

# La réforme du troisième cycle des études médicales : où en est-on ?

Benjamin Lavigne<sup>1</sup>  
Audrey Fontaine<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Les Toises, Centre de psychiatrie et de psychothérapie, Lausanne, Suisse

<sup>2</sup> Présidente de l'Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (Affep) de 2016 à 2018

Rubrique dirigée par Audrey Fontaine et Benjamin Lavigne

**Résumé.** Depuis novembre 2017, les internes sont soumis à la réforme des études du troisième cycle des études médicales. Cette réforme, dont les premiers travaux ont débuté en 2009, a mis du temps à aboutir, subissant les remous politiques et les refontes de commissions diverses. Mais elle a permis de reposer les bases des compétences jugées nécessaires pour qu'un interne puisse exercer le métier de médecin, et en particulier celui de psychiatre.

Les principales modifications apportées par la réforme concernant la forme elle-même du déroulement de l'internat : constitué désormais de trois phases de contenu pédagogique progressif intitulées respectivement phase socle, phase d'approfondissement et phase de consolidation, il garde une durée totale de quatre années. Les stages sont désormais choisis en fonction de l'avancée dans ces phases, les premiers permettant ainsi d'acquérir les bases du métier, quand les derniers permettent au contraire de se préparer à l'autonomie du post-internat.

Deux options font leur apparition : la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et la psychiatrie de la personne âgée. L'addictologie devient une formation spécialisée transversale, accessible aux psychiatres et à d'autres spécialités médicales. La psychiatrie médicolégale n'a en revanche pas été reconnue comme option à part entière.

Apportant un certain nombre de changements pertinents, pour certains cependant assez lourds sur le plan organisationnel, cette réforme n'en présente pas moins quelques limites, pour lesquelles un travail de fond, mené conjointement par les universitaires, les internes, mais aussi tous les praticiens accueillant des étudiants, est toujours d'actualité.

**Mots clés :** réforme des études médicales, interne hospitalier, psychiatre, université, enseignement supérieur

**Abstract. The reform of the third cycle of medical studies: where do we stand ?** Since November 2017, interns have been subject to the reform of postgraduate medical studies. This reform, whose first work began in 2009, took time to complete, undergoing political upheavals and the reshuffling of various commissions. However, it has laid the foundations for the skills deemed necessary for an intern to be able to practice the profession of a doctor, and in particular that of a psychiatrist.

The main changes made by the reform concern the form of the internship itself: now consisting of three phases of progressive pedagogical content entitled respectively the core phase, the deepening phase and the consolidation phase, it will last a total of four years. The internships are now chosen according to the progress in these phases, the first phase permits to acquire the basics of the profession, while the last two allow to prepare for the autonomy of the post-internship.

Two options are emerging: child and adolescent psychiatry, and elderly psychiatry. Addictology is becoming a transversal specialized training, accessible to psychiatrists and other medical specialties. Forensic psychiatry, on the other hand, has not yet been recognized as a completely established option.

Bringing a number of relevant changes, some of which are nevertheless quite cumbersome from an organizational point of view, this reform nevertheless has some limitations, for which substantive work, carried out jointly by academics, interns, but also all practitioners hosting students, is still relevant.

**Key words:** reform of medical studies, hospital intern, psychiatrist, university, higher education

**Resumen. Reforma del tercer ciclo de los estudios de medicina: ¿en qué punto está ?** Desde el mes de noviembre de 2017, los médicos internos están sometidos a la reforma de los estudios del tercer ciclo de estudios de medicina. Esta reforma cuyo inicio se sitúa en 2009 se tomó el tiempo para llevarse a cabo al sufrir los embates políticos y las remodelaciones de las diferentes comisiones. Pero ha permitido que se replanteen las bases de las competencias consideradas necesarias para que un médico interno pueda ejercer el oficio de médico, y en particular el de psiquiatra.

**Correspondance :** B. Lavigne  
<lavignebe@gmail.com>

Las principales modificaciones aportadas por la reforma en cuanto a lo que es la misma forma del desarrollo del internado: en adelante constituido de tres fases de contenido pedagógico progresivo tituladas respectivamente fase base, fase de profundización y fase de consolidación, mantiene una duración total de cuatro años. En adelante las prácticas están escogidas en función del avance de estas fases, permitiendo los primeros así adquirir las bases del oficio cuando los últimos permiten al contrario prepararse a la autonomía del post-internado.

Dos opciones aparecen: la psiquiatría del niño y del adolescente, y la psiquiatría de la persona de edad. La adictología se convierte en una formación especializada transversal, accesible a los psiquiatras y a otras especialidades médicas. La psiquiatría médico-legal por contra no ha sido reconocida como opción de pleno derecho.

Al aportar cierto número de cambios pertinentes, para algunos sin embargo bastante pesados a nivel organizacional, esta reforma no deja de presentar sin embargo algunos límites para los que un trabajo de fondo, llevado conjuntamente por los profesores de universidad, los médicos internos pero también por aquellos que acogen a estudiantes, sigue siendo actual.

**Palabras claves:** reforma de estudios de medicina, formación médica, médico interno hospitalario, psiquiatra, universidad

## Introduction

L'année 2017 a été riche en rebondissement sur le plan de la formation médicale de 3<sup>e</sup> cycle en France. Elle a vu la mise en application d'une réforme complexe et technique qui a complètement réorganisé le système. Légiférée par le décret du 25 novembre 2016 [1] et par les arrêtés du 12 et du 21 avril 2017 [2, 3], la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales est source de changements structurels majeurs tels que l'institution du diplôme d'études spécialisées comme le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice d'une spécialité, et l'approche par compétences. Sa mise en place se confronte à de nombreux enjeux en termes de politique de santé, d'éducation, et de mise en application pratique. En psychiatrie notamment, le cursus devient plus tubulaire, le nombre de stages obligatoires en service universitaire est triplé mais les capacités de formation pratique n'ont que peu augmenté, induisant des problèmes de réalisation des maquettes de formation sur le plan local. De nombreuses discussions ont lieu autour des formations spécialisées en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie médico-légale et psychiatrie de la personne âgée.

Dans cet article, nous ferons un historique de la mise en place de la réforme et une présentation générale du système au sein duquel les internes nommés depuis novembre 2017 évoluent.

## Rationnel de la réforme

Le cursus médical en France était long, complexe, riche en disparités et incohérence. Tel était le constat précédant la mise en place de la réforme.

Tout d'abord, les études médicales ne se suffisaient pas à elles-mêmes. Il existait un grand nombre de

formations pré- et post-diplômes, tels que les DESC (diplômes d'études spécialisées complémentaires), les DU (diplômes universitaires, régis par une faculté de médecine), DIU (diplômes inter-universitaires, organisés entre plusieurs facultés de médecine), ou capacités. Ces formations étaient très souvent nécessaires à l'étudiant afin d'avoir le droit d'exercer sa spécialité. C'était notamment le cas en chirurgie pour obtenir une sur-spécialisation.

De plus, certaines de ces formations complémentaires, dont les degrés d'exigences divergeaient d'un diplôme d'étude spécialisé (DES), permettaient parfois d'aboutir à la même sur-spécialisation, et garantissaient l'autorisation d'exercice. Par exemple, pour devenir médecin addictologue, il était possible de : soit réaliser un DESC d'addictologie, nécessitant deux ans de formation pratique et des cours théoriques, soit réaliser une capacité d'addictologie, représentant environ cent heures de cours théorique et 40 jours de stage. De même le DIU de psychiatrie générale, d'une durée d'un an ou deux en fonction des facultés, permettaient à des médecins, en particulier généralistes, d'être finalement reconnus psychiatres, au même titre qu'un interne ayant validé ses 4 années de diplôme d'étude spécialisée. Avec de telles disparités de formations de base, comment était-il possible d'assurer un niveau de compétence minimum similaire et de contrôler les flux de professionnels ?

Outre différentes formations qui menaient au même type d'exercice, il s'avère que les modalités d'évaluation au sein d'un même DES n'étaient ni claires ni consensuelles, et pouvaient donc fortement varier selon les villes de formation universitaire. Ainsi, certaines régions exigeaient la validation complémentaire de diplômes universitaires ou inter-universitaires pour valider un DES, ou un DESC alors que la validation de la même spécialité dans une autre région ne nécessitait rien de plus que l'aboutissement de l'internat et la validation de la thèse.

Au-delà de ces incohérences nationales intra-spécialité, les aspects pédagogiques globaux du 3<sup>e</sup> cycle étaient à revoir : les premiers et derniers semestres étaient officiellement traités de la même manière, sans prendre en compte l'évolution des compétences de l'interne. Ainsi, les responsabilités exigées en fin d'internat restaient relativement modérées, et la transition vers le premier poste hospitalier, donnant aux jeunes médecins des responsabilités très importantes, était parfois brutale.

Faisant le constat que l'internat en médecine (ou 3<sup>e</sup> cycle) en France avait un besoin net d'améliorations, le gouvernement avait lancé dès 2009 des travaux pour le réformer.

Il aura fallu huit ans de discussions et de réflexions pour aboutir à la publication au *Journal officiel* des premiers textes régissant la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales (R3C), et à sa mise en application en novembre 2017. Revenons sur ces huit années de dur labeur.

## Historique de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales

En 2009 fut lancée une première Commission de l'internat et du post-internat (Cnipi 1), suivie en 2011 d'une deuxième version, la Cnipi 2. Cette commission confirmait la nécessité d'une restructuration profonde du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales. Elle soulignait aussi l'importance de créer des « niveaux de formation », c'est-à-dire qu'un interne en début de cursus ne pouvait pas être soumis aux mêmes exigences d'autonomie et de compétences qu'un interne de fin de cursus, et par conséquent ne pouvait pas prétendre aux mêmes lieux de stages. Certaines propositions furent aussi rédigées, comme l'intégration du statut d'assistant spécialisé hospitalier dans la maquette de l'internat, et le statut de praticien hospitalier comme statut d'entrée à l'hôpital. Mais cela ne verra jamais le jour, puisque la Cnipi fut rapidement dissoute. Elle a été remplacée en 2013, sur proposition des ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la recherche, par le groupe de travail 3<sup>e</sup> cycle (G3C), mené par les professeurs Provot et Couraud.

Faisant suite aux réflexions préalables, le groupe de travail 3<sup>e</sup> cycle proposa une réorganisation complète des formations initiales et complémentaires avec la suppression des DESC qualifiants et non qualifiants, ainsi que des capacités afin d'harmoniser l'ensemble des spécialités. La sur-spécialité ne pourrait désormais s'acquérir que via des options, formations accessibles à un DES précis (ex : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et à des formations spécialisées transverses (FST), qui seraient accessible à plusieurs DES (exemple : addictologie accessible à la psychiatrie, à l'hépatogastro-entérologie, la pneumologie, etc.). De

nouveaux DES furent proposés à la création, tels que la médecine d'urgence ou la gériatrie. Les filières et disciplines furent remaniées, et seules trois persistent : spécialités médicales, spécialités chirurgicales et biologie médicale. La psychiatrie, quant à elle, perdit son statut de discipline à part entière, pour être intégrée dans le champ des spécialités médicales.

Le rapport remis par ce groupe de travail préconisait également une formation subdivisée en trois phases progressives et à valider : socle, intermédiaire, et mise en responsabilité [4]. Ces 3 phases correspondaient à une augmentation graduelle des compétences et du niveau de responsabilité. La thèse de médecine aurait été jumelée au mémoire de spécialité et soutenue avant la 3<sup>e</sup> phase de formation. Cette dernière phase était imaginée afin que l'interne puisse exercer en pleine autonomie.

Cependant, cette mise en autonomie des internes aurait nécessité la création d'un statut spécifique en phase 3. Les contours légaux de ce statut, notamment en termes de responsabilité endossée en phase 3, furent sources de nombreuses incertitudes pour les jeunes médecins, et de nombreux détails ne sont d'ailleurs toujours pas clairs à l'heure actuelle.

En parallèle des réflexions « globales » et trans-spécialités, s'étaient également déroulées les auditions des différentes spécialités. Chaque collège de spécialité avait été invité à remettre en octobre 2014 une première version des maquettes de formation qu'ils souhaitaient pour leur spécialité.

Les discussions allaient bon train, et 2016 fut annoncé comme année de mise en place. Cependant, cette date s'avéra finalement beaucoup trop optimiste pour régler les différents enjeux qui émergeaient à la fois des discussions sur les maquettes et de la plus grande responsabilité des internes en fin de cycle de formation. L'ISNI, Intersyndicale nationale des internes, tira la sonnette d'alarme sur de nombreux points de la réforme telle qu'elle était proposée. De plus, un rapport IGAS-IGAENR conclut, en janvier 2015, à la non-applicabilité de la réforme pour 2016, soulignant notamment un problème de forme en lien avec le statut de la 3<sup>e</sup> phase.

S'en est suivie la mise en place d'une nouvelle commission la CNEMMOP, Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie, dont la première réunion s'est déroulée en juillet 2015. L'objectif de cette commission était de formuler des propositions concertées sur les évolutions pédagogiques. L'architecture réfléchi par le groupe précédent se maintint, les trois phases persistent mais changèrent de nom et devinrent : phase initiale, phase d'approfondissement, et phase de consolidation.

De nombreuses discussions eurent lieu autour des durées de formation. Le ministère était farouchement opposé à une augmentation des durées de formation. Mais de nombreux collèges de spécialités et associations d'internes de spécialités soulignaient la nécessité

d'allonger leur durée de formation pour s'harmoniser avec les collègues européens et améliorer leur qualité globale de formation. C'était le cas notamment de l'hépatogastro-entérologie, de la cardiologie et de la néphrologie.

Les discussions se sont poursuivies, plus ou moins tendues, allant jusqu'à la grève des internes en avril 2017. Le 25 novembre 2016 paraît au *Journal officiel* le décret n° 2016-1597 portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine [1]. Ce décret fut complété par 2 arrêtés : celui du 12 avril 2017 fixait l'organisation du troisième cycle [2], et celui du 21 avril 2017 donnait la liste des diplômes d'études spécialisées, y compris des options et des formations spécialisées transversales, ainsi que des connaissances et compétences transversales et spécifiques nécessaires à acquérir [3].

Et la réforme du 3<sup>e</sup> cycle entra enfin en application en novembre 2017.

## Quels changements pour la psychiatrie ?

Premièrement, la durée de l'internat de psychiatrie ne change pas : quatre ans pour le DES de psychiatrie générale. Celles-ci sont divisées en trois phases, dont le contenu pédagogique est censé progresser, permettant aux internes de phase socle d'apprendre les bases, puis à ceux de phase d'approfondissement d'apprendre les contenus de spécialité, pour qu'enfin les internes de la phase dite de consolidation puissent s'exercer à une pratique en quasi-autonomie.

Outre les compétences et connaissances transversales et communes que tout étudiant doit acquérir par phase pour devenir médecin spécialiste (décrites dans l'arrêté du 21 avril 2017), l'étudiant inscrit en DES de psychiatrie doit valider un certain nombre de compétences spécifiques qu'il acquiert au cours de la maquette suivante :

- 4 semestres de psychiatrie d'adulte,
- 1 semestre de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
- 1 semestre de psychiatrie de la personne âgée ou addictologie ou psychiatrie de la périnatalité ou psychiatrie de l'adolescent,
- 2 semestres libres (recommandés : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pédiatrie, gériatrie, neurologie, médecine légale, santé publique).

### Phase socle

Celle-ci est prévue pour durer une année. Il s'agira pour l'interne de découvrir la psychiatrie d'adulte, ainsi que celle de l'enfant et de l'adolescent, au cours de deux stages d'un semestre. Chaque stage devra être considéré comme possédant un niveau d'encadrement universitaire suffisant, niveau évalué par la commission d'agrément.

À l'issue de cette phase, une évaluation des compétences est proposée, et le contrat de formation est discuté entre l'interne et le coordonnateur local de DES. L'enjeu est de déterminer si l'interne se prédestine à une option, parmi la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou la psychiatrie de la personne âgée, à une FST comme l'addictologie, ou à l'exercice de la psychiatrie d'adulte sans options. En fonction de ce choix, et en fonction des quotas déterminés au niveau national, l'interne devra organiser ses stages ultérieurs de manière à remplir les exigences de chaque maquette. Les options seront présentées dans un prochain numéro.

### Phase d'approfondissement

D'une durée de deux ans, elle permet à l'interne d'approfondir ses connaissances en vue de la passation de la thèse d'exercice. En effet, un des principaux changements de cette maquette est qu'elle rend nécessaire la validation de la thèse d'exercice à la fin de la phase d'approfondissement, là où elle pouvait l'être dès la deuxième année par le passé, et souvent réalisée en fin de dernière année. L'encadrement universitaire peut être moins important au cours de cette phase, de nouveau les agréments étant validés par une commission. L'interne est ensuite libre de choisir son stage, toujours dans l'objectif de valider la maquette au final.

Il est convenu que l'interne peut changer d'avis concernant une éventuelle option jusqu'à la fin de la deuxième année. Cela pour permettre à d'éventuels « coups de foudre » de ne pas survenir trop tard, et donc d'empêcher de poursuivre une surspécialisation en psychiatrie de la personne âgée ou en addictologie notamment, qui ne sont pas forcément découvertes au cours de la première année.

### Phase de consolidation

Il s'agit de la dernière année d'internat, après la validation de la thèse. Elle peut permettre de réaliser des stages d'une année, mais de manière non obligatoire, l'enjeu étant de permettre aux internes un statut de semi-autonomie, dont le cadre légal n'est cependant toujours pas clair – comme d'ailleurs le titre et le statut de ce « super interne ». La première promotion arrivera à ce stade en 2020, ce qui laisse encore deux ans aux instances pour se décider.

À la fin de cette phase de consolidation, l'interne devra valider un mémoire de spécialité, qui lui permettra au final de valider son DES de psychiatrie.

### Options et FST

Deux options et 8 FST ont été validées par les ministères (*tableau 1*).

Le Collège national des universitaires de psychiatrie et l'Association française fédérative des étudiants ont fait du lobbying pour la mise en place d'une option

**Tableau 1.** Options et FST ouvertes au DES de psychiatrie.

Options	FST
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	Addictologie
Psychiatrie de la personne âgée	Douleur
	Expertise médicale-préjudice corporel
	Médecine sexuelle de la reproduction
	Nutrition appliquée
	Pharmacologie médicale/thérapeutique
	Soins palliatifs
	Sommeil

de psychiatrie médicolégale, les besoins de formation spécifique en la matière n'étant plus à démontrer. Cependant, le ministère est resté sourd à cette revendication. À défaut il a été créé une FST « expertise médicale-préjudice corporel » qui regroupe un grand nombre de spécialités, et qui ne répond pas du tout à la nécessité absolue actuellement présente en psychiatrie de former des psychiatres au mode d'exercice particulier qu'est la psychiatrie légale. Un des enjeux des années à venir reste donc pour la discipline de faire valoir l'intérêt de la création d'une option de psychiatrie médicolégale.

### Enseignement théorique de la psychiatrie

Cette réforme a également permis de proposer une uniformisation au niveau national des contenus pédagogiques que reçoivent les internes au cours de leur cursus. Ainsi, si les enseignants locaux peuvent toujours déterminer la forme et une partie des cours qu'ils proposent, les internes auront également accès à une banque d'*e-learning* construite nationalement sous l'égide du CNUP. La plateforme Sides<sup>1</sup> regroupe à la fois le *e-learning*, portfolio et suivi des acquisitions pédagogiques, mais permet également la validation des stages. L'enjeu est de regrouper et d'uniformiser l'apprentissage des étudiants au niveau national.

### Les limites de la R3C

Uniformisation et graduation des apprentissages, clarification des parcours, la R3C semble être une avancée majeure pour l'éducation médicale de 3<sup>e</sup> cycle. Cependant, de nombreux écueils persistent.

Tout d'abord, les cursus se tubulisent et certains peuvent y voir une réduction de la diversité de formation. Par exemple, la disparition du caractère obligatoire du semestre hors-psychiatrie, ou le passage à un seul semestre de pédopsychiatrie obligatoire au lieu de deux ont été pourvoyeurs de nombreuses tensions et désaccords au sein des groupes de réflexion.

La question de la formation en psychothérapie reste entière. Même si l'apprentissage de psychothérapies est encouragé, et fait partie de « compétences » à acquérir, il reste très peu clairement codifié au sein du *e-carnet* de formation en psychiatrie. Ainsi, les internes de psychiatrie peuvent donc toujours terminer leur internat en étant reconnu psychothérapeutes, sans jamais avoir travaillé autre chose qu'un ou deux séminaires de découverte de la psychanalyse, des TCC ou des courants systémiques, ce qui semble clairement insuffisant.

Un autre point source d'inquiétudes est le risque que la formation soit en réalité diminuée globalement par ce passage en trois phases de contenu pédagogique successif. En effet, le docteur junior étant en autonomie supervisée, il faut que l'interne soit assez autonome en trois ans pour passer en autonomie supervisée la quatrième année. Cela correspondrait au final à trois années de formation effectives, et il y a aurait donc risque d'un appauvrissement théorique. D'autre part, sur un plan plus technique, le changement de statut en phase 3 oblige, le cas échéant, à réaliser l'option en fin de phase 2. En effet, l'étudiant en option doit avoir un encadrement plus étayé qu'une simple autonomie supervisée afin d'acquérir les compétences essentielles de sa sur-spécialisation. Cela bouleverse complètement les habitudes de formation et rend la transition délicate entre période avant la réforme et après la réforme.

Sur le même sujet, et accentuant encore les tensions liées à la transition, la réforme a amené le passage d'un stage en CHU obligatoire à trois pour le DES de psychiatrie. Or, les capacités de formation n'ont, elles, pas été augmentées. Avant la réforme, la psychiatrie était déjà l'un des parents pauvres au niveau de l'encadrement universitaire avec un total national de 102 postes de professeurs de psychiatrie, dont 75 en psychiatrie de l'adulte et 27 en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Une faculté de médecine sur cinq ne disposait pas de professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) en pédopsychiatrie. Tripler les besoins de formation en CHU n'améliore pas la situation. Aussi, nombreux sont les internes qui s'inquiètent de la faisabilité des nouvelles maquettes, et ce malgré les promesses du gouvernement de favoriser le développement de la pédopsychiatrie universitaire.

Enfin, un des écueils majeurs de la réforme réside dans le refus de la part du gouvernement de créer l'option de psychiatrie médicolégale. Les demandes médicolégales en psychiatrie vont croissant, de même que les exigences pesant sur les psychiatres, rendant essentielle une formation spécialisée.

<sup>1</sup> Système inter-universitaire dématérialisé d'évaluation en santé.

## Conclusion

La réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales a été le fruit de plusieurs années de discussions et de réflexions. Elle a permis de se poser la question de l'apport pédagogique au cours de l'internat, et de rediscuter des compétences nécessaires à l'exercice du métier de psychiatre. Elle a également mis en exergue que la formation des futurs médecins cristallisait de nombreux enjeux en termes de politique de santé. Elle réaffirme l'importance de considérer l'interne comme un étudiant, et non comme la réponse à l'appauvrissement de la démographie médicale.

La réforme est source de modifications profondes du système d'éducation, et au-delà du système de santé lui-même. La phase de transition entre système pré- et post-réforme a été peu anticipée et de nombreux points restent encore à améliorer et éclaircir, ce qui la rend encore plus difficile. Aussi, il est essentiel que les internes, via leurs associations représentatives, s'impliquent au niveau local auprès des différents acteurs afin de trouver des solutions pratiques, assurant une formation de qualité à l'ensemble des internes en DES de psychiatrie, qu'ils dépendent du système avant la réforme ou du système de la réforme. Il est de la responsabilité de l'ensemble des parties prenantes d'éviter

ce qui a été nommé depuis la grève des internes d'avril 2017 la « promotion sacrifiée ».

**Liens d'intérêt** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. 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. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&dateTexte=20170717> (consulté le 17 décembre 2018).
2. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758&categorieLien=id> (consulté le 17 décembre 2018).
3. 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. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/21/MENS1712264A/jo>. (consulté le 18-10-2018).
4. Couraud F, Pruvot FR. Propositions pour la formation initiale et la formation tout au long de la vie des spécialistes médicaux. Paris : Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle, 2015. [http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Formation\\_continue/80/9/RAPPORT\\_G3C2\\_080615v2\\_449809.pdf](http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Formation_continue/80/9/RAPPORT_G3C2_080615v2_449809.pdf) (consulté le 17 décembre 2018).

Offre de soins en Psychiatrie ●●●



## Ces psychotiques qui vieillissent

Comment penser la prise en charge au plan clinique, institutionnel et éthique d'une minorité sociale : celle des psychotiques âgés ? Quelles sont les actions concrètes pour améliorer leur qualité de vie ?

Georges Jovelet s'appuie sur son expérience pour définir au plan d'une clinique psychiatrique et anthropologique, la catégorie des malades mentaux âgés et décrire la réalité de leur condition d'existence.

Qui sont-ils et quel est leur destin social lorsqu'ils séjournent à leur domicile, celui de proches aidants ou en institution ?

L'auteur livre une réflexion en 3 axes :

- L'évolution des missions des Ehpad.
- Les politiques d'articulation des secteurs sanitaires et médicosociaux.
- Les considérations idéologiques, d'engagement variable dans les pratiques.

**L'AUTEUR**  
Georges Jovelet est psychiatre des hôpitaux, chef de service et responsable du pôle psychiatrie du sujet âgé – alcoolologie à l'Établissement public de santé mentale de Prémontre. Il est également membre du Bureau national du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux - SPH et vice-président de la Société de l'Information Psychiatrique.

• Avril 2017 • 208 pages  
• ISBN : 978-2-7420-1465-1  
• 28 €  
• Collection Offre de soins en psychiatrie

 Tous les ouvrages de la collection *Offre de soins en Psychiatrie* sont disponibles sur [www.jle.com](http://www.jle.com) **En savoir +** 