

Formation initiale : Comment et quels actes "invasifs" faut-il enseigner pendant le troisième cycle?



Emmanuel Chartier-Kastler (AIHP 1984)
Paris VI - Président de l'AAIHP

Les discussions conventionnelles récentes ont mis en exergue la difficulté majeure des spécialistes médicaux à faire reconnaître leur spécificité et leur technicité, hors du champ de la médecine générale (MG). Toutes les réformes depuis 1984 sont centrées sur l'objectif de revalorisation de la filière de médecine générale pendant les études médicales et après (sous la nomenclature du C=CS), et d'une modification significative à l'échelon national du ratio MG/spécialistes hors MG en faveur de la médecine générale.

Ne revenons pas sur les modifications d'accès au troisième cycle déjà discutées mille fois dans nos colonnes ou dans la presse spécialisée. Attardons nous plutôt sur la problématique des spécialités à actes "invasifs et techniques" et la reconnaissance de la spécificité de leur apprentissage et de leur exercice. Chirurgiens ou spécialistes interventionnels quels qu'ils soient (radiologue, cardiologue, gastroentérologue, ...) se forment tous pendant leur troisième cycle à l'apprentissage d'une spécialité et de ses bases théoriques et cliniques et à l'exercice de leur art. L'apprentissage de l'acte sous la forme du compagnonnage nécessite volonté, abnégation, temps, humilité, résistance physique et mille autres qualités connues pour aboutir à obtenir au final la confiance de ses pairs puis celle des patients, seuls véritables et très sélectifs juges.

Comment ose-t-on continuer à oublier cet aspect technique de l'apprentissage professionnel pour le négliger au point de laisser croire qu'il n'y a aucune différence entre un chirurgien et un médecin généraliste au final dans la responsabilité et la valorisation financière de l'activité ? Nous sommes responsables de cet oubli et il devient urgent de faire reconnaître nos différences pour les spécialités concernées, pour en défendre la valorisation. Ceci passera inévi-

tablement par une définition stricte de ce qui n'est pas dans le giron du compagnonnage et de l'évaluation de celui-ci. La solution à ce problème passe sûrement par une meilleure définition de cette formation initiale "technique" autant sur le plan universitaire (objectifs et validation), que sur sa reconnaissance par les tuteurs seniors qui devraient y consacrer un temps reconnu et défini.

Ce qui a toujours été fait comme un compagnonnage « spontané », selon la méthode des artisans compagnons, mérite sûrement d'être écrit et défini dans la suite de la publication des référentiels métiers (Mission Matillon, 2006) qui avaient déjà bien repris l'analyse des pré-requis scientifiques et comportementaux nécessaires pour former notamment un chirurgien. Au moment où les expériences de stages d'interne de spécialités en secteur privé sont mises en route, l'absence d'encadrement et de définition du compagnonnage adéquat risque de faire défaut. Ceci peut s'avérer dommageable pour nos internes.

Souhaitons que nos Académies (Médecine et Chirurgie) puissent s'emparer de ce sujet pour le porter avec le recul et la sagesse qui les caractérise dans le même temps où il est de notre devoir de porter haut et fort l'étendard de la reconnaissance nécessaire pour ces activités techniques à haute valeur ajoutée.