

Des médecins scientifiques ou littéraires ? Une perspective historique française

Physicians between humanism and science. A French historical outlook

Christophe SEGOUIN^{1,2,5,6}, Stéphane DAVID^{2,3}, Aude LE DIVENAH¹,
Pierre-Henri BRECHAT^{1,4,6}, Brian HODGES⁵, Alexandre LUNEL⁶,
Dominique MAILLARD², Dominique BERTRAND²

Résumé **Problématique** : On attend des médecins qu'ils aient des connaissances scientifiques suffisantes pour maîtriser la science médicale ; mais aussi qu'ils soient des humanistes capables de gérer leur relation humaine avec les patients et leur famille. Pour ces raisons, les critères de sélection des étudiants en médecine ainsi que le contenu de leur formation sont l'objet de débats. **Objectif** : Contribuer à la réflexion sur cette problématique, dans une perspective historique, en nous appuyant sur des contenus de débats développés entre responsables académiques, professionnels et politiques dans le courant du XX^e siècle en France. **Méthode** : Les archives mises à disposition par l'enseignement supérieur sur ce sujet (entre 1905 et 1970) sont analysées à cet effet. **Exégèse** : L'étude des textes montre que le débat était le même il y a un siècle, à la différence près que, dans la période récente, on a essayé de réintroduire de l'humanisme au sein d'une dominante scientifique (alors que c'était le contraire jusqu'à la fin des années 1960). Il montre également que les motivations pour renforcer le caractère scientifique des étudiants et des études médicales sont à la fois liées au constat de l'évolution de la pratique médicale mais aussi à l'objectif de former des médecins chercheurs. **Discussion** : Les doubles dualités médecin humaniste et médecin scientifique, médecin soignant et médecin chercheur, sous tendent les débats sans que les éventuelles distinctions qu'elles impliquent soient analysées sur le fond.

Mots Clés Formation médicale ; formation scientifique ; humanisme ; France.

Abstract **Context**: We expect from doctors that they have sufficient scientific knowledge to master the medical knowledge but also that they demonstrate humanist aptitudes in order to manage properly their human relation with patients and their family. For these reasons, the criteria of selection of medical students as well as the content of their training are the object of debates. **Aim**: To highlight this controversy with a historical perspective, based on XXth century debates made in France between different academic, professional and politic stakeholders. **Method**: The content of archives put at the disposal by the higher education on this subject (between 1905 and 1970) has been analysed. **Results**: Study of texts showed that the debate was the same one century ago; with the slight difference that, there was an attempt to reintroduce humanism within a scientific dominance during the recent period, while it was the opposite till the end of 1960s. Analysis from the texts has also showed that motivations to strengthen the scientific aptitudes of students and of medical studies are both related to the evolution of medical practice and to the objective to form MD researchers. **Discussion**: the double dualities humanist doctor and scientist doctor, practitioners and researchers underpin the debate, while possible contradictions were never analysed in depth.

Key Words Medical education; scientific education; humanism; France.

Pédagogie Médicale 2007;8:135-44

Introduction

On attend des médecins qu'ils aient des connaissances scientifiques, suffisantes pour maîtriser la science médicale, mais aussi qu'ils aient des qualités humanistes, pour être capables de gérer la relation humaine avec les patients et leurs familles. Pour ces raisons, tant les modalités mises en œuvre pour sélectionner les futurs médecins^{1,2,3}, que le profil des candidats sélectionnés font actuellement l'objet d'un débat. Il en est de même pour le contenu, scientifique ou humaniste, de la formation.

Ainsi, un relatif consensus existe, même s'il demeure souvent implicite en France, quant aux qualités que devrait posséder un étudiant en médecine à l'issue de sa formation. En revanche, les questions du pré-requis et des critères de sélection font l'objet de polémiques. Les différents décideurs sont à la recherche d'un compromis entre humanisme et culture scientifique, à la fois pour ce qui est des critères de sélection des candidats et pour ce qui est du contenu de la formation. La question est de savoir comment concilier la tradition – une formation fondée sur les humanités – et une exigence nouvelle – étudier une médecine fondée sur un savoir qui requiert des connaissances de plus en plus scientifiques –. Pour la plupart des parties prenantes au débat, ces deux qualités ou champs de connaissance semblent s'opposer. Au début du XX^e siècle, en France comme dans d'autres pays, la pensée dominante est toutefois plus orientée dans un sens « humaniste » que « scientifique ». Elle peut se résumer par cette phrase extraite du rapport relatif au premier cycle des études médicales : « le médecin ne doit pas être seulement habile dans la pratique de son art, il doit être instruit et avoir des notions suffisantes générales pour que son esprit soit à la hauteur des problèmes nouveaux que lui présentera chaque jour sa profession » (cité dans ⁴).

La question est toujours d'actualité et se pose de façon ubiquitaire, comme en témoigne la réflexion du philosophe Michel Serres, lors du dernier congrès de la Société Internationale Francophone d'Education Médicale⁵

(SIFEM). L'objectif du présent travail est d'apporter une contribution réflexive à cette problématique, en nous appuyant sur les contenus de débats, tels qu'ils se sont développés entre responsables académiques, professionnels et politiques dans le courant du XX^e siècle en France.

Éléments de méthode

Ce travail exploite les archives (1905-1970) de l'enseignement supérieur traitant des réformes des études médicales en France, disponibles sur internet⁴. En toute rigueur, il ne s'agit pas d'un travail de recherche historique effectué à partir d'une analyse de contenu systématique, dans la mesure où il n'obéit pas à toutes les exigences méthodologiques qui auraient été requises dans le cadre d'un tel projet. Nous n'avons en particulier pas consulté exhaustivement les sources primaires d'archives, en limitant essentiellement les documents consultés au corpus d'archives préalablement sélectionné par un autre chercheur⁴. De ce fait, notre travail doit fondamentalement être considéré comme un essai réflexif appuyé sur des exemples historiques mis en perspective.

La façon dont ces archives ont été constituées est explicitée sur le site internet (<http://picardp1.ivry.cnrs.fr/ensmed.html>) et résumée dans l'*encadré n°1*. L'ensemble des 281 notes de ce corpus couvre la plupart des années de la période considérée et aborde de nombreuses thématiques. Vingt-huit de ces notes portent sur les caractéristiques – humanistes ou scientifiques – qui doivent être prises en compte pour la sélection des prétendants aux études médicales et pour leur formation. Certaines de ces 28 notes ne sont pas citées dans le présent papier quand elles n'apportent pas d'élément supplémentaire. En revanche, certaines sources additionnelles ont été exploitées. Au total les références citées ou exploitées dans le texte sont exposées dans l'*encadré n° 2* ; elles sont appelées dans le texte en utilisant leur rang de classement, signifié en indice.

Ce travail est délibérément focalisé sur le contexte français,

1- Service de santé publique et économie de la santé, Groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris).

2- Faculté de médecine, Université Denis Diderot Paris 7.

3- Département de formation continue des médecins, Direction du développement des ressources humaines, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

4- Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (Lapss), Ecole nationale de la santé publique (ENSP), Rennes.

5- Université de Toronto, Faculté de médecine Donald R. Wilson Centre for Research in Education, Toronto.

6- Laboratoire Droit-Biosciences-Santé publique, Université Paris 8, Saint-Denis

compte tenu du matériau utilisé (les archives précitées). Les auteurs sont conscients que le débat dépasse largement les frontières de la France. Ils ne feront pas référence, en particulier, à l'américain Abraham Flexner dont le rapport de 1910 sur les études médicales⁶ a durablement influencé la formation en Amérique du Nord et au-delà, y compris en France dans le cadre de la réforme des études médicales

conduite par Robert Debré. Ce rapport insistait sur l'importance du lien entre les facultés de médecine et le monde universitaire, l'importance de la recherche dans les facultés de médecine et, enfin, sur la nécessité de mettre les étudiants en médecine dans des situations réelles d'apprentissage clinique ou en laboratoire.

Encadré n° 1 : Les archives utilisées pour réaliser ce travail

Les archives exploitées dans ce travail ont été consultées sur les pages d'un site web (<http://picardp1.ivry.cnrs.fr/ensmed.html>), éditées par Jean-François Picard (IR CNRS, UMR 8560P) depuis 2001 et régulièrement mises à jour depuis, qui proposent certains des travaux menés dans le cadre de programmes de recherche concernant l'histoire de la recherche biologique et médicale.

La page d'accueil du site web indique que les documents utilisés pour cette étude sont « extraits des fonds déposés au Centre historique des archives nationales et au Centre des archives contemporaines de Fontainebleau par la Direction de l'enseignement supérieur du ministère de l'éducation nationale ».

Pour la période antérieure à 1939 et notamment la réforme de 1934, ont été dépouillés les versements de la « Commission de l'enseignement supérieur » à partir de 1928 et de la « Faculté de médecine » à partir de 1906. Pour la période 1940-1944 et notamment les travaux de la Commission de réforme des études médicales, les documents viennent de la Direction de l'enseignement supérieur du ministère de l'éducation nationale, documents auxquels a été rajouté le rapport du professeur Robert Debré sur « l'organisation de la profession médicale et la réforme de l'enseignement de la médecine », préparé au sein du Comité médical de la résistance en 1944.

Pour la période postérieure à 1945 et notamment les travaux du Comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale, installé en 1956, ont été utilisés les documents de l'Éducation nationale – Direction de l'enseignement supérieur –, relatifs au Comité interministériel et à l'agrégation de médecine.

Pour le suivi de la réforme hospitalo-universitaire de 1958, ont été consultés le versement de Henri Rachou, chef du service des enseignements et du personnel universitaires et les procès verbaux des réunions du Comité interministériel jusqu'en 1970.

Encadré n° 2 :

Liste chronologique des notes extraites des archives consultées, citées dans le présent travail

(Les notes sont appelées dans le texte par leur numéro d'ordre, inséré en indice)

1. 1928 - Rapport d'activité de la Faculté de médecine de Paris (Doyen Balthazard)
2. Mars 1932 - Rapport de M. Lépine, Doyen de la Faculté médecine et de pharmacie de Lyon relatif au premier cycle des études médicales
3. 26 avril 1932 - Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). Lettre (ouverte) du Dr P. Cibrié aux professeurs des facultés et écoles de médecine françaises
4. Acte dit loi du 19 octobre 1941. Secrétariat d'état à la Santé et Secrétariat d'état à l'Education nationale au chef de l'Etat, Maréchal Pétain
5. 19 octobre 1941 - Loi portant organisation des études médicales. Rapport au Maréchal de France, Chef de l'Etat français
6. Février 1944 - Giraud (Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier) au Secrétariat d'état à l'Education nationale.
7. 1944 - Médecine-Santé publique-Population. Robert Debré. « Organisation de la profession médicale et réforme de l'enseignement de la médecine » (*texte préparé par le Pr. R. Debré au Comité médical de la résistance, transmis au Comité français de libération nationale à Alger*)
8. 1-3 novembre 1956 - Colloque national sur la recherche et l'enseignement scientifique, à Caen
9. 20 décembre 1956 - Comité interministériel (audition des professeurs des hôpitaux de Paris : May, Lemaire, Jayle et des représentants des étudiants Delaporte et Lemerle)
10. Juillet 1957 - Comité interministériel. Avant projet de loi relatif à la réforme de l'enseignement médical et des hôpitaux des villes universitaires et au développement de la recherche médicale
11. 26 février 1958 - Comité interministériel (la fronde des doyens)
12. Janvier 1959 - Note de l'inspecteur général Rolland. L'ampleur prise par les discussions d'un avant projet de loi appelle une mise au point de la part du ministère de l'Education nationale et par le ministère de la Santé
13. 20 février 1959 - Comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale (préparation des décrets d'application)

Exégèse

Le choix des qualités du futur médecin : un scientifique ou un humaniste ?

La réflexion portant sur la nécessité de posséder ou d'acquérir un bagage scientifique n'est pas nouvelle. Elle est déjà présente au XX^e siècle en France, au moment de l'entrée des physiologistes dans les facultés de médecine.

Dans les archives précitées qui commencent en 1905, la question est abordée en 1928, dans le rapport d'activité de la faculté de médecine de Paris¹, laquelle forme alors la moitié des médecins en France : « sur les 987 élèves qui sont formés à la Faculté, 690 sont titulaires du baccalauréat : 550 ont passé le baccalauréat de philosophie et 140 celui de mathématique. J'ai déjà indiqué les inconvénients de cette dualité d'origine ; j'y ai pensé dans une commission

Des médecins scientifiques ou littéraires ?...

nommée pour la réforme si longtemps attendue du certificat obligatoire de physique-chimie-sciences naturelles (PCN) (Encadré n°3). Il serait urgent d'introduire, pendant l'année préparatoire passée à la faculté des sciences, des cours complémentaires pour les élèves qui sortent de la classe de philosophie et qui n'ont pas une éducation scientifique suffisante. Cette lacune fait obstacle à la poursuite des études médicales. Les professeurs de physique, de chimie et de physiologie sont constamment forcés dans leur enseignement d'user de formules mathématiques : la plupart des auditeurs sont incapables de les comprendre. Ils ne peuvent saisir une loi logarithmique car ils ne savent pas ce que l'on entend par logarithme ».

Dans son texte de 1944 adressé au Comité médical de la résistance, Robert Debré apporte également sa pierre au débat : « on a beaucoup discuté de l'utilité de telle ou telle orientation préalable avant les études médicales. Haute culture par les humanités d'une part, instruction scientifique sérieuse d'autre part, sont également nécessaires. [Soit] un baccalauréat sérieux et un certificat de physique-chimie-biologie (PCB) sérieux. La valeur de la culture scientifique de base au PCB doit être maintenue en modifiant complètement son programme. L'objection souvent faite, à savoir que les médecins n'ont pas besoin de telle ou telle connaissance scientifique n'est pas juste. Le médecin a besoin d'une bonne culture scientifique.

Encadré n° 3 : Historique des modifications de l'année préparatoire obligatoire pour suivre des études médicales en France

1893 : Mise en place d'un certificat obligatoire de physique, chimie et sciences naturelles (PCN) délivré par la faculté de Sciences

1934 : Remplacement du certificat précédent par un certificat de physique, chimie et biologie (PCB)

1943 : Remplacement du certificat précédent par une année préparatoire médicale (APM), à l'issue de laquelle un concours est organisé dans le cadre de l'instauration d'un *numerus clausus*

1947 : Rétablissement du PCB (et suppression de l'APM)

1959 : Suppression du PCB qui est intégré dans l'enseignement de la première année de faculté de médecine (propédeutique)

1971 : Loi instaurant le *numerus clausus* applicable dès 1972

L'accès aux études médicales, *via* les différentes formations universitaires rappelées ci-dessus, requiert d'être titulaire du baccalauréat. En France, le baccalauréat, créé sous Napoléon Ier en 1808, est le premier grade universitaire. On le passe à la fin de l'enseignement secondaire, ou en candidat libre, et il ouvre la voie à l'enseignement supérieur. Il est l'équivalent du *A-level* au Royaume-Uni, de l'*Abitur* en Allemagne, de la *Matura* en Autriche, du *studentexamen* en Suède (supprimé en 1968), du *ylippilastutkinto* en Finlande et de la Maturité en Suisse. Il ne doit donc pas être confondu avec le baccalauréat des pays anglosaxons (*bachelor's degree*), dont l'équivalent français est désormais la licence depuis la mise en œuvre de la réforme européenne issue du processus de Bologne (réforme dite LMD pour Licence-Master-Doctorat).

Cette acquisition ne fera pas perdre à la médecine française ses qualités de finesse clinique. L'excellente tradition clinique ne s'affaiblira pas en France, mais notre culture scientifique de fond doit être rendue plus solide »⁷. Cette option sera reprise dans la réforme hospitalo-universitaire de 1958.

Formations clinique et scientifique mises en concurrence

La question de la formation scientifique oppose les protagonistes à la fois sur le contenu du curriculum (scientifique *versus* clinique) et sur le moment où ces deux étapes doivent être mises en œuvre. Les « anciens » restent partisans du maintien du stage clinique dès la première année des études à la faculté de médecine, tandis que les autres plaident pour le renforcement des connaissances scientifiques dès le début des études (c'est à dire au cours des deux premières années et en remplacement du stage clinique qui est de ce fait repoussé plus loin dans les études).

Par ailleurs, la modification du programme de formation constituée par l'introduction de matières scientifiques est elle-même l'objet d'après marchandages entre les tenants de la tradition clinique et ceux qui voudraient introduire plus de sciences utiles à la future pratique des médecins.

Dans une discussion en Comité interministériel portant sur l'avant projet de loi de réforme des études médicales, l'apport scientifique dans le programme des études est ainsi justifié : « de nombreux pays ont ressenti depuis quelques années la nécessité de rénover leur enseignement médical pour le mettre en harmonie d'une part, avec le caractère de plus en plus scientifique de la médecine et, d'autre part, avec les conditions nouvelles d'exercice professionnel liées à la fois à l'évolution technique... »⁹.

[L'auteur de cette intervention ne précise pas les pays auxquels il fait allusion. Dans les débats portant sur d'autres problématiques disponibles dans les archives précitées, les Etats-Unis et le Canada sont à quelques reprises cités comme des modèles à suivre en matière de formation.] Le constat conduit à préconiser un contenu scientifique renforcé dans les deux premières années : « la formation scientifique de base [...] occupera la plus grande partie du temps des étudiants de première et de deuxième année » (*ibidem*). Cette orientation répond aussi à des préoccupations développées dans les pays industrialisés, visant à développer une éducation scientifique chez tout citoyen.⁷

Naturellement, ceci ne va pas sans réticences, d'autant plus que l'introduction de davantage de matières scientifiques bouscule le curriculum qui s'est imposé depuis des décennies. Ainsi, les tenants de l'approche humaniste

mettent en opposition cette formation scientifique avec la conception antérieure de la formation clinique sur le terrain de stage hospitalier (réalisée depuis le XIX^e siècle, dès l'année qui succède au PCB). L'inspecteur général Rolland l'évoque en 1959 dans une note aux ministres de l'éducation nationale et de la santé, relative aux mises au point à faire dans le cadre de discussions relatives au projet de réforme : « la vieille génération reste attachée à la grande tradition clinique donnant aux contacts humains toute leur valeur. Par exemple, ils redoutent que l'étudiant passe ses deux premières années loin du malade, n'apprenne que des notions scientifiques abstraites dont il n'a nul besoin dans la pratique quotidienne »¹². Ainsi, « deux conceptions s'affrontent quant aux orientations des deux premières années de médecine (clinique ou sciences fondamentales) »¹³.

Les tenants de la tradition ne s'opposent pas au développement de l'enseignement scientifique. Il ne s'agit pas non plus pour eux de contrebalancer seulement une culture scientifique par une culture « humaniste », « littéraire » ou « classique » (les termes diffèrent selon les époques). Ils militent pour des médecins ouverts intellectuellement, cultivés. Ainsi, la Confédération des syndicats médicaux français, dans une adresse datée de 1932 aux professeurs des facultés et écoles de médecine, écrit : « il nous paraît qu'un minimum de culture classique est nécessaire à la formation intellectuelle du futur médecin. [...] Les titres initiaux à exiger pour l'inscription en faculté de médecine [doivent prévoir] la nécessité de l'un des deux baccalauréats A (latin grec) ou A' (latin seulement) »³.

La même année, dans le rapport déjà cité², le doyen de la faculté de médecine de Lyon insistait sur cette double culture. De même, le doyen de la faculté de médecine de Montpellier, s'adressant au Secrétariat d'état à l'éducation nationale, déclare en 1944 : « tout le monde est d'accord pour reconnaître l'utilité de très grandes humanités pour les futurs médecins. [...] Il ne s'agit pas seulement de leur fournir un trésor linguistique qui leur sera utile, mais bien plus encore de former leur esprit lui-même. [...] Il me semble donc désirable que les futurs médecins soient titulaires du baccalauréat latin-grec. Cependant, il est légitime de désirer que l'enseignement secondaire les mette en possession d'un bagage scientifique suffisant pour qu'ils puissent aborder les études biologiques de manière plus directe. Suggestion de deuxième baccalauréat philosophie-sciences »⁶. Cette proposition de double baccalauréat était déjà contenue dans les propositions que la Commission de réforme des études médicales avait présentées le 19 octobre 1941 dans son rapport au Chef de l'Etat français (proposition retenue dans la loi de la même année). Cette proposition permettait, dans l'esprit des auteurs, d'alléger ensuite le programme strictement

Des médecins scientifiques ou littéraires ?...

scientifique de l'année de PCB (*Encadré n°3*) et, partant, de donner plus de temps aux matières plus spécifiquement médicales^{5, 6}.

In fine, le niveau d'exigence est rehaussé puisqu'il revient à demander aux postulants un double cursus.

La promotion de la recherche médicale, argument avancé pour rendre la formation plus scientifique

L'argument le plus fréquemment avancé pour justifier l'introduction précoce de matières scientifiques est le caractère de plus en plus scientifique de la médecine. Il existe un autre argument, en toile de fond, discret mais présent assez tôt dans le siècle. Il est en relation avec la nécessité de former des chercheurs dans le domaine médical, ce qui, on en conviendra, renvoie à un objectif différent de celui de doter un pays de professionnels capables de soigner la population.

On postule que l'insuffisance du niveau de la recherche est reliée aux carences de la formation. Cet argument est d'abord évoqué sans preuve précise. Dès 1941, il est noté que « *la médecine française [...] a perdu la direction intellectuelle de la recherche médicale* »⁴.

Mais il existe un autre argument, évoqué trois fois, à l'appui du constat de la perte de la place de la médecine française dans le monde. Elle n'a plus été couronnée par un prix Nobel depuis longtemps : « *aucun prix Nobel n'a été décerné depuis plus de vingt ans à un Français ayant travaillé en France. Ce signe permet de mesurer notre retard* »^{8, 10, 11}. Dans les trois textes en référence, c'est bien la formation qui est mise en cause.

Cependant, combiner un contenu de formation scientifique et un contenu humaniste avec deux visées différentes (préparer des chercheurs en médecine et préparer des médecins à soigner) est un défi que les différents protagonistes s'accordent à trouver difficile à atteindre : « *de tous côtés, des critiques sont faites au régime actuel des études de médecine. Elles tiennent au caractère même de la médecine qui est à la fois une science biologique, objet de recherche pure et un art professionnel exercé par des praticiens au chevet des malades. Ces deux objets sont confondus dans un même enseignement qui, par suite, n'est adapté ni à l'un ni à l'autre* »⁴.

Lors du colloque national sur la recherche et l'enseignement scientifique de 1956, une communication conjointe des Prs R. Debré, R. Fauvert et J. Dausset précise : « *venons-en maintenant au premier problème que nous avons évoqué, celui de la préparation des chercheurs. Il comporte un double aspect : celui de la préparation générale de l'ensemble des étudiants où devront se recruter les chercheurs ; celui de la préparation spéciale des sujets qui*

auront choisi la carrière de la recherche. Le premier problème est celui de l'enseignement médical tout entier : [...] il est cependant nécessaire de souligner combien peu, dans l'état actuel des choses, il constitue un milieu favorable à la naissance et à la préparation des vocations de recherche. [Il faut aussi mentionner] l'absence de sélection au début des études médicales, qui admet des étudiants ayant une formation de base très inégale et souvent une préparation scientifique insuffisante [et ...] l'illogisme de la concurrence entre l'enseignement de la faculté et la préparation des concours, concurrence qui nuit à l'une et à l'autre »⁸.

Le débat de la commission médicale dans le cadre de ce même colloque évoque la partie relative à la formation des chercheurs. Les intervenants tentent, à cette occasion, de résoudre la quadrature du cercle, que représente la combinaison de la formation clinique et de la formation à la recherche : « *Minkowski [...] développe un plan élaboré avec M. Scherrer et qui prévoit que, pour certains, le stage interné de sixième année serait remplacé par un enseignement préparatoire à la recherche. [...] Halphen voudrait que la bifurcation vers la recherche se fasse « après que le cycle des études médicales générales ait été parcouru ». [...] Deux questions d'aménagement se posent en cours de discussion : comment envisager dans ce cadre la formation à la recherche des internes. [...] Dausset estime que, à côté de l'internat en médecine et en chirurgie, il y a la place pour un internat en biologie. Pour M. Jacob, les fonctions d'interne et celles de chercheur, qui doivent être à plein temps, sont incompatibles. Comment concilier les études à plein temps dans le cadre hospitalier et la préparation des certificats en dehors de l'hôpital* » (*ibidem*).

A l'occasion de l'audition de professeurs des hôpitaux de Paris, dans le cadre du Comité interministériel du 20 décembre 1956, la question de la recherche et de sa place par rapport à la clinique est à nouveau évoquée : « *à l'heure actuelle, il faut donner la priorité à la clinique mais remplacer le stage de première année par une formation aux sciences fondamentales ; l'hôpital doit devenir un centre de recherche* »⁹.

Dans l'argumentaire de l'avant projet de loi relatif à la réforme de l'enseignement médical dans le cadre du Comité interministériel de juillet 1957, il est affirmé que « *l'hôpital n'est plus, surtout dans une ville universitaire, un établissement charitable où les indigents étaient abrités et nourris [...]. Cet hôpital moderne est aussi un centre d'enseignement et de recherche médicale* »¹⁰. Dans ce même document, ce qui a trait à la formation à la recherche est argumenté : « *actuellement, il n'y a pour les chercheurs médicaux ni formation particulière, ni carrière possible. Il est indispensable d'y porter remède par une première série de mesures visant l'enseignement médical, [...]*

Recherche et Perspectives

la formation scientifique de base qui occupera la plus grande partie du temps des étudiants en première et deuxième année.[...]. Favorisée par l'accent mis sur l'enseignement scientifique de base au début des études médicales, la préparation à la recherche sera réalisée au cours d'un troisième cycle d'études »¹⁰.

Discussion

A la lecture des différents débats, on peut se poser la question de savoir si la problématique de fond a véritablement été débattue. De quoi s'agit-il ? Le débat repose en fait sur des présupposés qui ne sont pas discutés sur le fond. On peut, sans craindre de provoquer une polémique, affirmer que les études de médecine et le métier de médecin nécessitent des habiletés en matière scientifique et en matière « humaniste/relationnelle ». En revanche, on peut s'interroger sur le présupposé, jamais explicitement étayé par des références à des études portant sur ce sujet, qui voudrait que les élèves issus de formations scientifiques soient moins aptes que les autres à épouser une vision humaniste, sans préjuger du fait que, de surcroît, la formation scientifique jusqu'au milieu du XX^e siècle ou dans la deuxième partie de ce siècle recouvre respectivement des contenus substantiellement différents. La vraie question est de savoir si les individus issus de filières distinctes sont différents en raison de caractéristiques individuelles acquises préalablement ou si c'est la formation qu'ils ont reçue qui les rend différents. Dans cette dernière hypothèse, on peut alors envisager que le contenu du programme de formation peut servir de remède. De ce fait, on peut se demander à quel objectif précis peut répondre la volonté affichée de recruter plus d'étudiants en médecine titulaires d'un baccalauréat littéraire, tentative qui a échoué. Si on considère qu'ils ont des qualités intrinsèques que ne peuvent pas acquérir les autres étudiants, et que ces qualités sont nécessaires à l'exercice de la médecine, alors la prise en charge future de la population ne sera pas équitable, partagée qu'elle sera entre des médecins qui correspondent à ce que l'on attend (les littéraires) et les autres (les scientifiques), sauf à penser que la diversité des métiers médicaux permettra aux « scientifiques » de trouver une voie professionnelle plus scientifique, laissant aux autres la médecine « humaniste », ou à considérer que, de la diversité des promotions, naîtra une dynamique susceptible de faire évoluer les « scientifiques » vers une vision plus humaniste. L'autre question qui n'a pas été abordée dans ce travail concerne le choix des termes employés (scientifique, littéraire, humaniste) et des contenus qu'ils sous-tendent en

matière de formation d'une part, et en matière de comportement professionnel, d'autre part. Aujourd'hui, on peut poser la question de savoir si l'opposition se situe entre scientifiques et humanistes, tel que cela est évoqué par Michel Serres⁵ ou bien entre sciences expérimentales et sciences humaines et sociales.

En fait, bien que cela n'ait été qu'effleuré (par R. Debré dans son texte au Comité médical de la résistance, qui parle des « qualités de finesse clinique » de la médecine française), la question renvoie au débat pascalien sur l'esprit de géométrie et l'esprit de finesse. Ce qui caractérise la finesse, c'est qu'« il faut tout d'un coup voir la chose d'un seul regard, et non pas par progrès de raisonnement, au moins jusqu'à un certain degré »⁸. La façon dont la question est abordée fait supposer implicitement que ces deux types d'esprit ne coexistent pas de façon satisfaisante chez les étudiants, compte tenu de la façon dont ces derniers sont sélectionnés.

L'exigence de trouver un équilibre entre ces deux qualités, au moins au niveau d'une promotion d'étudiants, sinon de façon équilibrée et éclectique chez chacun d'entre eux, s'est traduite en France par l'introduction d'une épreuve de sciences humaines et sociales (comptant pour une part importante de la note) dans les concours de sélection des étudiants. Cette décision avait été saluée à l'époque par le président de la conférence des doyens, qui soulignait que « l'introduction bienvenue du programme des sciences humaines et sociales a permis d'apporter une touche plus humaniste à cette année de concours »⁹. On sait toutefois ce qu'il en sera. Cette épreuve supplémentaire, censée contrebalancer l'avantage conféré lors de la sélection par un cursus antérieur scientifique, n'a pas permis d'augmenter le recrutement des étudiants issus de filières littéraires¹⁰.

Conclusion

Les débats de la première moitié du XX^e siècle relatifs à la formation des médecins montrent que, devant le constat de l'évolution vers une médecine à caractère plus scientifique, les protagonistes sont partagés sur la conduite à tenir en matière de sélection des étudiants et de contenu de la formation. Ils font leur l'opposition pascalienne entre esprit de géométrie et esprit de finesse. De ce fait, ils opposent les étudiants qui ont obtenu un baccalauréat scientifique à ceux qui en ont obtenu un de nature littéraire, d'où la discussion sur les critères de sélection à l'entrée des études. Une autre discussion concerne le contenu de la formation elle-même et l'architecture du curriculum. Enoncer que le contenu de la formation doit être plus scientifique implique que l'on

Des médecins scientifiques ou littéraires ?...

en explicite la finalité (comprendre les sciences médicales ou devenir apte à la recherche ?). Quant à l'architecture du curriculum, le débat oppose les partisans d'une immersion précoce dans le monde hospitalier (les patients, les soins, au titre que la médecine s'apprend avec les aînés au lit du patient) et ceux qui veulent avant tout doter les étudiants d'un bagage scientifique leur permettant de s'adapter aux avancées de la science médicale. Historiquement, en France, le rapport de forces, qui dura plusieurs années, tournera à l'avantage d'un petit groupe de médecins chercheurs, certains futurs prix Nobel, emmenés par Robert Debré (*Encadré n° 4*). Aujourd'hui, le débat reste toutefois entier et dépasse largement nos frontières. On en veut pour preuve l'introduction de références à des compétences humanistes dans les référentiels de compétence médicale que certains pays essaient de promouvoir^{11,12}.

Contributions

Christophe Segouin a effectué la recherche documentaire, analysé les documents des archives et rédigé les versions successives du manuscrit. Stéphane David a apporté ses connaissances en matière de formation pour l'analyse des informations. Alexandre Lunel a contribué à l'analyse en apportant un éclairage historique et juridique sur la médecine en France. Brian Hodges a apporté, pour la discussion et la conclusion, son expertise en matière de recherche en formation médicale. Pierre-Henri Bréchat, Aude Le Divenah et Dominique Maillard ont fait des suggestions et des remarques aux différentes étapes de production du manuscrit. Dominique Bertrand a inspiré le travail

Encadré n°4 : La réforme « Debré » en France

La réforme dite communément « réforme Debré », du nom du professeur Robert Debré, fondateur de la pédiatrie française moderne et père du premier ministre Michel Debré, a été mise en œuvre en France grâce à trois ordonnances et un décret, promulgués en 1958. Elle mettait en place un ensemble cohérent de réformes de structure, qui touchaient à la fois les hôpitaux, les facultés de médecine et le contenu du curriculum de formation médicale. La réforme de l'enseignement accroissait le rôle des facultés de médecine (au détriment de celui des facultés de sciences) dans la préparation du certificat de physique, chimie et biologie, dont l'obtention était nécessaire pour poursuivre des études médicales. Elle renforçait la formation scientifique et créait un cycle préparatoire à la recherche accessible sur la base du volontariat dès la fin de la 4^e année. Par ailleurs, elle instaurait des stages obligatoires à l'hôpital au contact des malades, dès les premières années d'études. La réforme créait un statut de médecin hospitalier universitaire, permettant à ceux qui avaient des fonctions hospitalières, d'enseignant et de chercheur de se retrouver dans un statut unique et cohérent, ceci ayant entre autres pour objectif de mettre fin à la dualité des enseignements prodigués à l'hôpital et à la faculté de médecine. Pour permettre cette collaboration entre hôpital et université, la loi créait les centres hospitalo-universitaires (CHU), en liant par contrat les centres hospitaliers régionaux concernés avec les facultés de médecine.

Références

1. Segouin C, Bréchat P-H, David S, Hodges B, Maillard D, Bertrand D. Sélection de étudiants en médecine : une procédure influencée par l'histoire et par la culture. Sous presse in : Presse Méd 2007.
2. 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.
3. Chabot JM. L'entrée en médecine. *Rev Prat* 2006; 56:1459-60.
4. Picard J-F. Les réformes de l'enseignement de la médecine à travers les archives du Ministère de l'Éducation Nationale (1905-1970). 2007 (Mise à jour). [On-line] Disponible sur : <http://picardp1.ivry.cnrs.fr/lensmed.html>
5. Serres M. L'éducation médicale vue par un philosophe. *Pédagogie Médicale* 2006;7:135-41.
6. Flexner A. *Medical Education in United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching 1910;85.
7. Maillard D, Blanchet F, Coquide M. Conceptions de la science chez des étudiants en médecine français. *Pédagogie Médicale* 2003;4:73-9.
8. Pascal B. Pensées. In : *Œuvres complètes* (éd. Michel Le Guern). Coll. Bibliothèque de la Pléiade, Paris : Gallimard, 1998-1999.
9. Roland J. Formation des médecins. Les médecins aujourd'hui en France. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)* 2000;n°32:24-6.
10. Debouzie D (Pdt.). Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé. Rapport à l'attention de Monsieur le Ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et de Monsieur le Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.
11. 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>
12. 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>

Manuscrit reçu le 19 février 2007 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 11 mai 2007 ; accepté pour publication le 25 juin 2007.