

Éditorial

Souvenirs de la correction d'ECN 2008. Florilège à l'usage de ceux qui nous suivront à Rungis Memories of ECN 2008 corrections

Mots clés : Internat ; ECN ; Enseignement ; Pyélonéphrite de l'enfant

Keywords : Resident; Education; Professional competence; Pyelonephritis

Tout lecteur est un patient qui s'ignore. Tout patient qui s'ignore est susceptible d'être soigné un jour par un médecin issu de l'examen classant national (ECN), l'internat « pour tous », censé classer tous les futurs internes sur une seule épreuve nationale. Classement qui, à défaut d'imposer un choix, ouvre – ou n'ouvre pas – des perspectives d'exercice et de carrière.

C'est donc les mains moites que, PU tirés au (mauvais) sort, nous nous sommes retrouvés, venus de partout pour arriver nulle part, dans un hôtel d'un autre monde, échoués entre Rungis et Orly. En mission « nationale ».

Ceux qui nous avaient précédés nous avaient prévenus. Mais la réalité a dépassé la fiction comme les récits. Une organisation « paramilitaire » : qui va du « non conseillé de dormir chez soi », au « pas-de-mouvement-sans-déposer-les-copies à la consigne », en passant par le transport des copies signées par la Brinks. . . Ce n'est que le cinquième jour que certains d'entre nous – plutôt les non fumeurs – ont constaté qu'il faisait jour dehors. . .

Indicateurs d'activité binôme par binôme, groupe par groupe, copie par copie, et marqueurs de performance à la clé, nous devons ne sortir qu'une fois toutes les dites copies corrigées (trois sessions de 90 correcteurs pour trois sujets, environ 6045 copies par sujet au total ; un gouffre pour, nous dit-on, un budget de deux millions d'euros. . .) : ouverture des salles à 7 h 00 pour une amplitude de travail prévue « de 7 h 00 à 23 h 00 » (en pratique largement dépassée, faisant rêver au repos de récupération post-garde et douter en l'espèce du respect de la réglementation du travail). . . Au total 250 à 500 copies (pour les plus rapides, heureux d'être tombés sur un dossier « facile » à corriger).

Toute copie est l'objet d'une double correction d'où la constitution de binômes à l'origine de rencontres, ou d'implosion, c'est selon. . . Binôme de la dépendance puisqu'une boîte de 50 copies (à j2 nous ne parlions plus que par « boîtes ») ne peut être commencée sans que la précédente ait eu sa double correction.

Nous avons compris au fil des copies que nous expérimentions pour la première fois la règle « des cinq points » conjuguée à l'explosion du nombre de candidats : tout écart de 5 % entre les deux correcteurs du binôme imposait une troisième correction qui revenait au binôme en cause. D'ailleurs notre question n° 6, comble de la détresse, est apparue peu sélective avec en moyenne 57 points sur 100, $\pm 11,90$ pour notre groupe et une belle distribution normale. Le système informatique était plutôt efficace et les serveurs du restaurant plutôt inutiles vus les heures passées à corriger.

Il y aurait beaucoup à dire sur une organisation qui sépare les experts qui préparent le sujet et la grille de ceux qui corrigent les copies. Quand elle ne les oppose pas. Dans notre expérience, comment ne pas pouvoir rajouter, par exemple, la chambre mère enfant comme item, enlever l'item « éviter le tabagisme passif » parental pour l'angine de fin d'observation (moins de 1 % de citation) ou modifier l'histoire clinique qui faisait envoyer 50 % des enfants en réanimation et faire qu'un candidat qui fait une biopsie rénale à une pyélonéphrite d'un enfant de cinq mois se retrouve avec la moyenne. Sans compter que plusieurs copies qui potentiellement tuaient l'enfant se retrouvaient avec la moyenne. . .

Que le lecteur-candidat de ce concours ECN 2008 ne cherche pas là des indices ou des recettes. Il y est simplement question ici d'un ressenti de huit correcteurs après 17 à 19 heures de labeur par jour, cinq jours durant comme un miroir tendu à notre fonction de correcteur et à celle d'enseignant. Du cas clinique corrigé, le n° 6, nous précisons simplement, que pour la « facilité » (?) d'interprétation, il s'agissait d'un cas d'infection urinaire haute chez un nourrisson de cinq mois et que le(s) rédacteur(s) (faisant en cela preuve d'une intense imagination) avait pris soin de confier à la mère une fonction particulière, celle de manipulatrice en médecine nucléaire (certes en congé parental) et choisi comme facteur de risque de cette infection urinaire haute

un phimosis. . . D’ou un florilège assez concentré sur ces deux thèmes.

Revue de détails, forcément partielle et partielle.

Pour ce qui est de la fonction maternelle, nombreux imprégnés en ont de facto contre-indiqué l’allaitement, « *du fait du risque de toxicité nucléaire pour le nouveau-né* », bien que d’autres aient précisé que « *les radiations ionisantes ne passaient pas dans le lait maternel* » et qu’à ce titre il fallait « *donner à l’enfant (de 5 mois) une information claire, intelligible et loyale* ». . . À noter que cette expression « *d’information claire, intelligible et loyale* », que certains candidats rapportent à la loi Kouchner de 2002, d’autres au Code de déontologie (sic) est sans doute la phrase le plus souvent retrouvée.

Bien sûr, le phimosis est arrivé largement en premier de ce bref florilège : la prise en charge du phimosis est « *pluridisciplinaire* », « *le phimosis n’impose pas un traitement parentéral* », le traitement du phimosis pouvant se faire « *par dilatation au ballonnet par voie endoscopique* ». . . Cependant, le phimosis se doit d’être « *respecté* », alors que pour d’autres il faut prévoir rapidement « *une consultation orthopédique, chirurgicale et anesthésique après accord parental* », bien que « *le prépuce ne soit pas un facteur de risque de cancer* » même chez un nourrisson « *dont l’appareil urinaire encore impubère est immature* ». Pour beaucoup, il est essentiel de « *décapoter* », en évitant cependant « *le décapotage des parents* » là où d’autres pensent aux bienfaits des « *bisous locaux* » (. . .). Informer la mère semble à la fois une obsession et un métier puisque certains ont proposé « *d’informer la mère que le décalotage du gland se fera progressivement par les sécrétions humorales et se parachèvera avec les érections* », ce qui constitue en soit un programme éducatif.

Le lait maternel, dont certains nous ont rappelé tous les bienfaits et notamment « *qu’il était d’un coût quasi nul* », était l’objet aussi de quelques perles : « *pour l’alimentation, après information claire et loyale et appropriée, il faut expliquer à la mère l’intérêt de la poursuite de l’allaitement maternel* » ou l’allaitement au risque de la loi Kouchner !

En ce qui concerne le leitmotiv de « *rassurer la mère* », d’autres ont élargi le débat puisqu’il fallait aussi « *rassurer le patient* » (de 5 mois) et les parents auxquels on proposait, de fait, un « *soutien psychologique* » dans la prise en charge de ce phimosis. Là où d’autres proposaient comme gage d’une réussite thérapeutique « *une présence parentale compétente* ».

Question examens complémentaires, la T2A fait une entrée timide. À la question de savoir s’il faut faire une scintigraphie dans cette indication la réponse est non : « *on lui explique que l’hôpital tient une politique d’économie de la santé sans réduction de la qualité des soins* » ou bien qu’il s’agit là d’un problème de santé publique : « *réduire les coûts de santé en ne faisant que les examens nécessaires* ».

Sur le plan bactériologique, on peut citer l’*Escherichia coli* comme germe « *facilité par le fait de porter des Pampers* », que l’« *ECBU doit être systématiquement validé dans ce contexte tendancieux* » ou « *réserve aux situations indispensables* ». À noter, c’est important, que « *la bandelette urinaire ne permet pas d’éliminer une méningite* ».

Enfin on notera quelques informations importantes relatives à la petite enfance. L’enfant de cinq mois sus-cité se voit imposer le « *repos au lit* » mais il « *lui était proposé des boissons fraîches à volonté* » ou « *du thé non sucré à la demande* » bien que l’on ait « *rarement la possibilité de faire pisser un enfant sur la bandelette* », en revanche le nourrisson peut bénéficier « *d’un antalgique adapté à l’hétéro-évaluation de la douleur* ». Cet enfant de cinq mois peut aussi, à la vue de ces corrections, bénéficier « *d’une éviction scolaire* », voire « *d’un arrêt de travail* », quand ce n’est pas la « *mise à l’écart de la fratrie* ».

Enfin, notons à tout seigneur tout honneur : le prépuce reste un « *organe noble* » qui peut être, outre élargi par les ballonnets, « *agrandi au coton tige* » et qu’en « *cas de circoncision chirurgicale* », il ne faut ne oublier « *l’envoi du prélèvement en bactériologie* » et « *en anapath* ». Et toujours « *rassurer la mère* » ce qui « *permet [entre autres] d’acquérir une immunité* ». . .

Si le lecteur peut sourire de ce florilège, le rire sarcastique des correcteurs témoigne plus de leur désarroi et de leur questionnement sur leur rôle d’enseignant. Ne peut-on pas faire autrement ? Les autres pays organisent-ils ce type de sélection [1,2] ? Si oui, de quelle manière ? Les modifications annoncées (lecture critique d’article) permettront-elles une sélection plus performante sans reproduire les mêmes travers dus au dictat du « mot clé » ? Au nom de la sacro-sainte égalité des chances, n’avons-nous pas enfanté un système dans lequel les vertus de l’anonymat sont corrompues par l’infantilisation de la grille de correction ? Grille, qui plus est, interdite d’accès aux correcteurs. La course aux mots clé comme une négation du bon sens, la récitation prévalant sur l’analyse et le parcours de soins. L’ECN, comme examen final et point d’orgue de la formation ? Il faut s’interroger sur celui-ci. En amont du concours, et durant plusieurs années, toute l’énergie des étudiants est focalisée sur cette épreuve, parfois au détriment des stages cliniques. La formation médicale a toujours privilégié l’acquisition des connaissances à la réflexion, mais aujourd’hui la méthode de sélection finale modifie profondément la manière dont sont retranscrites ces connaissances ; l’étalage du savoir remplaçant la hiérarchisation de l’information. Il serait bon de s’interroger sur les conséquences à long terme de ce formatage de la pensée – et de l’exercice – de nos futurs confrères/collègues.

Références

- [1] Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA 2002;287:226–35.
- [2] Sherbino J, Bandiera G, Frank JR. Assessing competence in emergency medicine trainees: an overview of effective methodologies. CJEM-JCMU 2008;10:365–71.

G. Pialoux^{a,*}
R. Salmi^b
H. Laurichesse^c
D. Mitanchez^d
B. Foliguet^e
C. Isnard Bagnis^f

^a *Hôpital Tenon, AP–HP, 4, rue de la Chine,
75020 Paris, France*

^b *Université Victor-Segalen,
33076 Bordeaux cedex, France*

^c *Service de maladies infectieuses et tropicales,
hôpital de l'Hotel Dieu, 63058 Clermont-Ferrand,
France*

^d *Hôpital Armand-Trousseau, AP–HP,
75571 Paris cedex 12, France*

^e *Laboratoire de biologie de la reproduction, université de
Nancy, 54042 Nancy cedex, France*

^f *Hôpital de la Pitié, AP–HP, 75013 Paris, France*

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gilles.pialoux@tnn.aphp.fr
(G. Pialoux).

9 septembre 2008

Disponible sur Internet le 21 novembre 2008