

L'éducation médicale vue par un responsable institutionnel*

Medical Education: a View From an Institutional Leader

Jacques ROLAND¹

Résumé *Propos* : L'auteur, ancien doyen de faculté de médecine et ancien président de la conférence française des doyens en médecine, dresse, à partir de son expérience française, l'état des lieux des études médicales, dans leurs grandes tendances et analyse certaines réformes proposées. Il propose des pistes pour désenclaver les facultés de médecine. **Exégèse** : La spécificité des études de médecine repose sur l'éducation clinique que doivent recevoir les étudiants. Il ne saurait être question de diminuer l'importance de cet enseignement basé particulièrement sur des stages hospitaliers ou en cabinet médical. Deux grands axes de travail se dégagent : accentuer la part humaniste des études et enraciner la faculté dans son tissu régional. **Conclusion** : Des études humanistes doivent faire écarter les enseignements en immenses amphithéâtres et les concours internes. Une approche plus personnalisée des étudiants, la mise en place de tutorat, des enseignements en petits groupes, des méthodes actives sont prônées. L'adjonction aux sciences fondamentales classiques d'anthropologie et de sociologie participent du même objectif. Les études de médecine conduisant à l'exercice professionnel pour la très grande majorité des étudiants, des efforts doivent être faits pour qu'ils puissent mieux connaître cet exercice et leurs futurs confrères. C'est pourquoi le rôle de ceux-ci doit être accru.

Abstract *Purpose*: The author, who was previously dean at a Medical Faculty and former president of the French Conference of Deans in Medicine, brings to light the status of medical studies tendency and analyze formerly suggested reforms, from his French experience. He proposes ways to open up Medical Faculties. **Exegesis**: Medical studies focus on clinical education that must be taught to students. The importance of clinical education is related to student's training in hospital or in medical cabinet environment. Two paths of work are emphasized: to accentuate the humanist part of studies and to stress the root of the Faculty to its regional foundation. **Conclusion**: Humanist studies should withdraw teaching lectures given in big amphitheaters as well as internal exams. A personalized teaching approach, the set up of tutelage, teaching to smaller groups, an active-based teaching method, are lauded. The addition of basic sciences of classic anthropology and sociology contributes to the same objective. Medical studies, leading to professional practice for the majority of students, require efforts to give them an appropriate knowledge regarding to the medical profession as well as their future colleagues, which would explained why the role of the latter must be greater.

Pédagogie Médicale 2006;7:233-7

* Texte élaboré à partir de la conférence prononcée lors du 1^{er} Congrès de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM) - Beyrouth - 1-2 juin 2006.

1- Président du Conseil national de l'ordre des médecins (France) - Président en exercice de la Conférence internationale des doyens et facultés de médecine d'expression française (CIDMEF) - Ancien président de la Conférence des doyens des facultés de médecine et des présidents d'université médecins (France).

Correspondance : [Mailto:roland.jacques@cn.medecin.fr](mailto:roland.jacques@cn.medecin.fr)

Le premier congrès de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM) à Beyrouth portait tout particulièrement sur « l'éducation médicale » et c'est au philosophe, Michel Serres, que l'on a d'abord donné la parole. Il nous a dépeint notre chimérique bicéphalie, humaniste et scientifique¹. Puis ce fut autour de l'expert international en santé publique, Charles Boelen, de démontrer que l'éducation que nous devons donner à nos élèves ne vise pas seulement les soins aux individus mais nous invite aussi à rejoindre tous ceux qui s'efforcent de réduire les maux de nos sociétés. Les deux messages sont forts et invitent les enseignants en médecine à s'en imprégner pour réformer les études. L'ancien doyen que je suis, intervenant après que de telles directions aient été données, doit donc leur donner corps en analysant la situation actuelle et en proposant des réformes.

De nécessaires réformes

Car réformer les études est devenu une nécessité dans la plupart de nos pays, comme l'attestent plusieurs rapports internationaux issus des milieux tant anglo-saxons et nord-américains qu'euro-péens ou français^{2, 3, 4, 5}. Tout a changé autour de nous. Notre légitime fierté, devant nos spectaculaires progrès technologiques, se heurte à notre impuissance devant certains fléaux, anciens ou nouvellement apparus. Notre champ d'activité s'est accru, en débordant des soins vers la recherche du bien-être, de l'esthétique, de l'amélioration de la performance physique ou sexuelle. Le domaine nouveau de la procréation assistée a même conduit à une nouvelle réflexion, la bioéthique. Nos relations avec les patients se sont modifiées : notre indéniable progression scientifique ne s'est pas accompagnée d'une totale adhésion des patients avec lesquels nos rapports se sont teintés de méfiance, même si notre crédit reste grand. Nos étudiants eux-mêmes ont changé : plongés dans une société hédoniste et sensibles à la globalisation des cultures, leur perception de notre enseignement est devenue différente ; leur idéal de vie comprend à la fois leur efficacité dans leur métier mais aussi la réussite de leur vie personnelle. Enfin, dans le contexte européen, la réflexion dérivée de la déclaration de Bologne⁶, oblige aussi à reconsidérer notre enseignement.

C'est donc à la lumière de ce bouleversement de nos perspectives qu'il faut imaginer la future éducation médicale.

L'admission en médecine

Le premier problème réel posé est celui de l'entrée dans

les études de médecine. Qui a légitimité à rentrer en médecine ?⁷ On ne peut répondre favorablement à tous ceux qui le désirent, mais un cahier des charges doit permettre une orientation. Le refus de toute sélection à l'entrée de l'université – tel que cela se passe par exemple en France – conduit à des inconvénients graves, en laissant, pour beaucoup de candidats, l'orientation se faire sur l'échec à des examens successifs, dont la pertinence par rapport aux métiers envisagés n'est pas évidente. On devrait s'appuyer sur une orientation positive dès l'entrée, basée sur des performances de fin du secondaire, dans les domaines des deux « têtes » décrites par Michel Serres, et sur un entretien avec un jury qui peut être extérieur à la faculté choisie. Bien entendu, ce système doit aussi laisser l'espoir à ceux qui ne sont pas prêts à ce stade : un candidat écarté au début (ou qui n'avait pas opté pour la médecine au sortir de l'enseignement secondaire) doit pouvoir nous rejoindre plus tard par une « passerelle », permise par sa performance en dehors de notre filière. En France, cette façon de faire permettrait de supprimer tous les inconvénients de notre première année, accumulant une pléthore d'étudiants, dont la plupart sont inadaptés, qui vont devoir redoubler sans profit pédagogique. La majorité d'entre eux doivent renoncer à leurs objectifs après deux ans d'un affrontement cruel peu digne du début d'études à vocation humaniste. Il est temps de prendre conscience des dégâts causés par notre système. L'Académie de Médecine s'est émue, elle aussi, de cette situation ; son intéressant projet envisage une pré-orientation des étudiants, puis une première année commune des professions médicales et pharmaceutiques⁸.

Le contenu des études « de base »

Une réflexion doit se faire jour à propos des sciences dites fondamentales. Certes, celles que nous avons ainsi définies gardent leur légitimité, mais sont-elles au complet ? Leur liste n'est certainement pas exhaustive. À la lumière des exposés du philosophe et du spécialiste en santé publique, et en fonction de l'exercice médical actuel, on voit bien que nous ne pouvons pas priver nos étudiants d'anthropologie, de sociologie, d'épistémologie, de psychologie, de santé publique, etc. Par ailleurs, sont-elles bien placées ? Cantonner ces matières fondamentales aux deux premières années d'études est une absurdité. Éloignées de leur application pathologique, elles sont à la fois nécessaires pour la formation de l'étudiant, mais trop oubliées quand celui-ci en a réellement besoin et à un niveau supérieur. Elles doivent donc accompagner le cursus médical au fur et à mesure de leur nécessité dans la compréhension de la pathologie.

Tous ceux qui réfléchissent à nos réformes ne doivent jamais oublier que le cœur de notre identité, le cœur de nos études concerne l'apprentissage de la pathologie et l'aptitude à la relation avec le patient. Nous ne pouvons baisser la garde sur ce sujet. Toutes les occasions de mettre notre jeune étudiant en face de son futur exercice, donc en face du patient, sont bonnes. Il y a besoin de temps pour cela, donc il ne faut surtout pas raccourcir les stages mais, au contraire, les améliorer, leur donner une valeur plus éducative et évaluatrice. Il faut faire sortir nos étudiants des hôpitaux, les faire compléter leur formation dans les secteurs sociaux, en médecine ambulatoire et dans les établissements privés, chaque fois que le secteur public ne peut offrir suffisamment de stages réellement formateurs. Cette éducation par les stages doit être complétée par des apprentissages cliniques en petits groupes, où l'étudiant apprend à s'exprimer, à accepter la controverse, à travailler en réseau. A ce propos, il serait regrettable que, dans le contexte universitaire européen, la nécessaire réflexion sur l'introduction du master en médecine⁹ conduise à amputer les indispensables années de stage en réduisant nos études d'un an.

L'orientation vers les spécialités

Le choix des futures filières de spécialités ne doit pas être confié, comme en France, à un immense tirage au sort, surtout quand il est national, faisant fi des aptitudes réelles des étudiants pour ne prendre en compte que des recettes bien éloignées de l'exercice professionnel. La préparation du concours est faussée : on n'apprend pas à exercer un métier mais bien à réussir à ce concours ! C'est pourquoi les meilleurs préparateurs ne sont surtout pas des médecins chevronnés, mais bien des jeunes internes qui viennent de réussir à ces épreuves ! Derrière ce refus de prise en compte de la personnalité de nos élèves, il y a une démission collective des autorités universitaires et du corps enseignant, qui conduit à ne pas prendre en compte les stages, les attitudes devant les patients, la performance dans des matières différentes, performance qui pourrait être significative pour l'orientation. L'utilisation de matières optionnelles devrait aussi servir d'indice pour cette orientation. Est-il normal qu'un jeune qui désire ardemment faire de la neurochirurgie puisse en être empêché par son classement, alors qu'il n'a eu d'épreuves ni en neurologie, ni en neurochirurgie et que jamais on ait eu l'occasion d'écouter sa motivation, d'apprécier son sang-froid, de vérifier ses possibilités manuelles. Par ailleurs, on connaît aussi les travers des immenses concours par rapport à la répartition des professionnels dans les régions, autre injustice, autre inéquité, qui devraient nous conduire, en particulier en France, à changer les choses.

L'enseignement des spécialités

L'enseignement est devenu, à ce stade du cursus – qu'on le qualifie de postgradué ou qu'on le désigne comme troisième cycle –, totalement professionnalisant. D'un junior prêt à aborder des problèmes complexes, nous devons faire un senior apte à prendre toutes les responsabilités de son métier. Il faut donc que l'essentiel de l'éducation se déroule dans des stages les plus proches de l'exercice futur ; c'est dire que tout ne doit pas se passer en centre hospitalier universitaire, même si l'essentiel peut y demeurer pour la plupart des spécialités. De nombreux stages peuvent se dérouler dans des hôpitaux non universitaires, qu'ils soient publics ou privés. Naturellement les spécialités à exercice ambulatoire, comme la médecine générale, doivent bénéficier d'un nombre suffisant de stages dans les cabinets médicaux de soins primaires pour satisfaire cette formation particulière.

Puisque les stages constituent l'essentiel de la formation au stade ultime du cursus, il est nécessaire de les articuler, de les prévoir de telle façon qu'il y ait une continuité pédagogique et une évolution croissante, mais maîtrisée, des prises de responsabilité. Il est donc nécessaire qu'un tuteur soit désigné pour suivre le jeune médecin d'un stage à l'autre et assurer le contact avec les responsables pédagogiques successifs. Ce tuteur doit bien sûr être choisi dans le cercle des enseignants de la discipline. De la même façon, on ne peut laisser le choix du stage uniquement à la volonté de l'étudiant, à son classement préalable ou à tout autre critère qui ne tiendrait pas compte de sa nécessaire progression dans la discipline. C'est pourquoi le tuteur devrait mettre au point avec l'étudiant un contrat de formation basé sur une première série de stages puis, après l'évaluation contradictoire des performances, proposer la dernière série de stages.

Les facultés de médecine dans leur contexte

Rôle social des facultés

C'est tout le message de Charles Boelen sur l'éducation médicale^{10, 11}. A l'instar d'initiatives qui ont déjà été prises¹², il devrait être mis à profit non seulement par les facultés de médecine, mais aussi par les universités. On ne peut se contenter d'un enseignement « brut » qui se contenterait d'énumérer les maladies, leurs symptômes et leurs traitements sans hiérarchiser leurs diverses retombées dans nos sociétés. Nous avons donc d'autres messages à faire passer, permettant des priorités réfléchies,

des investissements calculés, des préventions imposées, donc une véritable politique de santé publique, pertinente dans son pays et ouverte dans un monde globalisé. Il s'agit donc de faciliter l'acquisition d'une aptitude supplémentaire chez nos étudiants en médecine : celle d'appréhender le collectif pour devenir encore un meilleur médecin au service des individus.

La profession dans les facultés de médecine

Les facultés de médecine ont montré comment on pouvait former à un métier, grâce à un engagement réciproque universitaire et hospitalier. Mais des pas sont encore à franchir, tant dans les stages que dans la définition des programmes. On ne devrait pas se contenter d'admettre un représentant des organisations professionnelles dans nos conseils de faculté, mais bien entreprendre une collaboration plus ambitieuse destinée à réfléchir ensemble à la conception et à l'évaluation des programmes, faire participer significativement les médecins exerçant en dehors de nos hôpitaux à l'enseignement facultaire et créer, pour nos élèves, des stages dans les structures ambulatoires. Il est nécessaire d'aboutir à un dialogue constructif avec les professionnels extérieurs et de donner à nos étudiants une vue plus ample et plus profonde de leur futur exercice professionnel.

Les facultés de médecine et des sciences de la santé dans l'Université

C'est un sujet difficile, avec un débat récurrent. Mais on ne peut l'éviter. Personne ne semble vraiment défendre le principe de retourner à des écoles de médecine, dont on peut supposer l'efficacité en enseignement, mais dont on peut craindre l'isolement et le manque d'investissement en recherche. Pour autant, la formule actuelle de la plupart de nos établissements est-elle totalement satisfaisante ? Nos facultés sont généralement immergées dans des universités, soit totalement généralistes, soit « orientées » vers les sciences, le droit ou les sciences humaines et ceci, sans qu'une réflexion réelle, sinon des arrangements locaux, ait conduit à cette situation. Lorsqu'on étudie les collaborations dans les travaux de recherche, on s'aperçoit que les partenariats ne sont guère favorisés par cette répartition basée sur des priorités trop anciennes.

Exceptionnelles sont les universités qui développent ou expriment, même timidement, une réelle politique dans le domaine de la santé. Un des exemples est celui de l'admission en notre sein de la formation des professionnels infirmiers ou kinésithérapeutes, qui n'a jamais fait l'objet d'un vrai débat alors que cette problématique devrait nous conduire à conjuguer les efforts de ceux qui travaillent dans le domaine de la santé. Il y a quelques années, en France, Jean-François Mattei, Jean-Claude Etienne, Jean-Michel Chabot¹³, pour répondre à l'immobilisme ambiant, avaient proposé de créer des universités de santé ouvertes à toutes les collaborations avec les structures universitaires ou les organismes de recherche qui les entourent. Les pouvoirs publics n'ont pas opté pour cette formule et depuis rien n'a bougé. Ce manque persistant de l'engagement des « gouvernances » universitaires dans le domaine de la santé démontre leur inadaptation de fait à la formation professionnelle et conduit à reprendre une réflexion trop vite interrompue sur notre statut en leur sein.

Conclusion

Etre médecin consiste à la fois à donner des soins aux individus et à participer, en réseau, à l'effort global de santé publique. Etre médecin c'est à la fois aborder la maladie avec une nécessaire rigueur scientifique et le patient dans une démarche humaniste. Former à la médecine n'est donc pas suffisant : il faut éduquer à la médecine. Cette approche passe donc par l'offre d'études respectueuses des individus, évitant les compétitions inutiles, basées sur l'orientation plus que sur la sélection, ouvrant des passerelles vers les autres métiers de notre champ d'activité. Cette ambition d'ouverture doit nous conduire aussi à laisser entrer les professionnels dans notre enseignement et à envoyer nos élèves partout où ils peuvent parfaire leur formation. Cette intégration souhaitée des étudiants dans leur société nous oblige à leur apporter des clés que nous n'avons pas encore : anthropologie, sociologie, psychologie, philosophie. Cette ambition d'être davantage des éducateurs que des enseignants exige que nous relevions le plus beau des défis : être des donneurs d'exemples plus que des donneurs de leçons...

Références

1. Serres M. *L'éducation médicale vue par un philosophe*. *Pédagogie Médicale* 2006;7:135-41.
2. General Medical Council. *Tomorrow's doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London: GMC, 2003. [On-line]. Disponible sur : <http://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/tomdoc.pdf>
3. Frank JR. (Ed). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005. [On-line]. Disponible sur: <http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>
4. Ambroise-Thomas P, Loisançe D. *Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour la formation clinique initiale des étudiants en médecine. Rapport 05.15 au nom de la Commission XIV (Enseignement et problèmes hospitalo-universitaires)*. [On-line]. Disponible sur : http://www.academie-medicine.fr/upload/basel/rapports_243_fichier_lie.rtf
5. Association of American Medical Colleges. *Educating doctors to provide high quality medical care. A vision for medical education in the United States. Report of the Ad Hoc Committee of deans*. 2004 [On-line]. Disponible sur : https://services.aamc.org/Publications/showfile.cfm?file=version27.pdf&prd_id=115&prv_id=130&pdf_id=27
6. *Déclaration commune des ministres européens de l'éducation, 19 juin 1999 – Bologne*. [On-line]. Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/realisations/education/superieur/bologne.htm>
7. Jouquan J. *Le choix des étudiants candidats aux études de médecine : enjeux sociaux et pédagogiques d'une décision académique*. *Pédagogie Médicale* 2003;4:5-8.
8. Ambroise-Thomas P, Aurengo A (Au nom d'un groupe de travail). *Organisation des études de Médecine, Pharmacie, Odontologie et Maïeutique1 dans le cadre du système européen LMD (Licence-Master-Doctorat)*. *Communiqué de l'Académie Nationale de Médecine*. 2006 [On-line]. Disponible sur : http://www.academie-medicine.fr/upload/basel/avis_170_fichier_lie.rtf
9. Thuilliez 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/html/actu/thuilliez/rapport.pdf>
10. Boelen C. *Vers l'unité pour la santé. Défi et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*. Document de travail. Genève : OMS 2002 [On-line]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_EIP_OSD_2000.9_fre.pdf
11. Boelen C. *Il y a peut-être un avenir pour la pédagogie médicale*. *Pédagogie Médicale* 2005;6:8-14.
12. Cappon P, McMurtry R, Parboosingh J (Coord.). *Imputabilité sociale. Une vision pour les facultés de médecine du Canada*. Ottawa (ON) : Santé Canada, 2001. [On-line]. Disponible sur : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-social-vision-med/2001-social-vision-med_f.pdf
13. Mattei JF, Etienne JC, Chabot JM. *De la médecine à la santé. Pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé*. Paris : Flammarion, 1998.