

Pourquoi les ECN ?

Pourquoi une réforme ?

Alors que plus de 6000 étudiants de DCEM4 s'apprêtent à passer les Epreuves Nationales Classantes, l'ANEMF engage une sérieuse réflexion sur la refonte de ce système.

Afin de pouvoir mieux comprendre comment nous en sommes arrivés là, voici un livret qui reprend l'histoire des ECN :

Historique
Avantages et inconvénients
Grands principes
Propositions de réforme
Comparaison avec l'étranger.

Venez donner votre avis sur le forum (<http://www.e-carabin.net/showthread.php?t=72061>) ou participez directement au **débat** qui aura lieu le **13 juin** avec la participation du président de la conférence des Doyens, ainsi que des conseillers du ministère de la santé et de l'enseignement supérieur.

(Amphis de la Pitié Salpêtrière Paris VI à partir de 13H30)

Historique et rappels chronologiques

Depuis les années 90 existe une volonté de reformer le concours de l'internat. D'un point de vue historique, elle a été initiée dans le **but de valoriser la médecine générale et d'assurer des avancées pédagogiques** au niveau de l'enseignement et du système de sélection.

A la fin des années 90, plusieurs syndicats de médecine générale et de résidents entament une réflexion sur la dichotomie médecine générale / médecine spécialisée.

En 1999, l'ANEMF, aidée de ces syndicats, a mis en place les bases de la réforme de l'internat : il s'agira d'un examen pour tous, écrit, anonyme, national. On parle dorénavant d'épreuves classantes nationales (ECN) et non plus de concours car il y a autant de postes à pourvoir que de personnes qui passent l'examen.

En 2000 et 2001, élaboration du nouveau programme de la seconde partie du deuxième cycle des études médicales (D2 à D4) par la CPNEM (Commission pédagogique nationale des études médicales) : mise en place de modules transversaux. Le programme du deuxième cycle change et devient le programme sur lequel seront interrogés les étudiants lors des ECN à partir de 2004.

Le contenu de ces questions est par de nombreux points similaire à l'ancien concours de l'internat. Toutefois, les questions d'hyperspécialité ont été supprimées, et de nouvelles questions, plus proches de la réalité de la médecine de ville, ont été ajoutées.

L'objectif est de faire que les étudiants s'interrogent sur leur profession, et sur la relation entre le médecin et son patient, plus que sur les aspects purement techniques de la Médecine. En effet, l'accélération du progrès médical rend totalement illusoire la volonté d'apprendre toute la médecine lors de la formation médicale initiale.

Cette mini-révolution, avec un programme National et des objectifs différents de l'ancienne philosophie ne prend toute son ampleur que si ce programme devient le seul programme du deuxième cycle.

Pour que l'assiduité aux cours de faculté, et l'investissement dans les stages hospitaliers, ne soit plus préjudiciable à une préparation efficace du concours.

L'ANEMF revendique une sélection basée sur les capacités de raisonnement de l'étudiant, et non plus seulement sur l'emmagasinement d'un volume important de connaissances cherchant à supprimer le bachotage intensif que nécessitait l'ancien concours au détriment de l'apprentissage du raisonnement clinique.

En 2001 :

La parution de la loi de modernisation sociale dans laquelle se trouve l'article plaçant les ECN en 2004 et faisant de la MG une spécialité est reportée. Suite à de nombreuses discussions avec les conseillers des ministères de la santé et de l'éducation nationale, un consensus est trouvé (entre ministères, ANEMF, Doyens et CNCI) pour appliquer le nouveau programme d'enseignement dès 2004 mais reporter l'intégration de la Médecine générale aux ECN seulement à partir de 2005. Il y a donc une adaptation entre ce qui est écrit dans la loi (ECN pour tous en 2004) et ce qui est négocié oralement (ECN pour tous en 2005).

17 Janvier 2002 : parution de la loi de modernisation sociale au Journal Officiel de la république française.

Le 9 Septembre 2002 paraît un article dans le quotidien du médecin titrant «Les Doyens décident de repousser l'internat pour tous à 2005 ». Or, d'une part il ne s'agit pas d'une décision unilatérale des doyens mais d'une décision conjointe des différents partenaires (conseillers, ANEMF, doyens, CNCI) et

d'autre part cela avait été négocié depuis 2001. Bref, l'article n'avance à rien...

Pourtant, les retombés de cette article seront très grandes : en effet, le 15 et 16 Septembre, les syndicats seniors de médecine générale (CSMF et MG France) font part de leur refus du report de l'intégration de la médecine générale en 2005. En effet, les avancées pour les médecins généralistes sont importantes et les syndicats ne souhaitent pas attendre une année supplémentaire: les syndicats à l'origine de cette réforme attendent, avec son application, toute une série de revalorisations professionnelles.

Le 16 Septembre 2002 le ministre de la santé, Monsieur Mattéi, confirme que les ECN auraient bien lieu en 2004. Il remet donc en cause les accords oraux relatifs au report en 2005. Il est évident que les nouveaux ministres (santé et éducation puisqu'on dépend des 2) n'avaient pas été mis au courant des discussions antérieures. L'ANEMF est dos au mur !

Devant ces changements de dernière minute, l'ANEMF rencontre les conseillers en Octobre 2002 pour trouver des mesures transitoires pour les ECN 2004 et pour éclaircir certains points restés flous jusqu'alors. En effet, à un an et demi du concours 2004 la donne change puisque les personnes souhaitant faire médecine générale sont maintenant obligées de passer les ECN.

Les avancées sont trop lentes et les réponses de la part des conseillers restent vagues. L'ANEMF décide de recentrer ses demandes autour de 6 points jugés essentiels. Face à l'absence de réponse, l'ANEMF et les étudiants partent en **grève en Novembre 2002**. Quelques semaines plus tard, l'ANEMF obtient satisfaction sur ces 6 points :

- examen en Mai ou en Juin
- examen national délocalisé sur 7 sites
- analyse critique d'article à partir de 2008 sous réserve qu'une préparation harmonisée et évaluée soit mise en place dès l'année 2002.
- mise en place d'une mesure dérogatoire à l'issue des épreuves de 2004 permettant aux étudiants ayant choisi de faire médecine générale, d'effectuer leur formation dans leur région d'origine.
- Les étudiants pourront bénéficier de deux chances selon des modalités d'examen identiques.
- Les procédures de choix des postes d'interne seront adaptées pour permettre à l'étudiant de choisir son poste en parfaite connaissance des postes qu'il reste à pourvoir.

Après ces accords, écrits cette fois, s'ensuit la valse des procédures administratives pour la rédaction et la publication du décret et des arrêtés fixant les modalités pratiques des ECN : passage au CNESER en Mai 2003, passage du décret au conseil d'état en Septembre Octobre 2003, puis publication des arrêtés. **Déjà une problématique est soulevée: environ 5000 candidats vont être classés sur 900 points ce qui va générer de nombreux ex aequo. Comment avoir une notation plus discriminante ?**

En Juin 2003, le CNCI communique 2 dossiers dans l'esprit des ECN avec les corrections et les consignes de rédaction.

Changements et avancées pédagogiques entre le concours de l'internat (avant 2004) et l'examen national classant (après 2004)

L'ancien concours : régi par l'arrêté du 5mai 1988 modifié par la suite

- **2 zones (Nord/Sud)** donc deux concours avec un nombre de postes réparti entre ces deux zones
- Les postes à pourvoir ne concernent **que les spécialités (hors MG)** : seuls les étudiants qui souhaitent faire une spécialité passent le concours de l'internat.
- Le concours comprend trois types d'épreuves par zone :
 - 150 **QCM** sur 2 fois 1H30. Coefficient 0,7
 - 6 à 12 **cas cliniques** sous forme de QCM sur 1H. Coefficient 0,3
 - 12 **dossiers diagnostiques et thérapeutiques** sur 2 fois 3H. Coefficient 2
- Le programme du deuxième cycle diffère entre les facultés, le programme du concours est un programme à part.

L'examen national classant : (cf décret du 17 janvier 2004)

- Le concours devient **national, unique**, réparti en 7 inter régions : tous les postes sont regroupés
- La **médecine générale devient une spécialité** donc **tous les étudiants passent les ECN**
- Les étudiants sont interrogés sur le **nouveau programme d'enseignement**.
- Les ECN comprendront deux types d'épreuves (après 2008 pour la deuxième) :
 1. **Trois épreuves de cas cliniques**, chacune comportant trois dossiers cliniques durant 3 heures. (sur 900 points) : épreuves plus longues, moins nombreuses mais basée sur un programme multidisciplinaire.
 2. Une épreuve de **lecture critique d'un article** médical scientifique sur trois heures (prévue initialement à 20% de la note) après 2008 (sous réserve qu'une préparation harmonisée et évaluée soit mise en place).
- Le choix des postes d'interne à l'issue de la publication du classement a lieu de manière éclairée.

La **validation du deuxième cycle reste locale, dépendante de la faculté** et devant prendre en compte les stages, et les examens de faculté, pour aboutir à la délivrance du diplôme de fin de deuxième cycle. (Qui donne aujourd'hui la possibilité de finir son troisième cycle à l'étranger).

Les modalités de questionnement

Le travail de préparation des nouvelles épreuves a été délégué par les ministères au Conseil Scientifique du **CNCI (Centre National du Concours de l'Internat)**, avec pour président actuel Jean Louis Gérard, Doyen de la faculté de Caen).

La création d'une épreuve d'évaluation du raisonnement clinique des étudiants, basée sur des propositions de démarche diagnostique et thérapeutique, à critiquer, et à argumenter.

Cette nouvelle forme d'évaluation est déjà critiquée :

- La diminution du nombre de dossiers, et du nombre général des épreuves fait craindre une augmentation de l'aléa du choix des questions si celles ci ne sont pas réellement multidisciplinaires et abordent plusieurs items du programme.
- Les épreuves doivent être réellement basées sur les capacités d'analyse des étudiants, et non pas sur la capacité à apprendre par cœur une grille de réponses.

Les questions qui se posent à l'époque :

Le droit à une deuxième chance au concours

Comme tout concours, ou examen de l'enseignement supérieur, les Epreuves Classantes Nationales doivent proposer aux étudiants une deuxième chance : ce droit à la deuxième chance pouvant s'exercer dès l'année suivant le concours. A cette époque, le ministère a accepté à la fois le principe d'un véritable droit à une deuxième chance, c'est à dire la possibilité pour l'interne de repasser le concours un an plus tard, sans avoir à démissionner si son deuxième classement ne lui convenait pas et l'autorisation de redoublement. Pourtant à l'heure actuelle, les redoublements posent de nombreux problèmes et sont de plus en plus remis en question.

Le maintien ou suppression des 2 zones

Pour de très nombreux postulants à l'internat, le classement était très différent entre les deux zones. (les étudiants étant classés dans un écart de notes très faible, l'échec à un seul des dossiers pouvait faire perdre jusqu'à 700 places au concours). Face à ce constat et jugeant anormal que l'avenir de l'étudiant se joue sur un concours unique, (sachant que les chances d'améliorer son classement en passant le concours comme interne sont très faibles), **l'ANEMF militait pour le maintien des deux zones** et demandait qu'un système soit trouvé afin de permettre aux étudiants de conserver ce droit à l'erreur. Pour les ministères par contre, le concours devait se passer en une seule zone et une seule session. La notion d'examen national classant n'étant, d'après eux, pas compatible avec l'existence de plusieurs sessions. De plus, ils souhaitaient favoriser les étudiants réguliers au niveau des examens plutôt que l'étudiant qui aura réussi particulièrement bien une des deux épreuves. Sans négociation possible, l'ANEMF a dû renoncer au maintien des 2 zones.

Côté démographie médicale

Cette réforme s'intégrait dans le cadre d'une meilleure gestion démographique. En effet le nombre de postes de médecine générale n'étant pas régulé du tout, si ce n'est dans les limites très larges du numerus clausus qui présente aussi l'inconvénient d'avoir 5 années de décalage. C'est pourquoi il a été accepté par les syndicats de résident et l'ANEMF, que les IMG (internes de médecine générale) soient mobiles au même titre que les internes de spécialité. En effet, il paraissait plus logique de changer éventuellement de ville avant l'internat, à 24 ou 25 ans, plutôt que de se faire imposer un lieu d'installation après notre internat, c'est à dire à 28-30 ans.

Les étudiants et l'ANEMF, conscients de l'intérêt de cette réforme pour la médecine générale, ont soutenu et encouragé le processus, bénéficiant à 50% des étudiants.

Les avantages pour les futurs internes de médecine générales sont les suivants :

- Accès aux **carrières universitaires** (enseignement avec les postes de PUPH et MCUPH, Recherche)
- Accès en fonction de leur classement à des **meilleurs CHU et à des meilleurs stages.**
- **Abolition de la différence de tarification entre la médecine générale et la médecine spécialisée.**
- **Revalorisation** de la discipline dans le monde de la santé et face au publique.

Il y a également des inconvénients :

- **Contraintes géographiques** en fonction du classement
- Obligation de passer un concours
- Perte de la sécurité d'obtenir médecine générale ...

Voilà l'histoire de la naissance d'un « concours » qui devait s'orienter vers une sélection plus "intelligente", mais aussi et surtout plus humaine, et tenant compte tant des impératifs de la profession médicale que du bien-être des étudiants en médecine.

Avantages/ Inconvénients

– Un système équitable ?

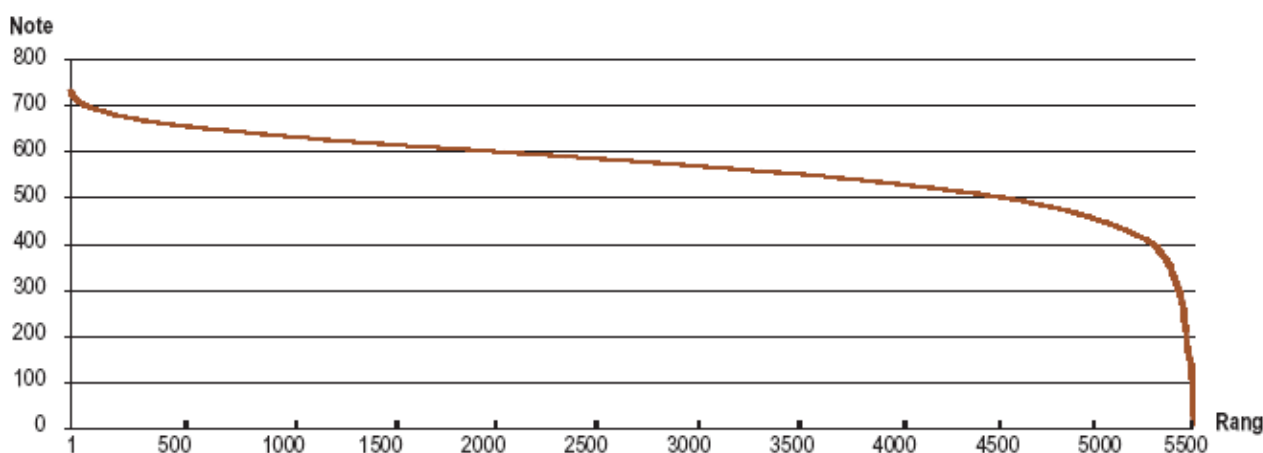
Par le fait que tous les D4 de France composent en même temps, les mêmes dossiers avec une correction anonyme basée sur grille de mots clés bien définie.

Par contre, il est clair qu'il n'en est pas de même pour la préparation à ces épreuves, que ce soit par l'implication de la faculté, l'accès à des conférences de qualité (privées ou gratuites).

– Ex Aequos

Plus de 6000 candidats classés sur 950 points sans décimales, soit près de 98% d'ex-aequos chaque année.

La courbe note/classement ci joint est très évocatrice : Plus de 20 places par demi-point entre le 1000ème et le 3500ème, tout un avenir qui se joue à 2 ou 3 mots clés.



Distribution des notes totales obtenues par les candidats aux ECN 2007 (Etude de la DRESS)

– Amélioration pédagogique

La mise en place d'un programme national unique a permis d'améliorer et d'uniformiser l'enseignement reçu par tous les étudiants. Ce programme du deuxième cycle, proche de la pratique clinique, balaye l'essentiel de ce que doit savoir un interne à ses débuts quelle que soit sa spécialité.

De plus, l'émulation qui se crée entre les facultés les motive pour préparer toujours mieux les étudiants.

Le mode d'évaluation par mots clés oblige certes à détailler le raisonnement, mais pénalise injustement l'étudiant qui va à l'essentiel même s'il a toutes les connaissances requises.

A l'inverse, un étudiant qui énumère un listing d'examens complémentaires afin d'obtenir le maximum de points ne sera pas pénalisé par rapport à celui qui aura ciblé les seuls examens utiles.

Le système des mots clés a très vite eu un effet pervers sur la préparation des étudiants, le bachotage est devenu le maître mot de nos études.

– Part clinique

Les stages, indispensables à notre formation, aident incontestablement à l'acquisition de la démarche de réflexion pour la prise en charge du « patient » considéré dans les cas cliniques des ECN, mais ils ne nous apprennent pas encore les mots clés de la grille de correction des dossiers.

De même, l'absence de prise en compte des compétences cliniques et relationnelles des étudiants et l'abandon de la relation médecin malade qui sont pourtant fondamentales pour un bon exercice de la médecine font douter de la qualité des critères d'évaluation.

Cette faille du système est d'autant plus préoccupante que de plus en plus de facultés tendent à réduire le volume des stages de D3 D4 afin de libérer les étudiants pour préparer les ECN, sans parler des tendances des externes à choisir des stages « planqués ».

C'est ainsi qu'une part non négligeable des étudiants finissent leur deuxième cycle sans avoir les compétences pratiques pour assurer leur rôle d'interne.

Pourtant si tout le monde est d'accord sur ce point, évaluer les étudiants sur leurs compétences cliniques pose des problèmes de comparabilité des étudiants entre eux (différents stages, différentes équipes soignantes, différents examinateurs, différents patients, différentes conditions), qui remettraient en cause le principe d'équité.

– Absence de sélection

Si l'on ne tient pas compte du fameux taux d'inadéquation, il y a, à l'issue des ECN, autant de postes que de candidats. Chacun peut obtenir un poste d'interne immédiatement, à la différence de certains pays où les files d'attente peuvent être très longues.

D'un autre côté, souvent les postes pris par les étudiants le jour de l'amphithéâtre de garnison ne correspondent pas aux spécialités auxquelles ils aspiraient. Ce système est donc générateur d'un grand nombre de futurs médecins frustrés de ne pas avoir obtenu la spécialité qu'ils convoitaient pour quelques « mots clés ».

Pourtant il est clair que tout le monde ne pourra pas faire une spécialité médicale au bord de la méditerranée, quel que soit le mode de sélection il y aura toujours des insatisfaits, mais si la sélection se fait réellement au mérite elle est plus facilement admise par tous.

– Mobilité choisie ou subie ?

Si 48% des étudiants ont été amenés à changer de ville d'études à l'issue des ECN en 2008, il faut distinguer la mobilité voulue, de la mobilité subie qui concerne un grand nombre d'étudiants, obligés de changer de ville car leur classement ne leur permettait plus d'effectuer leur spécialité dans leur ville d'origine.

– Coût

Bien que ce versant ne concerne pas directement les étudiants, il est important de prendre en considération le coût de l'organisation de ces épreuves.

Un investissement matériel et humain considérable: location de salles d'examen pouvant accueillir tous les D4 d'une interrégion pendant 3 jours, recrutement massif de surveillants, location de camions de la Brinks pour le transport des sujets et des copies, plus de 300 correcteurs réquisitionnés pendant plusieurs semaines... soit des centaines de milliers d'euros consacrés chaque année à cette épreuve.

– Classement ?

Le seul rôle des ECN est bien de classer, c'est la faculté qui se doit d'évaluer la capacité réelle des étudiants à devenir internes et donc à valider ou non leur deuxième cycle.

Pourtant, les diverses problématiques évoquées précédemment remettent même en cause le caractère classant des ECN : des mauvais critères, un manque de discrimination frappant, une docimologie non probante, en plus des nombreuses tares du système nous amènent à réfléchir sur leur avenir.

Remarque :

Dans les nombreuses critiques évoquées, nous remarquons souvent les problèmes inhérents à la répartition des postes d'internes. Toutefois il s'agit là d'une confusion majeure : la répartition et les ECN sont deux choses bien distinctes.

Quelles que soient les modalités d'accès au troisième cycle, il faudra réguler les flux d'étudiants et les répartir sur le territoire. Ainsi nous n'aborderons pas cette partie dans un dossier qui concerne les ECN à proprement parler.

Grand principes

Avant d'envisager les différentes possibilités de refonte des ECN, il est important de rappeler brièvement les principes fondamentaux auxquels les étudiants sont attachés :

- Droit à une deuxième chance (redoublement)
- Equité
- Mobilité (voulue)
- Qualité de l'orientation vers la spécialité
- Sélection au mérite (si l'on envisage un système de sélection)
- Revalorisation de la clinique

Solutions envisagées

Régionalisation des épreuves : ECIR (Epreuves Classantes Inter Régionales)

Il s'agit de diviser le territoire français en plusieurs zones (7, dans les propositions qui ont déjà été faites: Nord, Est, Ouest, Centre, Rhône Alpes, Ile de France, Sud Ouest)

Toujours sur un programme national commun, avec des sujets issus d'une banque nationale, un concours unique.

Avant l'épreuve, chaque candidat choisit d'être classé dans 1, 2 ou 3 inter-régions de son choix dont son inter-région d'origine. Il classe ses choix d'inter-région et de spécialité par ordre de priorité.

Avantages :

- La répartition des internes par CHU se fera en fonction du classement des étudiants au sein de cette inter-région.
- Replaces la vocation dans la démarche des étudiants/Minimise le choix d'une spécialité par dépit.
- Favorise l'ancrage des étudiants dans l'inter-région, sans freiner la mobilité.
- Offre aux étudiants jusqu'à 3 chances par année.
- Meilleures conditions de correction car moins de copies par inter-région.
- Possibilité de réguler plus finement la démographie médicale.

Inconvénients :

- Même si le nombre de postes d'internes ouvert est égal au nombre de candidats de l'inter-région, il restera inévitablement un **nombre d'étudiants dont les choix exprimés n'auront pu être satisfaits**. La seule solution proposée serait d'effectuer une deuxième session, nationale, afin de répartir les postes non pourvus. En effet, il n'est pas imaginable actuellement de demander au ministère l'ouverture de plus de postes que de candidats alors que les négociations pour obtenir un taux d'adéquation nul (autant de postes que de candidats, sans anticipation des redoublements) sont de plus en plus difficiles.
- Problème de la procédure de choix (choix éclairés), avec une difficulté notoire pour combiner les différents classements.
- Nécessite un système de flux particulièrement compliqué à gérer pour permettre aux étudiants de conserver une possibilité de mobilité.

En imaginant la mise en place de ce système, nous insistons toujours sur la nécessité de laisser possible une **mobilité** des étudiants qui le souhaitent.

Test par Concordance de Script (tout sur le TCS ici : www.cme.umontreal.ca/tcs/)

Il s'agit là de changer la **docimologie** en conservant le système des ECN, c'est la formulation et la correction des cas cliniques qui est modifiée, permettant d'**évaluer le raisonnement de l'étudiant en situation d'incertitude**.

Concept initial: les professionnels de santé sont experts de la prise de décision en situation d'**incertitude**. En situation réelle il est rare d'avoir toutes les données pour décider, pourtant l'enseignement et l'évaluation ne tablent pas du tout sur les situations d'incertitudes.

Le TCS permet de tester en contexte d'incertitude.

Le format du TCS :

Présentation d'une situation concrète avec incertitude où même le plus grand expert du domaine hésiterait entre plusieurs options.

Une option pertinente est proposée à l'étudiant et une nouvelle donnée est apportée.

La question est alors : *quel est l'effet de cette donnée sur ma problématique ?*

La description initiale du cas est très brève : 2, 3 phrases,

ex : une femme de 40 ans ressent des vertiges depuis 3 semaines, elle se sent très étourdie par moments, plusieurs fois par jour, alors qu'elle se sent bien le reste du temps.

La nouvelle donnée clinique peut être un cliché, une courte vidéo (nystagmus), un son (bruit du coeur..) après ce scénario, on nous propose une hypothèse :

*si vous pensiez à **UNE HYPOTHESE**, et que vous trouvez **CETTE NOUVELLE DONNEE CLINIQUE**, cette hypothèse devient : ?????*

ex : si vous pensez à un vertige paroxystique bénin et que vous trouvez (-> vidéo qui montre un nystagmus), cette hypothèse devient :

+2 beaucoup plus probable

+1 plus probable

0 ni plus ni moins probable

-1 moins probable

-2 beaucoup moins probable

Une situation clinique est liée à plusieurs questions, chaque question est indépendante.

Le test est d'autant plus fiable qu'on évalue la capacité de réflexion sur plusieurs versants du cas.

A la différence des cas cliniques classiques, **les scores sont corrélés à l'expérience clinique** : les experts obtenaient de bien meilleurs notes que les internes loin devant les externes.

Le TCS est un outil complémentaire dans l'évaluation et ne se conçoit pas comme seule donnée docimologique pour évaluer les étudiants.

Il n'y a pas une bonne réponse puisque l'on raisonne avec l'incertitude, on utilise la méthode des scores combinés :

Un groupe de praticiens expérimentés (panel de référence) est mis dans les mêmes conditions que les étudiants, leurs réponses sont enregistrées.

Les points attribués à une question sont proportionnels au nombre d'experts qui ont rchoisi cette réponse.

Ex : panel de 20 membres.

-1 : 14 membres $14/14 = 1$ point

0 : 6 membres $6/14 = 0,42$ point

Autres : $0/14 = 0$ point

(maximum 1 point par question)

Plus il y a d'experts dans le panel plus les fluctuations des scores sont atténuées, les panels nécessitent environ 15 à 20 experts.

Avantages :

- Le **TCS cible un point du raisonnement précis dans l'hypothèse et ne se limite pas à la réponse brute.** (Si la personne raisonne bien sur ces micro décisions, on peut estimer qu'elle raisonne bien en général).
- La **fidélité du TCS** est jugée excellente à partir d'une heure de test (2h pour un QCM)
- **rapidité de correction**
- **teste la compétence professionnelle** (pas du par coeur).

Problèmes :

- Le nombre de questions diminue cette donnée variable. Il faut un nombre minimum de questions pour dépasser la zone d'incertitude.
- Il faut recruter un **nombre considérable d'experts** pour constituer le panel de référence, ce qui constitue aussi un risque de fuites plus important.
- Peu développé en France dans les facultés, **pas applicable immédiatement (nécessité de l'appliquer d'abord dans les évaluations des facultés).**

Il existe au sein du corps enseignants et des Doyens une forte volonté de revaloriser l'enseignement facultaire, souvent délaissé par les étudiants.

2 schémas proches ont été envisagés : le contrôle continu facultaire et interclassement

Contrôle continu facultaire

Il s'agit de coupler les résultats obtenus à la faculté (tant les notes de stage que les notes d'examen) avec ceux du concours national (ou inter régional).

Quelle part des notes de la faculté ? Des notes de stage ? De l'examen final ? Un exemple vous est proposé ci-dessous.

Mode de calcul de la note globale et établissement du classement :

40% pour le cursus de Deuxième Cycle (75% théoriques, 25% pratiques) 60% pour les épreuves nationales de dossiers.

Pourquoi prendre en compte le Deuxième Cycle ?

Actuellement, le sort d'un étudiant concernant son orientation professionnelle future, se décide sur 2 jours et demi délirants d'épreuves finalement peu discriminantes. Il semble plus juste **d'évaluer l'étudiant dans la globalité du travail qu'il a fourni depuis trois ans** en reconnaissant des qualités jusque là ignorées de la sélection.

Naturellement ressurgit le vieux démon de la subjectivité et de la levée d'anonymat. Il est bien évident que nous ne pouvons tolérer la levée d'anonymat comme principe de base de la sélection. Les dérives semblent alors inexorables. Mais, toutes proportions gardées, il ne s'agit pas de cette éventualité. En effet :

- **les notes de certificats/modules de 2^{ème} Cycle comptant pour 75% dans le classement dans la faculté** sont pour la plupart garanties d'anonymat. Malheureusement, nous ne sommes pas crédules et il existe des pratiques peu régulières connues : que proposer ?
 - faire réaliser la levée d'anonymat devant une commission paritaire (administrative/étudiante) qui jugera de la régularité de la procédure.
 - exiger, à titre d'observateur, une présence étudiante lors de la délibération des jurys.

Seules les notes obtenues à la première session à laquelle l'étudiant est supposé se présenter seraient prises en compte.

- **les notes de stage comptant pour 25% dans le classement de la faculté** sont beaucoup plus sujettes aux dérives du jugement humain. Par contre, la prise en compte du cursus de formation pratique semble un **atout majeur dans une sélection plus intelligente et proche des exigences de la pratique médicale.**

Aussi, loin de vouloir sacrifier les avantages, il faut chercher à neutraliser les effets pervers. Ainsi une solution pourrait être **de ne pas prendre en compte les deux plus mauvaises notes de stage**. D'autre part, l'épreuve clinique comptant pour 30% de la note de stage devrait se faire devant un **jury pluridisciplinaire** avec des médecins du service d'accueil et d'autres services.

Le point fondamental quant aux stages est la mise en place d'un **système d'agrément des services formateurs.**

- 3 ans de compétition ?

On peut en effet craindre pour la sérénité du déroulement du cursus de 2^{ème} Cycle. Toute la question, dont personne ne peut présager la réponse, réside dans l'ampleur de l'effet théoriquement positif qu'aura la **nécessaire solidarité** entre étudiants d'une même fac, compte tenu du mode de calcul, par rapport à l'aspect dévastateur d'une compétition frénétique au quotidien.

Par ailleurs, il n'est pas évident que ce système sera plus astreignant psychologiquement que l'année, voire le plus souvent les 2 années de préparation aux ECN actuellement.

Interclassement

(cette proposition est fortement appuyée par les Doyens à l'heure actuelle)

Très proche du schéma précédent il s'agit, non plus de prendre en compte les notes brutes obtenues à la faculté, mais de classer les étudiants d'une même promotion selon leurs résultats obtenus dans le deuxième cycle.

Ces notes devant être constituées de véritables évaluations des stages en plus des examens théoriques. Les épreuves terminales seraient maintenues, à un niveau national ou inter régional (les 2 propositions sont faites).

Au total, le classement de la fac serait croisé avec celui des épreuves terminales aboutissant à un classement définitif.

La procédure serait ensuite identique aux actuels ECN.

Augmenter le nombre de dossiers

L'augmentation du nombre de dossiers permettrait d'étaler la courbe des notes en classant les candidats sur plus de points, diminuant ainsi le nombre d'ex aequos et permettrait une évaluation plus large des connaissances de l'étudiant.

Aucune étude n'a été faite pour savoir combien de dossiers il faudrait pour arriver à un niveau de discrimination acceptable. Le frein majeur est financier, en effet, augmenter le nombre de dossiers revient à augmenter le temps de concours, le temps de correction et décupler les frais qui y sont associés.

Une autre proposition consiste en **diviser les dossiers en deux parties : une partie avec des dossiers moins spécialisés** : des dossiers de bases, fondamentaux (AVC, arrêt cardiaque, diabète) et quelques **dossiers ultras spécialisés** de manière à classer plus efficacement.

Pourtant rendre plus difficile les dossiers n'a pas fait preuve d'efficacité en matière de discrimination, en effet, les notes sont alors tassées vers le bas .

Concours par spécialité et non pas général

Plusieurs concours et non plus un seul : 1 par spécialité.

Chacune ouvrant un nombre de poste limité (et répartis sur le territoire).

Exemple :

Remplacer la D4 par une année de super-externe (même travail que des internes mais sans apprendre de spécialité), avec à la fin la délivrance du diplôme de fin de 2^e cycle.

Entrée dans une spécialité sur un examen écrit et oral (en situation clinique) en rapport avec la spécialité concernée.

Chaque spécialité aurait son propre examen, réparti vers la fin de l'année de superexterne , et chaque superexterne passerait les examens dans les spécialités qu'il désire (sans limitation de choix).

Avantages :

- 1) Formation plus clinique et meilleure entrée dans l'internat, avec 1 an de superexterne
- 2) Sélection dans la spécialité basée sur les compétences dans la spécialité
- 3) Régulation fine des flux dans chaque spécialité ...

Problèmes :

- **Filiarisation totale obligeant l'étudiant à choisir sa spécialité en D4** là où à l'heure actuelle il dispose (normalement) de 4 semestres d'internat (pour les spécialités médicales et chirurgicales) pour choisir son DES.

- **Que font ceux qui n'ont pas de place dans tous les concours présentés ?**

Comment cela se passe chez nos voisins ?

Grèce :

A la fin de la sixième année les étudiants postulent dans la ville de leur choix à un poste de résident en spécialité. Ils sont alors mis sur une liste d'attente. Dès qu'une place se libère à l'hôpital, un poste est proposé au premier de la liste.

Problème : Certains hôpitaux ont de très grandes listes pour certaines spécialités, il faut parfois plusieurs années. Mais au final les étudiants obtiennent un poste.

Algérie :

Après la septième année, un an est consacré aux « révisions » avec test d'accès au résidanat à la fin (3 épreuves de 60 QCM, connaissances fondamentales, dossiers cliniques, épreuves cliniques).

Le choix de la spécialité se fait en fonction du classement (900 postes pour 3000 candidats).

Pays bas :

Après la sixième année, l'étudiant est docteur en médecine et peut travailler comme « assistant », sous la supervision d'un spécialiste (même MG).

Cette situation peut durer quelques temps avant que l'étudiant se spécialise.

Pour cela, les candidats envoient une lettre de motivation et un Curriculum Vitae au ministère de la santé qui régule les postes.

Un entretien est ensuite nécessaire pour être accepté dans la spécialité. Les critères d'acceptation sont divers : publication, expérience en tant qu'assistant ...

Une dernière évaluation porte sur la compatibilité du caractère de l'étudiant avec l'équipe soignante.

Espagne :

A la fin de la sixième année, l'étudiant est docteur en médecine et peut exercer en tant que Médecin Généraliste.

Un examen national sous forme de QCM régule l'accès aux autres spécialités. Les résultats sont basés à 60% sur les résultats de cet examen et à 40% sur les notes de cursus. (Système équivalent à l'ancien internat)

Inde :

A la fin des 6 ans d'étude, trois types d'établissements offrent des places d'internes :

- Ceux du gouvernement qui recrutent à la suite d'un examen théorique (QCM).
- Des écoles privées qui ont leurs concours à eux (nationaux ou régionaux).
- Une admission directe sans examen d'entrée.

Les étudiants peuvent tenter leur chance plusieurs fois et dans plusieurs endroits.

Les places sont allouées en fonction des résultats sauf pour la dernière catégorie.

Croatie : Les études durent 6 ans + 1 année d'internat. Au terme de celles-ci tout le monde doit passer

un examen national pour commencer à exercer.

Pour devenir spécialiste il faut postuler à un job, par le biais d'entretien. Théoriquement, les étudiants pris seraient ceux qui ont beaucoup travaillé, notamment pendant l'internat, et se sont fait remarquer. En pratique, ce sont plutôt les gens ayant de l'argent ou connaissant des personnes bien placées qui ont les postes...

Turquie :

les étudiants de sixième année passent un examen en QCM sans classement à la clé.

Ils choisissent leur spécialité directement ainsi que leur ville en fonction de leur note à l'examen, chaque hôpital fixant une note minimale d'admission.

L'étudiant qui n'a pas de résultat suffisant pour intégrer un hôpital devient interne de médecine Générale.

Pouvons nous nous inspirer de ces schémas pour réformer notre système d'entrée au troisième cycle ?

A partir de ces différents constats et données, dans quelles mesures peut on envisager une refonte des ECN ?

Les ministères se disent ouverts à toutes propositions, la balle est dans notre camp, mais sans votre avis, nous ne pourrons avancer...

Venez nous faire part de votre avis sur le forum

www.e-carabin.net/showthread.php?t=72061

ou rendez vous le 13 juin ;-)