acquisition de compétences cliniques, thérapeutiques et professionnelles, clairement identifiées dans le préambule de l'arrêté ministériel¹². Pour ce faire, les enseignements ne devaient plus être organisés exclusivement sous l'égide d'entités disciplinaires mais très largement dans le cadre de modules transversaux ; l'accent était en outre mis sur des objectifs terminaux formulés en référence aux différentes composantes du raisonnement clinique.

Ainsi, toutes les conditions favorables semblaient réunies pour que des avancées souhaitées et saluées par tous se produisent enfin : fin de la discrimination de la médecine générale, meilleure régulation des flux d'entrée dans les différentes filières du troisième cycle, définition pédagogiquement plus pertinente des objectifs du cursus clinique des études. L'autonomie des facultés de médecine était théoriquement préservée puisque, si le législateur explicitait les finalités visées, conformément à une logique très comparable au courant anglo-saxon et nord-américain de l'outcome-based education, il ne

contraignait pas les approches et les méthodes pédagogiques, laissant chaque faculté responsable de ses choix en ce domaine. Beaucoup d'enseignants pensaient de bonne foi que cela favoriserait l'émulation pédagogique qui s'amorçait depuis plusieurs années dans de nombreuses facultés, d'autant que les nouvelles dispositions réglementaires confirmaient le rôle de ces dernières en matière de certification des connaissances et des compétences en fin de second cycle, énonçant de surcroît le principe d'une plus forte prise en compte de la formation par les stages. Enfin, conformément à une conception républicaine bien établie du mérite et de l'équité, le maintien d'une épreuve écrite et anonyme, organisée au niveau national, pour servir de procédure d'orientation vers les filières spécialisantes, achevait de rassurer les étudiants. Las, trois promotions d'étudiants ont aujourd'hui été exposées à la réforme pédagogique du DCEM et ont expérimenté les ECN et c'est plutôt un constat de désenchantement qui est établi. Il concerne à la fois les conséquences pédagogiques des ECN, leurs objectifs de régulation des flux et la reconnaissance de la médecine générale.

Francis Roussel rappelle ainsi que les ECN n'ont aucune fonction certifiante ; elles visent seulement à classer aujourd'hui 4500 et bientôt 7000 étudiants⁹. Il déplore, comme beaucoup, que l'on puisse de ce fait obtenir un poste d'interne avec un score aussi indigent que celui de 121 points sur 900. Il remarque surtout que la fonction classante n'est même pas assurée dans de bonnes conditions, soulignant que les caractéristiques docimologiques des épreuves leur confèrent un faible pouvoir discriminant, nanti probablement d'une médiocre fidélité. Cette notion avait déjà été documentée et commentée par le président du centre national des concours d'internat⁷. Jacques Roland est dès lors fondé à énoncer sans détour que « [...] le choix des futures filières de spécialités [est] confié, [...] en France, à un immense tirage au sort »¹¹. On peut craindre que, malgré l'intérêt conceptuel qu'elle comporte, l'introduction prochaine de l'épreuve d'évaluation de la lecture d'articles scientifiques, aux caractéristiques psychométriques à ce jour mal maîtrisées, n'aggrave encore la situation¹³.

Le travail de Pierre Pottier et coll.¹⁰, quant à lui, illustre les difficultés que doivent affronter et les contradictions que doivent résoudre sur le terrain les enseignants les plus engagés de nos facultés, tiraillés entre le souhait mettre en place des formations innovantes – qui s'appuient par exemple sur les travaux

de recherche les plus récents concernant le raisonnement clinique, son enseignement, son apprentissage et son évaluation – et, d'autre part, la nécessité institutionnelle très pragmatique de chercher à favoriser un excellent classement des étudiants aux ECN. Les deux objectifs ne devraient certes pas être antinomiques ; force est cependant d'admettre que, confirmant une fois de plus l'adage anglo-saxon selon lequel « evaluation drives curriculum », le caractère réducteur des modalités docimologiques des ECN conduit les étudiants à privilégier très fortement les préparations qui, comme le regrette Jacques Roland, se donnent explicitement comme but de les aider « [...] à bien réussir un concours [plutôt] qu'à exercer un métier »¹¹. Alors même, en effet, que les ambitions affichées pour la réforme du DCEM sont d'améliorer le développement des compétences cliniques et thérapeutiques, dont le raisonnement clinique est la pierre angulaire, les modalités univoques des ECN, faites de neuf dossiers explorés par quelques questions à réponses ouvertes et courtes, sont largement en désaccord avec les résultats de recherche actuellement disponibles à cet égard¹⁴. Pierre Pottier et coll. rappellent opportunément que, même si elles comportent des limites que cherchent à dépasser de nouveaux outils en cours de développement tels que le test de concordance de script, les questions à choix multiple, notamment si elles sont à contexte riche, ne sont pas disqualifiées dans ce but ; or, elles ont été supprimées et non remplacées. Il est pourtant établi qu'une évaluation valide et fidèle du raisonnement clinique, dans une perspective docimologique, nécessite le recours à plusieurs outils – alors qu'on n'en exploite donc désormais plus qu'un seul et sans doute pas le meilleur –, idéalement administrés plusieurs fois – alors qu'on s'appuie sur un seul examen –, avec un échantillonnage de taille suffisante – alors qu'on n'utilise que neuf dossiers¹⁴ –. Francis Roussel⁹ rappelle bien sûr que, préalablement, les compétences des étudiants sont censées avoir été certifiées dans les différentes facultés. Mais il souligne que cette mission n'est pas toujours conduite avec la rigueur et le soin nécessaires, tant les enjeux des ECN ont pris le pas sur tous les autres, à la fois aux yeux des étudiants en raison des conséquences qu'elles ont pour leur choix de carrière et à ceux des enseignants, en raison de l'impact public fortement valorisant pour les facultés du fait d'être classées en tête des palmarès officiels, même si parfois, voire souvent, comme le souligne le rapport d'une très officielle commission mandatée par le ministre de la santé¹⁵, la préparation des étudiants aux épreuves s'est surtout faite en

dehors des facultés et des stages hospitaliers, au sein d'officines privées.

Enfin, conséquence de l'élitisme implicite des études médicales en France, dont les ECN ne sont qu'un avatar, la désaffection à l'égard de la médecine générale a été publiquement affichée^{1, 8}. Utilisant toutes les failles du dispositif (nombre de postes offerts largement supérieur au nombre de candidats en 2004 et en 2005) ou exploitant toutes les stratégies de contournement possibles pour se soustraire à la procédure d'affectation (choix délibéré d'un redoublement par non validation volontaire du DCEM quand le classement aux ECN laisse percevoir un choix contraint de la filière de médecine générale), de nombreux étudiants ont ostensiblement boudé cette discipline. Ainsi, 980 postes sur les 2400 proposés en médecine générale n'ont pas trouvé preneur en 2004 et 900 sont restés vacants en 2005. Grâce à quelques anticipations techniques, le déficit a pu être réduit à 320 sur 2350 en 2006 mais la tendance n'est pas durablement inversée. Certes, les raisons du déficit d'attractivité de la médecine générale dépassent de loin la problématique des ECN et elles mériteraient d'autres développements ; faute d'une réflexion approfondie sur l'organisation du système de santé et d'une visibilité suffisante de la place que doivent y occuper les médecins intervenant dans le champ des soins primaires, elles se nourrissent de la convergence de plusieurs conditions d'exercice professionnel perçues comme défavorables par les étudiants : exclusivité du statut libéral, mode de rémunération à l'acte mal adapté aux fonctions de prévention ou d'éducation en santé, sentiment d'isolement professionnel, etc. Il était sans doute utopique de penser que la seule modification des conditions d'accès à l'internat de médecine générale restaure instantanément le crédit de cette filière de formation, sans réflexion concomitante sur l'exercice de la profession à laquelle elle prépare. L'effet stigmatisant des ECN à l'égard de la médecine générale, qui vient tout juste de conquérir son statut de nouvelle discipline universitaire, n'en est pas moins dévastateur.

Au bout du compte, malgré le clin d'œil érudit de Francis Roussel au Persan de Montesquieu, il serait indiscutablement injuste de qualifier d'extravagants tant les ECN que les responsables français qui les ont mis en place. Il faut cependant reconnaître que ces épreuves ne servent pas au mieux les finalités qui leurs étaient dévolues : développées en principe pour soutenir les orientations pédagogiques de la réforme du DCEM, elles prennent insuffisamment en compte les acquis de la recherche concernant l'évaluation, l'enseignement et l'apprentissage du raisonnement clinique et

ont des conséquences terriblement réductrices à l'égard des activités pédagogiques de la partie clinique du cursus¹⁵ ; conçues pour classer un grand nombre d'étudiants, elles relèvent mal ce défi en raison de qualités psychométriques mal assurées et produisent des résultats en partie stochastiques ; enfin, censées mettre fin à la discrimination de la médecine générale, elles ont accentué la visibilité de son rejet et sont donc contre productives. Les pistes avancées de régionalisation des épreuves¹⁵ ou d'évolution vers une fonction à la fois certifiante et classante⁹ ne sont que des hypothèses parmi d'autres, qu'il faut soigneusement examiner.

Mais, quand une réforme rencontre autant d'écueils et suscite à son endroit autant de réserves argumentées et convergentes, il convient de faire rapidement l'inventaire contradictoire, loyal et scrupuleux des promesses tenues et des déceptions avérées. Le pire, en l'espèce, serait bien de rester au milieu du gué.

Jean JOUQUAN
 mailto:jean.jouquan@chu-brest.fr
 Charles HONNORAT
 mailto:charles.honnorat@uni-medecine.fr

Références

1. Cabut S. Médecine générale, la désaffection se généralise. *Libération*, 25 Août 2006.
2. Lanson Y. Les épreuves classantes nationales 2004. Premier classement pour les étudiants, les facultés et les CHU. *Presse Med* 2005;34:813-9.
3. Le Bourgeois J-P. Epreuves classantes nationales, pourquoi et comment... *Presse Med* 2005;767-8.
4. Billaut A. Caractéristiques et résultats des épreuves classantes nationales de médecine 2004; Document de travail. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Paris : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités. 2005. [On-line]. Disponible sur : <http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=340362>
5. Billaut A. Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Paris : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités. n° 474, 2006. [On-line]. Disponible sur : <http://www.bdsp.tm.fr/fulltext/show.asp?Url=/Ministere/Drees/EtudesResultats/2006/474/er474.zip>
6. Roussel F, Ladner J, Lechevallier J. Prévisibilité des résultats de l'épreuve classante nationale 2004. *Presse Med* 2005;34:791-3.
7. Le Bourgeois J-P. Epreuves classantes nationales 2005, quelques tendances se dégagent. *Presse Med* 2006;35:379-81.
8. Lanson Y. Désintérêt pour la médecine générale lors des épreuves classantes nationales de 2005. *Presse Med* 2006;35:407-12.
9. Roussel F. Pour une transformation des épreuves classantes nationales en un examen classant national. *Pédagogie Médicale* 2006;7:228-32.
10. Pottier P, Planchon B, Barrier J, Volteau C, Mouzard A. Etude d'impact de séances d'entraînement à des exercices de dossiers cliniques simulés sur les performances d'étudiants à un examen national. *Pédagogie Médicale* 2006;7:213-27.
11. Roland J. L'éducation médicale vue par un responsable institutionnel. *Pédagogie Médicale* 2006;7:233-7.
12. Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. *Journal Officiel de la République Française*. [On-line]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/NOR:MENS0002592A>
13. Jouquan J. Quelques questions posées par l'épreuve d'évaluation de la lecture critique d'articles scientifiques. *Pédagogie Médicale* 2005;6:136-7.
14. Charlin B, Bordage G, Van Der Vleuten C. L'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2003;4:42-52.
15. Thuillez C (Rapporteur). Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus licence-master-doctorat (LMD), 2006. [On-line]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>