

# Etudes de santé, remise à plat bienvenue et/ou réforme illisible ?

**Une chose est sûre : il y avait une demande pour une réforme des études de santé** « Depuis des années, les associations d'étudiants en médecine, rappelle le Professeur Natacha Teissier, demandaient la disparition du concours et du numerus clausus en première année, ainsi que du concours de l'internat qu'ils trouvaient injuste : le mode de sélection leur semblait arbitraire et ne favorisait que les profils scientifiques, formatés à répondre aux QCM. » Et pourtant, à l'arrivée, la satisfaction n'est guère au rendez-vous avec des étudiants souvent désorientés par une réforme qui a tardé à voir le jour, dont le moral est au plus bas et dont certains estiment injustes les résultats des nouvelles épreuves au point de les contester devant le juge administratif... Alors, où est le problème ?

**D'un côté bien sûr, comme l'observe le professeur de médecine et conseiller d'Etat, Lionel Collet,** « cette réforme majeure intervient dans un contexte marqué par les difficultés intrinsèquement liées à la pandémie, avec notamment des cours en distanciel ce qui est pénible pour les étudiants aussi bien que pour les enseignants. »

**... Ce qui n'empêche pas, d'un autre côté, de se poser de très nombreuses questions. Des questions qui fâchent. Celle de savoir si la notion de sécurité juridique a encore la moindre valeur quand on voit l'instabilité réglementaire qui a prévalu ces dernières années sur le sujet. Celle de savoir dans quelle mesure la réforme est une usine à gaz. Celle de savoir à quel point il aurait pu en être autrement, le parcours des études de santé n'ayant cessé de se compliquer depuis 10 ans. Celle de savoir dans quelle mesure on peut en France réformer quoi que ce soit sans parvenir à un système byzantin qui de toutes façons ne satisfera personne... Un tour d'horizon et que chacun de fasse son idée.**

## Une réforme de (très) longue haleine...

**Annoncée en 2017, la réforme des études de médecine devait aller vite. En fait, elle aura duré tout le quinquennat ; et à dire vrai, beaucoup plus même, depuis presque 10 ans. En multipliant les promos crash-tests ?**

On aimerait dire que « tout commence en 2019 », mais c'est faux. Pour le troisième cycle, les choses étaient lancées bien avant et les décrets de réforme remontent à 2016. Quant à la première année des études de santé, cela faisait déjà près de 10 ans que le parcours des étudiants allait de réforme en réforme (lire encadré p. 38) quand [Emma-nuel Macron présente](#) en 2019 un de ces projets marketés dont cette majorité – et les pouvoirs publics depuis 15 ou 20 ans – ont le secret : le plan « ma santé 2022 » - un peu comme il y a « ma prime rénov' », pour les bâtiments, en somme...

Et pour « ma santé 2022 », l'objectif est clair : « Le système est absurde, et il nous faut donc le regarder en face. (sic !) Au même moment, nos entreprises cherchent des talents en biotechnologie, dans les laboratoires de recherche et cherchent ces mêmes compétences, j'ai exprimé sur ce point ma conviction de longue date, et les ministres m'ont proposé une rénovation complète des études de santé, et notamment médicales. Le numerus clausus sera donc supprimé pour cesser d'entretenir une rareté artificielle, et pour nous permettre de former plus de médecins avec un mode de sélection rénové, et de renforcer la dimension qualitative et le niveau de formation des études de santé.

### DANS LES PROCHAINS MOIS : COMBIEN ?

C'est ce travail que les ministres conduiront dans les prochains mois pour repenser, après les concertations indispensables, les études de médecine.

Comiquement ou non, pour un plan visant 2022, le Président de la République nuançait aussitôt : « ne nous leurrions pas sur l'efficacité immédiate d'un tel dispositif, nous subissons aujourd'hui les conséquences de décisions prises, il y a plusieurs décennies, (...) et nos décisions sur le numerus clausus auront un impact symétriquement dans 10 à 15 ans ; nous devons donc actionner tous les leviers aujourd'hui pour aller plus vite. » ([Déclaration sur la transformation du système de santé](#), à Paris le 18 septembre 2018)

Mais bon, la chose était dite.

« Dans les prochains mois » ; « aller plus vite ». C'était en septembre 2018. Où en est-on trois ans plus tard ?

### UN PROCESSUS LONG ET LOURD

Indubitablement, le calendrier s'est passablement étiré – en grande partie sans doute à cause de la crise sanitaire, même si certains jugeront que la crise a bon dos et que le problème tient aux difficultés de déploiement d'un monstre de complexité. Les optimistes se satisferont qu'il y ait maintenant une série de textes, à com-



mencer par la [loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé](#). Les pessimistes souligneront que leur nombre laisse précisément entrevoir cette complexité. Pour dire les choses clairement : oui, s'est étalée sur trois ans la publication d'une pléthore de textes juridiques, longs, complexes, bourrés de renvois les uns aux autres, qu'aucune institution, sauf erreur de notre rédaction, n'a pris la peine de centraliser pour les présenter d'une façon méthodique, claire et synthétique à un public d'étudiants et d'enseignants en médecine qui ont trop à

faire pour prendre le temps de se noyer dans ce labyrinthe. Jugez plutôt.

**R1C** – Contre toute logique (?) c'est la réforme du premier cycle qui a pris le plus de retard au point que [le magazine l'Étudiant évoque même un « fiasco »](#). Certes, cela avait commencé avec une salve de décrets et d'arrêtés publiés le 5 novembre :

- [Décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique modifiant les règles d'accès et mettant fin au principe du numéris clausus](#) (cf. ci-après)

- [décret n° 2019-1126](#), du même jour et

mars 2020, l'arrêté attendu n'est finalement intervenu qu'au 7 mai 2021. ([arrêté du 5 mai 2021](#) ; l'Étudiant avait rendu compte de ces difficultés dans son [article du 7 mai 2021](#)), tandis qu'il a fallu attendre le JORF du 17 septembre 2021 pour que soit publié l'[arrêté](#) définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025...

Reste à savoir si le calendrier et le covid sont les seuls en cause dans cette difficulté qu'a la mayonnaise à prendre.

**R2C** – La réforme du deuxième cycle des études médicales, et plus particulièrement la fin des épreuves classantes nationales informatisées (ECNi) a dû être repoussée d'un an, après que [les syndicats étudiants aient en mars 2019 fait remonter aux pouvoirs publics le « désarroi » de leurs mandants devant le retard pris par les textes d'application](#).

Elle vient donc seulement d'être mise en place à la rentrée 2021 avec [le décret n°2021-1156 du 7 septembre relatif à l'accès au troisième cycle des études de médecine](#). Mais cela ne signifie pas que tout était prêt. Pour preuve, le coup de gueule de l'ANEMF en octobre dernier, alors que, plus d'un mois après la rentrée, les étudiants de deuxième cycle n'avaient pas encore accès à toutes leurs fiches de révisions – une fiche par item dans le cadre du Livret de Suivi des Apprentissages (LiSA), destiné à guider l'acquisition des connaissances au long du deuxième cycle. Livret qui, lui aussi, devait être achevé pour la fin 2020...

**R3C** – Étonnamment, ce qui aurait pu apparaître comme le dernier étage de la fusée, la réforme du troisième cycle, enfin, pouvait sembler bien avancée puisqu'étaient pris de longue date :

- Le [décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation](#)

- [L'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine](#)

- [L'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations](#)



Penel, gustavo-fring

portant le même titre pour plus de clarté, texte réécrivant le code de l'éducation

- et [arrêté](#) encore du même jour et au titre identique

Seulement justement, aux termes de l'article 1<sup>er</sup> de ce dernier arrêté, « Les universités qui dispensent les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique indiquent l'ensemble des parcours qui permettent l'accès à ces formations, qu'ils soient proposés par elles-mêmes ou par des universités avec lesquelles elles ont établi des conventions. Elles indiquent également les groupes de parcours et le nombre minimal de places proposées dans chacun de ces groupes de parcours pour chacune des formations ». Or, alors que ces capacités d'accueil des universités devaient être précisées au 31

[spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine...](#)

Et pourtant... les choses n'étaient, malgré ces textes, pas pleinement abouties.

D'une part, incroyable mais vrai, ces deux arrêtés du 12 et du 21 avril 2017 ont depuis été significativement « patchés » :

- par un nouvel [arrêté du 2 septembre 2020 modifiant plusieurs arrêtés relatifs à l'organisation du troisième cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie et aux émoluments, primes et indemnités des docteurs juniors](#)

- Et, pour l'arrêté du 21 avril relatif aux maquettes, par [l'arrêté du 19 avril 2019](#) (voire notamment l'annexe 1 ; il faut, pour plus de commodité descendre au milieu de l'annexe pour trouver ce DES dont la maquette figure en dessous de celle du diplôme d'études spécialisées de neurochirurgie)...

D'autre part, tout cela n'a guère permis aux étudiants de disposer de perspectives claires sur l'organisation de leur cursus, ainsi que le relève Anne-Laure Hamel, qui achève son mandat de vice-présidente de la Société des jeunes ORL : « En ce qui concerne la réforme du troisième cy-

cle, nous sommes la première génération d'ORL à la subir. On peut même dire que nous la vivons chronologiquement, qu'elle se fait en même temps que nous avançons dans notre cursus et c'est assez stressant pour nous : nous avons l'impression d'être une promotion test. Nous avons déjà vécu, lors du deuxième cycle, la refonte de l'examen classant devenu examen final informatisé – avec les bugs que cela implique. Cela a déjà été un crash-test, et tout le monde a dû faire avec. » Et si la présidente de la SJORL se félicite plutôt de la philosophie générale de la réforme, elle n'en souligne pas moins les interrogations de taille qui demeurent pour les internes (lire p. 41 et suivantes)

Enfin, chacun jugera à la fois du bon sens – ou non – et des conséquences – graves ou non – de cet étalement de l'entrée en vigueur des réformes qui aura, sur le long terme, multiplié les promotions ayant chacune eu un parcours bien à elle...

En attendant, maintenant que sont rappelés l'essentiel du cadre juridique et temporel, essayons un focus sur la réforme propre à chacun des trois cycles.

“

*En ce qui concerne la réforme du troisième cycle, nous sommes la première génération d'ORL à la subir. On peut même dire que nous la vivons chronologiquement, qu'elle se fait en même temps que nous avançons dans notre cursus et c'est assez stressant pour nous : nous avons l'impression d'être une promotion test.*

**Anne-Laure Hamel**

”



# PREMIER CYCLE : Numerus apertus, PASS - LAS : un « fiasco » de com' ?

**La fin du concours et du numerus clausus en fin de première année occupe certes une place centrale dans la réforme. Mais cette dernière est loin de se réduire à cela et sa philosophie d'ensemble paraît être de fluidifier les parcours étudiants – sans couperet en cas d'échec au concours – et de multiplier les profils des professionnels de santé en ouvrant les carrières à d'autres filières par une procédure parallèle, et par la mise en place de mineures. Autant de mesures qui semblent avoir suscité, pour le moins, une certaine incompréhension... Explications.**

Il faut d'abord dire ceci : les modalités du concours qui achevait la « première année communes aux études de santé » s'étaient, depuis la mise en place cette PACES en 2010, attirées un flot de critiques, émanant notamment, mais pas uniquement, des étudiants. Des critiques doubles en fait.

D'une part, les nombreux étudiants qui échouaient deux fois au concours devaient recommencer un cursus à zéro sans pouvoir valoriser leurs acquis. Et d'autre part, les épreuves, jugées difficiles, reposaient sur un QCM privilégiant des connaissances pures – du par cœur davantage que des compétences pratiques pourtant nécessaires en médecine.

Bref, tout cela était vécu comme une injustice. Oh, bien sûr certains esprits réactionnaires diraient que l'étudiant doublement recalé ne devait pas avoir tellement acquis durant cette première année, étant donné son échec, mais passons. Que, pour beaucoup des syndicats étudiants, il y a toujours trop de travail et trop de sélection là où le diplôme devrait être un dû ; que le « par cœur » n'empêche pas la compréhension, voire pourrait la faciliter – et réciproquement ; que ce combat contre la connaissance pure et l'apprentissage relève d'un rejet de l'effort propres à une époque dans laquelle sous couvert d'égalité mécomprise, il ne se fait plus à un nul « Monsieur, vous êtes un nul ». Peu importe que les mêmes réacs soient probablement aussi ceux qui n'auraient jamais mis en place un exercice aussi bête, méchant et anglo-saxon qu'un QCM – ces vils dinosaures fascinants mais minoritaires ont perdu et l'heure est à l'écoute attentive : il fallait que quelque chose fut fait pour rendre mieux acceptée cette première année.

Eh bien ce « quelque-chose » qui devait être fait, outre l'abandon de l'inéptie des QCM, a pris (outre l'abandon des QCM) deux formes principales : la refonte de la PACES en PASS/LAS, d'une part, et la fin du numerus clausus, d'autre part. Deux politiques qui ont toutes les deux soulevé questions, critiques et inquiétudes, avec un écho suffisant pour que la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale se saisisse du sujet et mette en place d'avril à juin 2021 une « Mission flash » co-rapportée par les députés Valérie Bazin-Malgras et Benoît Potterie.

**EXIT LA PACES**  
En ce qui concerne d'abord la refonte de la première année commune aux études de santé (PACES) régie depuis 2010 par l'article 631-1 du code de l'éducation, le mouvement était largement entamé avec la foule d'expérimentations (lire encadré ci-contre) ouvertes avec l'article 39 de la

loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 – qui, déjà prévoyait le test sur 6 ans d'autres modalités d'admission (réorientation des étudiants, possibilité d'intégrer la deuxième ou la troisième année de médecine après un premier cycle adapté)... Mais, en réécrivant ces deux articles en 2018, l'article 1<sup>er</sup> de loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a franchi une nouvelle étape. Afin, résumait le député Benoît Potterie en présentant son rapport le 14 avril, de « permettre un parcours de progression ininterrompu même en cas de non-admission en deuxième année d'études de santé », « deux voies principales ont été créées » :

■ « une voie dite PASS, pour parcours d'accès spécifique santé, dans lequel l'étudiant doit choisir une mineure dans un domaine autre que celui de la santé, et vers lequel il se réorientera éventuellement s'il n'est pas admis en 2<sup>e</sup> année d'études de santé, mais valide son année universitaire » ;

■ « une voie dite LAS, pour licence accès santé, ressemblant à une licence classique à laquelle s'ajoute une mineure santé, et à l'issue de laquelle l'étudiant peut soit être admis en deuxième année d'études de santé, soit poursuivre sa licence. »

Et, poursuit le député « à l'issue de la première année, un étudiant de PASS ou de LAS qui n'est pas admis en études de santé, mais qui a validé ses crédits universitaires est admis en deuxième année de LAS (LAS-2). A la fin de cette LAS-2, il peut tenter une seconde fois d'intégrer la deuxième année d'études de santé. Il peut également conserver cette deuxième chance pour l'exercer à la fin de

la troisième année de LAS (LAS-3). S'il n'existe pas de redoublement à proprement parler, il y a donc bien une seconde possibilité d'accéder à la deuxième année d'études de santé. »

Voilà pour la réforme, qui suscite des analyses nuancées. Ainsi, pour la Professeure Natacha Teissier, « ce système, assez complexe, ne me semble pas aller de soi.

“

*L'idée semble être d'ouvrir la médecine à d'autres profils, peut-être plus littéraires. Cependant, à moment donné, ces profils devront quand même être confrontés à ce que la médecine moderne contient de mathématiques, et de sciences très pointues ; il est nécessaire d'avoir acquis au préalable les bases scientifiques pour que les notions médicales soient assimilées.*

Natacha Teissier

”

## RIP QCM

Désormais, la sélection se fait sur le fondement d'un dossier rassemblant les notes obtenues au cours de la première année (PASS ou LAS) et le cas échéant sur des épreuves complémentaires écrites ou orales.

L'inventeur du QCM semble être le sieur Frederick J. Kelly, de l'Institut de formation des enseignants du Kansas (source : Davidson, C. N. (2011). Now you see it. How the brain science of attention will transform the way we live, work, and learn. New York: Viking.)



Natacha Teissier

## DE LA PACES AU PASS, LE PARCOURS CHAHUTÉ DES ÉTUDES DE SANTÉ

Le dispositif de la PACES est régi par [l'article L.631-1 du code de l'éducation](#). Si ce dernier est resté stable du 1<sup>er</sup> octobre 2010 au 1<sup>er</sup> septembre 2020, cela n'a pas empêché la multiplication des réformes et la dispersion géographique des dispositifs explicitement présentés comme expérimentaux.

**2010** : fin du Premier Cycle d'Études Médicales (PCEM), avec la mise en place de la Première Année Commune aux Études de Santé (Paces) – regroupant donc médecine, pharma, maïeutique et odontologie. La réforme prévoyait aussi l'instauration de passerelles d'accès en deuxième et troisième année pour chacune des quatre filières (voir pour faire court [le communiqué à l'époque diffusé par les services de Valérie Péresse, alors ministre de l'enseignement supérieur](#)).

**2013** : Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche. [L'article 39 de cette loi](#) prévoit, d'expérimenter pour six, puis pour huit ans :

- une réorientation des étudiants de la première année commune aux études de santé à l'issue d'épreuves organisées au plus tôt huit semaines après le début de celles-ci, portant sur les enseignements dispensés au cours de cette période
- une admission en deuxième ou en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de maïeutique après une à trois années d'un premier cycle universitaire adapté

conduisant à un diplôme national de licence. Concrètement, cette mesure va donner lieu à l'expérimentation de « l'Alter-Paces » permettant à des étudiants de licences d'autres disciplines d'intégrer les études de médecine directement en 2<sup>e</sup> année, moyennant la validation d'enseignements complémentaires. A noter que l'expérimentation a créé des situations très diverses dans le temps et l'espace. Si René Descartes se lance dès 2014, le dispositif sera lentement déployé ensuite par les universités – par exemple, [à Rennes, en 2017](#). L'idée était déjà de ratisser large puisque, pour rester sur l'exemple de Rennes,

pouvaient suivre ce parcours des licenciés de physique-chimie, mathématiques, informatique, droit, économie-gestion, philosophie, psychologie, sociologie, STAPS, histoire, MIASHS, AES, géographie et aménagement ou science de l'éducation... Et cela avec 2 UE complémentaires à valider. Mais à l'université de Tours en 2019, les disciplines sont différentes et ce sont 4UE qu'il faut valider...

**2018** : la [loi du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants](#) modifie l'article 39 pour ajouter aux expérimentations prévues en 2013 celle d'une « PACES adaptée » pour, aux termes de la loi « permettre aux étudiants qui ont validé cette première année mais n'ont pas été admis en 2<sup>e</sup> année des études médicales de poursuivre leurs études dans des formations conduisant à un diplôme national de licence ou à un autre diplôme de l'enseignement supérieur. » La logique était donc déjà celle d'une PACES sans redoublement permettant à un étudiant

qui échoue au concours mais obtient la moyenne en PACES d'entrer directement en deuxième année de licence poursuivre ses études dans une autre discipline. Puis, après une licence étoffée de certaines uni-

tés d'enseignement médicales, de tenter d'accéder une nouvelle fois à la deuxième année de médecine. Quatre universités – trois parisiennes, et Bretagne Sud – ont dans un premier temps expérimenté le dispositif – non sans que cela pose des problèmes de transition entre les deux systèmes... d'autant que, pour clarifier davantage les choses, il fallait articuler le dispositif avec Alter-Pass...

**2020** : fin de la Paces au profit du système dual PASS/LAS, qui fait finalement la synthèse des expérimentations précédentes. Non sans mal ?



Adobe Stock

L'idée semble être d'ouvrir la médecine à d'autres profils, peut-être plus littéraires. Cependant, à moment donné, ces profils devront quand même être confrontés à ce que la médecine moderne contient de mathématiques, et de sciences très pointues ; il est nécessaire



Lionel Collet

d'avoir acquis au préalable les bases scientifiques pour que les notions médicales soient assimilées et être rompu au rythme de travail que les études de médecine imposent. Par ailleurs, la réforme systématise la mise en place de mineures - en droit, physiques, mathématiques – des matières qui ne seront probablement pas utiles pour la suite, alors qu'elles constituent un élément sélectif majeur : certains étudiants qui avaient brillamment réussi sur leurs matières de majeure en médecine se sont retrouvés recalés sur leurs résultats d'épreuves de validation de leur mineure ».

Tandis que Lionel Collet réagit : « Cela ne me paraît pas choquant. Personne ne contestera je pense que biologie et statistiques servent quotidiennement pour comprendre les choix thérapeutiques. Quant aux sciences humaines, il y a le précédent de certaines universités américaines qui exigent qu'un certain pourcentage d'étudiants viennent de ces filières et il n'est pas établi qu'ils deviennent de moins bons médecins.

Enfin, s'agissant du droit, il est certain que tout le monde n'en aura pas un usage quotidien, mais aujourd'hui, posséder des notions de droit en santé publique, ainsi que sur la dignité humaine et ce qui touche au respect du corps humain, est indispensable à l'exercice d'une profession de santé. Bien souvent, c'est le droit qui apporte la réponse à des questions de pratique. C'est important alors que faire prêter le serment d'Hippocrate n'est pas une obligation pour les facultés. Je ne sais pas s'il faudrait ou non créer des cours obligatoires d'éthique médicale, mais il est absolument essentiel que les médecins de demain sachent ce que comporte le code de déontologie. »

### NUMERUS APERTUS : UN ACCUEIL PLUTÔT FERMÉ

En ce qui concerne ensuite la refonte du numerus clausus, c'est le [décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019](#) qui renonce au numerus clausus pour y substituer un numerus apertus c'est-à-dire :

sans pour autant mettre un terme à la régulation de la démographie médicale. Désormais, « les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle sont déterminées annuellement par les universités », sur la base d'« objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle », ces derniers étant soumis à l'avis conforme des ARS et fondés sur :

■ « Des objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former établis par l'Etat » (quand même)

■ Les capacités de formation (le fameux



*Posséder des notions de droit en santé publique, ainsi que sur la dignité humaine et ce qui touche au respect du corps humain, est indispensable à l'exercice d'une profession de santé. Bien souvent, c'est le droit qui apporte la réponse à des questions de pratique.*

**Lionel Collet**





décret sur les places en université qui a mis tant de temps à paraître) et les besoins de santé du territoire. La réforme n'a pas manqué de susciter de multiples mécontentements. Premièrement car ses promoteurs n'avaient manifestement pas anticipé la difficulté à centraliser et mettre en face les besoins locaux, les capacités des facs, et la définition d'objectifs crédibles. On pourrait certes dire que c'est le bon sens même que de procéder ainsi, mais si on n'y a pas réussi depuis 30 ans, il doit bien y avoir des raisons... Deuxièmement, parce qu'un numerus apertus n'est pas du tout, mais alors pas du tout ce qu'espéraient les étudiants. Au cœur des protestations, l'Association nationale des étudiants en médecine de France, dont la vice-présidente dénonçait dans les colonnes de l'Etudiant « un effet d'annonce ». « La fin du numerus clausus ne signe pas la fin de la sélection puisque les capacités d'accueil des universités restent limitées ».



Troisièmement, devait fatalement (?) se poser la question de la répartition entre PASS et LAS. Avec à l'arrivée un dispositif que synthétisait Benoît Potterie le 14 avril, « la répartition des places ouvertes entre les parcours prévoit, à terme, qu'aucune des deux voies mentionnées ne peut représenter plus de 50 % des places. Elle prévoit que 30 % des places au moins doivent être réservées aux étudiants ayant obtenu 60 crédits ECTS soit à la fin de leur première année de PASS ou de LAS, et 30 % aux étudiants ayant obtenu au moins 120 crédits à la fin de la deuxième année ou de la troisième année de licence. Cependant, une certaine souplesse a été admise

pour cette période de transition. Ainsi, de manière provisoire pour cette année universitaire et la suivante, les universités sont autorisées à déroger à cette répartition selon des quotas fixés par arrêtés, la plupart ayant obtenu de réserver 70 % des places au PASS et 30 % au LAS. » Soit mais cela n'a pas empêché les cafouillages. Des gros. Alors qu'un premier arrêté du 25 janvier réservait la majorité des places en deuxième année aux redoublants de la dernière « PACES », cinq étudiants de première année s'estimant lésés l'ont, fin avril, attaqué avec succès en référé suspension au Conseil d'Etat. (De quoi, aussi, pour les ministres, réfléchir à la nécessité que les étudiants en médecine développent leurs compétences en droit ?) Le Gouvernement a dû reprendre un arrêté le 5 mai et promettre une augmentation de 20 % du nombre des admissions en 2<sup>e</sup> année... Mais 15 universités sur les 31 concernés n'ont pas tenu cet objectif. Conséquence : les articles 1 à 3 de l'arrêté du 5 mai ont été annulés en juillet par décision du Conseil d'Etat. Cette fois, pas de nouvel arrêté nécessaire, mais de nouvelles délimitations obligatoires dans les 15 universités mises en cause pour atteindre un taux d'augmentation de 20 % de leurs capacités d'accueil en 2<sup>e</sup> année pour les étudiants issus de LAS et de PASS répartis, selon les décisions des établissements, dans chacune des filières de médecine, odontologie, pharmacie... Une action en justice qui donne aussi, pour les ministres, à réfléchir sur les conséquences qu'il y a à donner aux étudiants en médecine des lumières en droit ? En tous cas, le bilan de la mission flash transpartisan de l'Assemblée nationale est sans appel : une communication loupée (lire encadré ci-contre). Dommage, ne serait l'extrême complexité du détail et de la mise en œuvre, domine quand même l'impression que les grandes lignes font sens...

« La communication associée à la réforme, centrée sur l'annonce de la suppression du numerus clausus, a fait naître le faux espoir d'une moindre sélectivité de ces études, dont il n'a pourtant jamais été question. La publication du seul numerus clausus résiduel pour les doublants de PACES, dissociée de la publication du numerus dit « apertus » pour les nouveaux bacheliers a, par la suite, suscité une incompréhension, qui n'a pu être résorbée du fait du retard avec lequel les universités ont pris les décisions déterminant le nombre de places en 2<sup>e</sup> année de santé. » [Conclusions de la mission Flash](#) de Benoît Potterie et Valérie Bazin-Malgras

## DEUXIEME CYCLE : Au-delà de la fin des ECN, les interrogations sur la suite

**Alors que la réforme du deuxième cycle (R2C) est chronologiquement la dernière à s'engager après la R3C en 2017 et la R1C en 2019 (lire p. 36), les choses semblent, malgré le retard pris, pour l'heure moins laborieuses que pour le premier cycle. Il faut dire d'une part que la réforme de la pédagogie - qui, comme pour le troisième cycle, fait la part belle à la mise en situation et à la simulation (lire p. 44) - a dans l'ensemble les faveurs des étudiants, et d'autre part que la réforme des programmes n'a pas encore abouti. Quant à l'abandon des épreuves classantes nationales, si ces dernières faisaient l'unanimité contre elles, le nouveau système dit de matching et les modalités d'évaluation ne font pas encore l'unanimité...**

De la réforme du deuxième cycle, toute fraîche, il faudra sans doute que nous reparlions dans ces colonnes. D'abord, pour pouvoir interroger, lorsqu'ils auront pu prendre un peu de recul dessus, des représentants des premières promotions à avoir expérimenté les nouvelles méthodes pédagogiques en cours de déploiement. « A titre d'exemple de ces nouvelles méthodes, relate Anne-Laure Hamel, j'étais au dernier semestre « hors spécialité », et j'ai pu assister sans y prendre part à la mise en place d'une formation aux examens cliniques, objectifs et structures. Des acteurs jouent le rôle des patients pour mettre les étudiants face à des situations cliniques, et cela peut être à la fois le cadre d'une formation ou d'une évaluation de l'étudiant. C'est en cours de mise en place dans le cadre de l'APHP ; mais j'ignore à quel point cela est ou n'est pas développé partout. » Ensuite, parce que la réforme des programmes, la diversification docimologique et l'organisation des connaissances théoriques sont encore en cours - et semble-t-il aussi, parfois en cours d'acquisition par les enseignants eux-mêmes. Ainsi, explique Anne-Laure Hamel, « certains éléments

docimologiques - comme les TCS (tests de concordance de script visant à évaluer la réponse du professionnel de santé en situation d'incertitude) - restent ou semblent rester purement théoriques. A chaque question posée, on se demande si cette question va aider ou non le professionnel de santé à prendre sa décision. Ce n'est pas aisé à mettre en place même pour les enseignants. La plupart d'entre eux sont des chefs de clinique qui dédient une part de leur temps à l'université, et ne sont pas bien formés à cela. »

### RÉORGANISATION... ET PONDÉRATION...

De même, des interrogations demeurent sur la réorganisation des connaissances qui est en cours de refonte. « Aujourd'hui, poursuit la vice-présidente du SJORL, les programmes se structurent en items, en grands chapitres, établis plus ou moins « dans leur coin » par chaque collège des spécialités. L'idée est de tout réorganiser pour parvenir à un vrai référentiel qui serait structuré en trois rangs de connaissances : connaissances « socle » de rang A, exigibles de tout médecin ; connaissances de rang B,

relevant de la pratique courante d'un grand nombre de spécialités et de ce fait indispensables pour le premier semestre de l'internat ; enfin, connaissances de rang C, qui relèvent du spécialiste ».

L'idée est que seules les connaissances de rang A et B soient apprises durant l'externat, afin d'alléger le programme d'un tiers environ.

En principe, ce nouveau programme, figurant dans le Livret de suivi d'apprentissage (LiSA), devrait répondre aux reproches adressés par les syndicats étudiants à l'ancien ECN surtout depuis qu'en 2017 une promo entière de DFASM3 au dû repasser une journée d'épreuves sur les trois jours devant déterminer la suite de leur carrière :

pour l'ANEMF, « l'ECN sacralise l'apprentissage des connaissances de sur-spécialisation, sans limite et surtout sans objectif clair. Tout cela entraîne encore actuellement un bachotage intense des étudiants de la quatrième à la

sixième année, cela au détriment des stages cliniques. »

Reste cependant à savoir comment les choses vont se passer concrètement. Cela s'esquissait novembre 2019 dans une [note d'information](#) de la Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine, qui précise en outre : « Un taux minimum de validation des questions correspondant au rang A sera nécessaire pour participer à la procédure de matching. Les connaissances de rang B impacteront la réussite des étudiants lors de cette procédure. » Ce dernier point impliquant bien sûr une pondération des connaissances de rang B en fonction de la spécialité à laquelle on se destine (lire infra).

### L'ECN EST MORT, VIVE LE « MATCHING »

Ce qui, au-delà des programmes et de la pédagogie, amène au troisième aspect de la réforme, que Lionel Collet résume en une

phrase : Ce qui, au-delà des programmes et de la pédagogie, amène au troisième aspect de la réforme, que Lionel Collet résume en une phrase : « Il n'y a plus d'épreuve classante nationale unique », avant d'expliquer : « jusqu'ici et depuis 2004, il y avait un examen classant national et le choix par l'interne d'une subdivision d'affectation. La discipline d'affectation se déterminait alors en fonction de cet ECN et des quotas déterminés pour chaque discipline par un arrêté annuel. C'était un examen et non un vrai concours, et l'on était donc « reçu » quelle que soit la note. Cela pouvait soulever des interrogations quant à la compétence sur les candidats qui arrivaient en toute fin du classement.

Désormais sont prévus en sixième année un examen des connaissances et un examen des compétences, pour les étudiants ayant validé la deuxième année du deuxième cycle des études médicales, et l'étudiant pourra, selon les notes obtenues et son parcours professionnel, accéder au troisième cycle et choisir sa spécialité et sa subdivision. Un étudiant en médecine qui souhaiterait être ORL, obtiendra des points en plus s'il a eu, pendant ses années d'études, un parcours professionnel personnel comportant des stages en ORL ou des travaux personnels sur l'audiologie ou la laryngologie.

Ainsi, il n'y a plus un unique classement, mais des dizaines de classements selon les spécialités. »

### QUESTIONS EN SUSPENS...

Les choses étant ainsi présentées, restent quelques interrogations. Citons-en trois.

D'une part, concernant le rôle pondérant (et donc classant) ou non du parcours que semble évoquer Lionel Collet, et auquel l'ANEMF est clairement opposé.

D'autre part, on est quand même tenté de souligner qu'in fine, il y a un examen composé d'une note validante (connaissances de rang A) et d'une note classante (connaissances de rang B), et que cela ressemble donc beaucoup à un ECN. Et comme le fait observer Anne-Laure Hamel, « dans tous les cas, il existera toujours une dimension concours dans cet examen, puisqu'il continue de classer les gens. Mais tout le monde est pris, la seule question c'est où et pour faire quoi. »

Enfin, poursuit Anne-Laure Hamel, il y a ce sujet de la pondération variable des connaissances selon la spécialité « Cela peut paraître intuitif, mais semble complexe à mettre en place. L'ennui, c'est aussi

que ceux qui savent d'avance ce qu'ils ont envie de faire seront, pour s'orienter dans ce qu'ils mémorisent du rang B, sans doute avantagés sur ceux qui feront leurs choix plus tardivement... »

Sur ce point, la vice-présidente du SJORL

système qui laisse davantage de temps aux internes pour mûrir leur choix. Cela étant, d'une part, certains jeunes savent d'emblée ce qu'ils veulent, et la réforme est parfaitement adaptée à eux. Et d'autre part, il me semble que la réforme de l'accès laisse

du temps aux gens qui veulent mûrir leur intérêt avant d'entrer en troisième cycle... »

Et le Conseiller d'Etat de conclure « Surtout, il faut être conscient que le système antérieur d'examen classant national soulevait des difficultés profondes. La réforme tente d'apporter des réponses à ces difficultés, alors il semble un peu incohérent de se plaindre dans le même temps du système antérieur et des nouvelles modalités. Je crois que nous sommes dans le bon sens de l'histoire pour ce qui concerne les études

## EN 2 MOTS

L'ECN devient un « matching » avec une note finale attribuée à l'étudiant reposant sur

- épreuves dématérialisées nationales (EDN) : 60 % de la note
- examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) 30 % de la note
- le parcours de l'étudiant – 10 % de la note.

A l'ancien classement unique se substitue un classement par spécialité.

semble rejoindre Natacha Teissier pour qui en santé. »

« ce système de pondération impose un choix dont la précocité pèse lourdement sur le troisième cycle ». Auparavant, se souvient-elle « le choix de la spécialité se définissait en fin de 4ème semestre. Au terme de cette période, l'interne devait avoir consacré l'un de ces semestres à la spécialité de son choix. Cela leur permettait de faire leur choix sur le fondement d'une expérience. Depuis quelques années, les spécialités sont filiarisées avec un début d'internat d'emblée dans la spécialité, ce qui oblige le futur interne à la sortie de l'examen classant national. Les étudiants vont désormais devoir choisir en 5ème année de médecine : le choix de la spécialité aura un impact sur la pondération des examens. C'est peut-être un peu dommage car ils n'ont pas encore eu l'opportunité de découvrir de nombreuses spécialités à ce moment-là de leur parcours. Je sais en tous cas que personnellement, je n'aurais probablement pas choisi l'ORL avec cette nouvelle formule. »

« C'est peut-être remonter un peu loin, la filiarisation de l'internat ayant eu lieu en 2004, nuance Lionel Collet. Depuis cette date, celui qui rentrait en première année d'internat devait avoir choisi sa filière, même s'il y avait un droit au remord en fin de première année d'internat. Mais sur le fond, je suis d'accord avec cette observation : il est toujours préférable d'avoir un

“

*Dans tous les cas, il existera toujours une dimension concours dans cet examen, puisqu'il continue de classer les gens. Mais tout le monde est pris, la seule question c'est où et pour faire quoi.*

**Anne-Laure Hamel**

”



# TROISIEME CYCLE : Remplacements, responsabilité, matching : les incertitudes qu'il faudra lever



**Commencée plus tôt, et encore en cours de déploiement, la réforme du troisième cycle aura avancé lentement, bien qu'avec peu de heurts. Reste une angoisse évidente des étudiants devant les points d'interrogation que représentent la fin de l'internat et « l'entrée dans la vie professionnelle à part entière ». Ceux qui aiment à manier l'art de déplaire tendront sans doute à penser que c'est le lot de toutes les générations et de toutes les profes-**

**jeunesse décidément demandeuse de certitudes plus que d'aventure. Cela n'empêche pas de regarder les problèmes en face.**

Un premier constat, lorsque l'on interviewe Anne-Laure Hammel, est que les internes semblent assez neutres, ou partagés, sur cette réforme. « Quelques aspects sont positifs, mais cette réforme nous apporte surtout pour l'instant de l'incertitude et nous demande une capacité d'adaptation supplémentaire. Nous restons dans l'expectative, surtout dans la dernière phase. »

Certes, ils sont en phase avec la philosophie générale du suivi pédagogique introduite par la réforme. Pour Anne-Laure Hamel souligne ainsi comme « un point très important, qui résume l'idée de fond de la réforme ; la volonté d'autonomiser graduellement l'interne et d'organiser sa formation dans un projet

professionnel personnel, avec, dès la première année de l'internat, un cadre pour définir d'emblée ce projet, un contrat de formation. Auparavant, l'interne devait se créer son parcours au fur et à mesure en fonction de ses appétences et des opportunités qui s'offraient à lui. »

Mais la vice-présidente de la SJORL « insiste sur le fait que cela reste compliqué à mettre en place et, notamment la fameuse définition du contrat de formation dès la première année. On est censés revoir ce contrat de formation avec le coordonnateur, le réviser au fur et à mesure que notre bagage croît et que nos souhaits se précisent. La personne qui nous encadre est censée en discuter avec nous. On l'a

eu un peu. En pratique, on rencontre le coordonnateur. Ce que l'on dit est assez succinct et il est difficile au bout de six mois de dire : je sais ce que je veux faire. » Par ailleurs, « les portfolios en ligne ne sont pas encore opérationnels. C'est dommage, c'est une bonne chose. » Mais on est loin des difficultés rencontrées sur la R1C.

Mais c'est dans le détail, et plutôt sur la fin du troisième cycle réformé et découpé en trois phases, que portent les questions ou les inquiétudes. La première phase, « socle » ne semble pas soulever de difficulté particulière. « C'est une phase d'acquisition des connaissances de base de la spécialité ; deux semestres (sauf pour la biologie médicale, ndlr) durant lesquels l'interne accède à un stage de sa spécialité choisi à l'ECN, et un deuxième stage hors spécialité, mais dans une spécialité qui reste « connexe », présentant des points pouvant être intéressants à maîtriser pour un ORL », explique Anne-Laure Hamel, qui se félicite : « j'ai un semestre en chirurgie vasculaire puis un semestre en ORL. Auparavant, les internes n'avaient pas forcément la possibilité de passer dans leur spécialité dès la première année, là, oui. »

Puis vient la phase 2, d'approfondissement, qui dure deux à trois ans selon les spécialités – trois années chargées en ORL puisque c'est à que l'étudiant doit réaliser sa thèse, tandis que la maquette prévoit six stages : quatre stages dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en ORL et CCF dont au moins un dans le secteur d'explorations fonctionnelles ; un stage libre ; et un stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en neurochirurgie, en chirurgie maxillo-faciale, en chirurgie thoracique et cardiovasculaire, en chirurgie vasculaire, en chirurgie plastique, reconstructrice et réparatrice et à titre complémentaire en ORL et CCF.

Or c'est dans cette phase d'approfondissement qu'ont, pour les étudiants qui réalisent en ce moment même leur internat, surgi de premières vraies interrogations. Si la première qui touchait aux remplacements mé-

## NOUVELLE PÉDAGOGIE

Pour Anne-Laure Hamel, « les internes sont en phase avec les objectifs poursuivis, qui visent à dispenser aux futurs professionnels de santé un bagage qui ne soit pas fondé sur un enseignement théorique pur et dur qu'il faudrait ingurgiter de force, mais sur un apprentissage plus didactique et faisant davantage participer les étudiants via des mises en situation ou des simulations. » De quoi s'agit-il ? Réponse dans l'article 5 du décret du 21 avril : « L'utilisation de méthodes pédagogiques innovantes dans le cadre d'une approche par compétences et adaptées aux caractéristiques des étudiants concernés est encouragée. »

Sont notamment privilégiés :

- l'enseignement à distance asynchrone utilisant des modalités différées d'apprentissage ; d'évaluation et d'échange d'information ;
- l'apprentissage mixte, dans une modalité de classe inversée ;
- les méthodes de simulation en santé comprenant des techniques de simulation organiques, synthétiques ou électroniques, ou relationnelles ;
- l'apprentissage en contexte professionnel réel sur la base de séances de débriefing avec rétroaction ;
- les groupes d'échanges de pratiques et de confrontation-débat. »

dicaux la depuis reçu une réponse (lire encadré), la seconde qui a trait aux FST risque de se reposer pour chaque génération.

### FST, CRUEL DILEMME

En effet se pose, à partir de la phase d'approfondissement, la question pour les internes de savoir s'ils demandent à suivre une formation spécialisée transversale – en fait, les FST sont « transversales » entre plusieurs spécialités, commune à plu-

sieurs DES. Pour l'ORL-chirurgie cervico-faciale, l'annexe 1 de [l'arrêté du 19 avril 2019 modifiant l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine](#) explique que « Dans le cadre de son projet professionnel, et au regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut candidater à une FST, notamment : - oncologie ; - chirurgie orbito-palébro-lacrymale ; - maladies allergiques ; - sommeil. »

Or les raisons d'hésiter sont nombreuses. Tout d'abord, les FST ont un régime un peu particulier et n'entrent pas à proprement parler dans les maquettes. Dans sa dernière version autorisée, [l'article 6 de l'arrêté du 12 avril 2017 modifié portant organisation du troisième cycle des études de médecine](#) prévoit explicitement que les FST peuvent allonger la durée de la formation d'un an, et Anne-Laure Hamel confirme : « le problème des FST en ORL est qu'elles durent deux semestres.

Or l'admission à certaines FST requiert par exemple d'avoir auparavant fait un semestre d'exploration fonctionnelle ce qui peut conduire à passer trois semestres sans faire de chirurgie. Idem, pour la FST oncologie, il faut suivre un semestre dans un lieu agréé en oncologie médicale, et faire ensuite un stage dans un établissement qui a l'agrément en radiothérapie-oncologie, où l'on ne fait pas de chirurgie. La maquette et la trajectoire de l'étudiant sont ainsi vraiment modifiées. Par exemple, si l'on suit la FST sommeil, un des semestres doit être passé dans un centre de sommeil, qui ne fait pas d'ORL. Cela fait que si la FST s'ajoute à la maquette R3C, elle l'altère et joue un rôle très déterminant. Or on doit décider très tôt dans le cursus de suivre ou non une FST et si oui, laquelle. Ma promotion a dû faire ce choix en fin de troisième semestre, en seconde année, alors qu'on venait tout juste de finir la phase socle et qu'on venait de passer un semestre d'ORL. Et cela alors qu'on ne sait pas trop ce que cette formation va apporter. Elle est un chemin vers la spécialisation mais n'est pas validante. Tout cela est un peu flou et je pense qu'il serait mieux de pouvoir faire ce choix à la fin du quatrième semestre. »

### ET LAST BUT NOT LEAST...

Et enfin, arrive la dernière phase, dite de consolidation. Pour Anne-Laure Hammel, « C'est là que les choses se compliquent. L'idée est d'autonomiser progressivement l'interne, mais dans les faits, on ne sait pas comment cela va se passer. Ce mois de novembre 2021, nous sommes les premiers à subir la phase de consolidation ».

A la lecture de ce qui est prévu sur le papier, en tous cas, deux incertitudes émergent : la première relative au statut de l'interne durant cette période, et la seconde aux modalités du « big matching » final. Explications. D'abord, le sujet du statut de l'interne : « Il y a un flou juridique, observe Natacha Teissier. L'interne soutient en fin de quatrième année sa thèse de médecine... mais n'aura pas le titre de docteur tant qu'il n'aura pas validé son diplôme d'études spécialisées DES. Le chef de service est censé mettre progressivement l'interne en autonomie pour la consultation mais aussi pour les gestes techniques et chirurgicaux ; cela soulève un réel problème de responsabilités en cas d'accident, d'erreur médicale ou de décès. Qui porte la responsabilité ? Le chef de service. On peut comprendre qu'il puisse être frileux à autonomiser un interne ; cela

est différent pour un chef de clinique thésé et détenteur d'un DES qui est lui légalement responsable de ses actes, même si le chef de service peut le soutenir dans cette adversité.

Je ne crois pas que cela aura un impact sur les grosses structures comme l'APHP, car l'interne peut se reposer sur une large équipe encadrante en journée. Se pose, cependant, la question de l'autonomisation en garde, quand l'interne est seul. Le chef peut être d'astreinte, mais pas sur place : comment gérer quand la situation dégénère et que le sénior tarde à arriver ?

De plus, l'un des buts de la réforme est de permettre aux étudiants de découvrir d'autres pratiques, notamment la pratique privée, ce qui est enrichissant ; nos internes sont trop peu confrontés à la réalité de la pratique libérale avant leur installation en fin de clinicat. Cependant, dans ces structures, il est possible que les internes soient limités dans leur possibilité d'autonomisation parce que les organismes privés ne savent comment gérer ces situations de délégations de responsabilité en cas de problème. A la limite, on pourrait même se demander si, dans certains cas, cette phase intermédiaire ne comporte pas un risque paradoxal de déresponsabilisation des internes... »

Une analyse qu'Anne-Laure Hamel juge un peu pessimiste : « N'est-ce pas un peu noirier le trait ? Je pense que l'interne va se sentir aussi en responsabilité qu'il l'était auparavant, et certainement, s'il gagne un peu en responsabilité, il va aussi se montrer plus prudent. Et si le chef de service vous a accueilli dans son service, c'est quand même qu'il a estimé pouvoir le faire. Avec la réforme, on fait un an au même endroit. De fait, je pense qu'on acquiert plus de responsabilité que dans un stage où l'on reste 6 mois ; au bout d'un semestre, on est déjà mieux intégré à l'équipe, et l'on a pu montrer ce que l'on valait. Je pense que c'est là que les chefs de services pourront commencer à lâcher progressivement la bride. » Peut-être aussi, suggère Natacha Teissier, y a-t-il une différence dans la façon dont les choses se passent entre Paris et la Province. « En province, lorsque l'on est interne, il a habituellement deux ou trois services universitaires d'une même spécialité. Les étudiants restent donc souvent plusieurs semestres dans le même hôpital, et un compagnonnage progressif peut se mettre en place. Les chefs de service connaissent le candidat « docteur junior » depuis le début de sa formation, et peuvent plus

facilement le mettre en semi-autonomie. A Paris, les étudiants ont davantage du choix et veulent mettre à profit leur internat pour voir le plus de choses possibles ; ils arrivent dans des services en tant que docteurs juniors sans qu'ils soient passés préalablement dans le service. Il est de ce fait plus difficile de déléguer des responsabilités d'emblée. »

Quoiqu'il en soit, [le décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie](#) a créé un statut de docteur junior, et ses dispositions du décret sont entrées en vigueur depuis un an. On peut supposer que les retours d'expérience ne vont pas tarder à apporter des éléments de réponse.

### BIG MATCHING

Et l'on aura probablement la même conclusion pour les grosses questions soulevées par le sujet du « big matching ». De quoi s'agit-il ? « On se rapproche de la fin de l'internat en rapport avec notre projet professionnel. Nous devons émettre des vœux sur un logiciel, que les services vont traiter en interne sans savoir comment les étudiants les ont classés. Là, il y a de grosses incertitudes. A ce que j'ai compris, il existe une pondération entre les vœux des étudiants et l'appréciation du chef de service. On ne sait pas trop comment cela se passe. Mais en pratique, les internes, à un moment ou à un autre, sollicitent le chef de service pour essayer de savoir si leurs vœux sont cohérents avec leur cursus. »

Et c'est là que surgissent les questions, qui diffèrent selon les points de vue. Pour Natacha Teissier, « par rapport à un système américain reposant fondamentalement sur l'entretien avec le chef de service, le système

“

*Avec la réforme, on fait un an au même endroit. De fait, je pense qu'on acquiert plus de responsabilité que dans un stage où l'on reste 6 mois ; au bout d'un semestre, on est déjà mieux intégré à l'équipe, et l'on a pu montrer ce que l'on valait.*  
**Anne-Laure Hamel**

”

## La bataille des remplacements médicaux

La phase d'approfondissement correspond au moment auquel l'usage est que les internes assurent des remplacements en médecine de ville ou à l'hôpital. Le régime de ces remplacements est fixé par l'article L4131-2 du code de la santé publique, modifié par la fameuse loi 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, et dont les modalités d'applications doivent être fixées par « un décret pris après avis de l'ordre des médecins ». Or, le Conseil de l'ordre avait, à l'hiver dernier, voulu reculer la possibilité pour les internes de remplacer leurs collègues (de 6 à 18 mois selon les spécialités), suscitant l'ire de la CSMF et de l'ISNI. L'arbitrage a finalement été rendu dans le décret du 18 juin 2021 précisant pour chaque spécialité le nombre de semestres du troisième cycle devant avoir été validé par l'interne. Pour l'ORL, il reste inchangé de cinq semestres : trois dans la spécialité et deux libres.

La polémique est donc close, que Natacha Teissier comprend mal : « Cela risquait de mettre beaucoup de libéraux en difficultés car ils comptent sur les internes pour assurer la continuité de soins au sein de leur cabinet lors de leurs absences. Il est rassurant pour les internes de savoir qu'ils peuvent avoir accès à des remplacements au cours de leur formation, pour découvrir le monde libéral. L'idée de cette réforme était peut-être de limiter les remplacements chirurgicaux pour les internes de chirurgie. Mais en pratique, il est rare de faire des remplacements chirurgicaux en tant qu'interne, car ils supposent des coûts d'assurance vraiment très élevés! »

Et Anne-Laure Hamel de renchérir : « Les médecins libéraux ont besoin de remplaçants, et les internes en milieu ou en fin de cursus ont besoin de cette formation que leur apportent les médecins libéraux. C'est aussi une bouffée d'air financière, car en assurant un remplacement, on perçoit enfin un salaire. Cela n'a pas de sens de vouloir reculer cette possibilité. Il faut au contraire voir ce que l'on peut faire pour que les internes fréquentent davantage les libéraux. »



français antérieur avait une richesse : celle de l'anonymat permettant une égalité de chances des candidats vis à vis d'un parcours d'interne. Je crains fort que la suppression du concours n'augmente le risque de copinage et diminue l'accès à certains services ».

Mais sur le terrain, Anne-Laure Hammel vit les choses autrement : « Je ne sais pas si cela arrive ou non, mais en tout cas ce n'est pas ce que j'observe autour de moi. En ORL à Paris, les gens semblent jouer le jeu, jusqu'à présent du moins. Ils contactent les chefs de services par lesquels ils ne sont pas passés, ou qu'ils ont peut-être vu une ou deux fois en cours aux époques où il y a pu y avoir des cours malgré la pandémie. En revanche, il y a surtout un grand flou. Personne ne veut louper le coche et il n'y a pas de date de départ, de moment à partir duquel on peut contacter les chefs de service. C'est cela le problème, le flou. Il est sans doute normal qu'il y en ait au moment de la phase socle, mais là on est proche du bout et c'est toujours le flou. »

Quant à Lionel Collet, il préfère regarder avec recul le sujet du népotisme. « Bien

sûr, c'est une question énorme. En France, j'ignore si cela est fondé ou non, dès que cela ne se fait pas par concours anonyme, cette suspicion s'instaure.

Et pourtant, aujourd'hui, un chef de service choisit son chef de clinique parmi ses internes : cela ne se fait pas par concours, et c'est accepté. Il n'est pas choquant de se dire qu'un responsable a besoin de choisir ses collaborateurs, et de décider avec qui il veut et peut ou non travailler.

J'observe d'ailleurs qu'aux Etats-Unis,

A noter qu'à côté des FST, est prévue dans le DES ORL-chirurgie cervico-faciale une option (ce n'est pas une FST) « audiophonologie », où l'on étudie l'appareillage et l'exploration fonctionnelle ORL. Il faut réaliser deux stages dans des structures qui ont l'agrément pour cette option. « Mais, explique Anne-Laure Hammel, les cours dédiés ne sont pas mis en place, et l'on ne sait pas trop à quoi la validation de cette option va permettre d'accéder ». Affaire à suivre donc.

au Royaume-Uni, ou en Israël, on entre en médecine par un entretien individuel, personnalisé, durant lequel on fait valoir ses compétences. Tout le monde l'accepte, personne ne le discute. Il faut dire que ce système ne fonctionne qu'avec des garde-fous. Pour prendre un exemple, si, aux Etats-Unis, le fils d'un doyen d'université se présente à un entretien, il est reçu par une commission dans laquelle personne ne siège qui puisse avoir un lien d'intérêt avec ce doyen. Bien sûr, je suis conscient que cela ne suffirait sans doute pas à lever la suspicion.

Mais je crois que l'on peut aussi poser autrement les termes du problème, en tentant de répondre à la nécessité de rapprocher les formateurs de la pratique. Aujourd'hui, les stages chez les praticiens tendent à se développer, pour permettre aux internes d'aller voir comment fonctionne la médecine de ville. C'est ainsi qu'un [décret de 2020](#) a précisé les conditions de l'agrément délivré aux praticiens agréés-maîtres de stages des universités accueillant des étudiants de deuxième et de troisième cycle des études de médecine, notamment la durée de l'agrément. Il précise également que les praticiens agréés-maîtres de stages des universités suivent une formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant auprès de l'université de leur choix ou auprès d'un organisme habilité. »



*Le système français antérieur avait une richesse : celle de l'anonymat permettant une égalité de chances des candidats vis-à-vis d'un parcours d'interne. Je crains fort que la suppression du concours n'augmente le risque de copinage et diminue l'accès à certains services.*

**Natacha Teissier**

