

## *Le choix des étudiants candidats aux études de médecine : enjeux sociaux et pédagogiques d'une décision académique*

*L'*étude de Chantal Kohler et coll.<sup>1</sup>, qui est présentée dans ce numéro, s'intéresse au profil académique des étudiants de dix promotions consécutives de la Faculté de médecine de Nancy, ayant passé le concours organisé à la fin de la première année du premier cycle. Elle apporte des données factuelles qui confirment un certain nombre de notions jusque-là implicitement admises ou simplement soupçonnées. Ses résultats méritent incontestablement attention de la part de tous les enseignants des facultés de médecine françaises et, plus largement, de celle des responsables politiques de ce pays. Au-delà de la particularité française, ils incitent en outre l'ensemble de la communauté médicale internationale à réfléchir aux enjeux de la sélection des étudiants en médecine.

Il est important d'avoir à l'esprit que, fondamentalement, cette sélection est d'abord une pratique sociale avant d'être un problème strictement pédagogique. Diverses tensions s'expriment régulièrement autour de cette pratique, notamment entre une certaine force conservatrice qui tend à perpétuer un statu quo professionnel corporatiste et l'exigence, de plus en plus nettement formulée, d'une plus grande démocratie. Il est devenu aujourd'hui commun de constater -et éventuellement de dénoncer sur un mode nostalgique- la perte de respectabilité dont seraient victimes les médecins. Force est cependant d'admettre que la profession médicale, de par le monde, reste socialement fortement valorisée. Les médecins revendiquent -et bénéficient de fait- de la confiance du public, d'un statut social enviable et, d'une manière générale, d'un niveau de revenus très supérieur à celui de la population générale. Ainsi, pour un individu, les conséquences personnelles inhérentes au fait d'être autorisé à entamer ou à poursuivre des études médicales vont bien au-delà de la simple perspective de devenir un jour « docteur ».

Elles comprennent également la promesse de recevoir, à terme, tout un ensemble d'attributs sociaux qui confèrent une indiscutable capacité d'influence dans des domaines variés, professionnels ou non ; en font partie, par exemple, l'introduction dans diverses sociétés scientifiques mais aussi dans divers cercles intellectuels, politiques ou sociaux, l'accès aux médias, à des fondations privées ou à des agences gouvernementales<sup>2</sup>.

Ceci explique la variété des dispositifs adoptés pour affronter le problème de l'écart entre le grand nombre de candidats à la profession médicale et le nombre infiniment plus restreint de professionnels diplômés qu'une société estime nécessaire de recruter, à un moment donné, pour résoudre avec efficacité et efficience les problèmes de santé de sa population. Ces dispositifs sont en effet toujours très étroitement contingents des valeurs véhiculées par les contextes sociaux, politiques, économiques et culturels. Dans la Chine ancienne<sup>3</sup> ainsi que dans la Grèce et la Rome antiques<sup>4</sup>, cette sélection avait généralement un caractère héréditaire et privilégiait le plus souvent le droit d'aînesse. Dans l'Europe du Moyen-âge sont apparues des règles rigides faisant référence à une sorte de code de conduite morale. Dans les pays occidentaux, la période actuelle est globalement caractérisée par un contexte hautement compétitif ; les décisions s'y appuient, selon des combinaisons variables, sur tout ou partie des résultats scolaires obtenus pendant les études secondaires, sur des mesures psychométriques évaluant diverses habiletés intellectuelles et sur l'analyse de certains traits individuels se référant au caractère et aux qualités personnelles des impétrants<sup>5</sup>. Mais, même aujourd'hui, les exigences de la notion d'équité sont diversement appréciées. Au sein des nations qui érigent en valeur sociale prééminente la référence communautariste, l'objectif de ne désavantager aucune communauté

ethnique fait, par exemple, l'objet d'une préoccupation scrupuleuse<sup>6</sup> ; au nom du principe de discrimination positive (affirmative action), il peut même conduire à instaurer des quotas pour favoriser l'accès des études médicales à des étudiants issus de groupes sociaux ou ethniques historiquement défavorisés<sup>7</sup>. En France, au regard de l'idéal universaliste et républicain proclamé, de telles mesures seraient tout simplement inacceptables.

Le processus de sélection des étudiants en médecine vise en fait, implicitement ou explicitement, deux types de buts. Les uns, à court terme, concernent la progression de l'étudiant dans le cursus des études médicales. Les autres, à long terme, concernent les conséquences qu'auront les caractéristiques des étudiants promus à l'égard des orientations futures du système de santé, de la recherche bio-clinique et médico-psycho-sociale ainsi que du dispositif de formation des professionnels de santé. Ces conséquences, mal évaluées, sont indéniables même s'il est prévisible que ces orientations seront régulées et nuancées par de multiples autres déterminants. Le travail de Chantal Kohler et coll.<sup>1</sup> nous rappelle d'abord qu'en France, seuls les objectifs académiques à court terme sont explicitement pris en compte. Conformément à une certaine conception républicaine du mérite, solidement établie, la sélection des futurs médecins français repose sur les résultats obtenus à un concours écrit anonyme. Divers aléas et vicissitudes, rapportés régulièrement à la une de la presse nationale la plus sérieuse<sup>8, 9, 10, 11</sup>, n'ont pas réussi à ébranler la foi des étudiants, de leurs parents et de leurs futurs malades en sa capacité à garantir à la fois une scrupuleuse équité entre les candidats et une forte probabilité de compétence des futurs professionnels sélectionnés. La légitimité et l'efficacité sociales d'une telle procédure mériteraient pourtant d'être questionnées.

Ainsi, nous rappelle-t-on d'une part que, compte tenu de l'obligation de l'étudiant français de s'inscrire dans la (ou l'une des) faculté(s) de sa région académique, la réduction relative de la chance d'un étudiant de Dijon d'être admis en médecine est de 35 % par rapport à celle d'un étudiant de Limoges. Ainsi, d'autre part, l'analyse des résultats de l'étude nancéenne indique-t-elle que, sur les dix dernières

années, près de 70 % des étudiants admis à poursuivre leurs études de médecine ont dû redoubler leur première année, cette proportion ayant même tendance à s'accroître récemment pour atteindre près de 80 % en 2000-2001. Ces étudiants redoublants et finalement admis n'étaient pourtant pas en situation d'échec académique ; les résultats concernant l'augmentation de la note moyenne d'une année à l'autre montrent en effet que, pris globalement, presque tous avaient sans doute déjà obtenu une note supérieure à 10 sur 20 à l'issue de leur premier concours. Les résultats du travail confirment encore que seuls les étudiants issus de la série scientifique du baccalauréat d'études secondaires sont reçus au concours et que les mentions « très bien » ou « bien » obtenues à cet examen sont fortement prédictives de leur réussite. Il n'est certes pas illogique de chercher à identifier des étudiants qui aient une forte probabilité d'achever avec succès les longues études dans lesquelles ils souhaitent s'engager. Une récente analyse systématique de la littérature<sup>2</sup> montre que les résultats scolaires antérieurs ont, à cet égard, une bonne mais imparfaite valeur prédictive ; ils rendent compte d'environ 23 % des différences de performances académiques observées en premier et deuxième cycles (études « pré-graduées ») mais seulement de 6 % des résultats observés en troisième cycle (études « post-graduées »). Il est, en tout cas, licite de s'interroger sur la valeur ajoutée du concours français de première année à l'égard d'un tel objectif ; la forte redondance de ses résultats avec ceux du baccalauréat d'études secondaires suggère, de fait, que les deux procédures identifient, peu ou prou, les mêmes caractéristiques individuelles. Au-delà de la capacité à prédire les résultats académiques ultérieurs, une telle valeur ajoutée pourrait d'ailleurs être cherchée dans l'aptitude de la procédure à identifier d'autres caractéristiques jugées importantes pour l'exercice futur de la profession médicale, telles que la capacité à résoudre un problème scientifique, à identifier un problème psychologique ou social, à formuler un dilemme éthique et à prendre, dans un contexte de conflit de valeurs, une décision judicieuse et réfléchie<sup>2</sup>. D'autres professions, telles que le corps des astronautes ou des cos-

monautes<sup>13</sup>, en apparence fort éloignées de la médecine mais qui ont aussi à faire face à l'incertitude et à la complexité, ont développé des procédures d'évaluation objectives apparemment performantes d'un large panel de critères psychologiques, incluant les capacités d'adaptation et de flexibilité, de travail en équipe, de prise de décision en situation de stress ou encore de tolérance à l'isolement. En médecine, de telles procédures sont rarement mises en œuvre et certaines études ont montré l'échec du regard subjectif de psychiatres à prédire avec sécurité le profil de fonctionnement psychologique des futurs praticiens<sup>14</sup>.

A bien y réfléchir, il pourrait du reste être fallacieux d'exiger que l'étudiant démontre, dès le début de ses études, les qualités attendues de sa part lorsqu'il sera devenu un professionnel à l'issue de la formation pour laquelle on le sélectionne ; il y aurait même là, dans une certaine mesure, un paradoxe pédagogique foncier s'apparentant à un déni de ce que vise précisément la dynamique d'enseignement et d'apprentissage. Sauf à accepter de se positionner sur une conception obsolète plus ou moins fixiste et innéiste de l'intelligence, il faut en effet considérer que les aptitudes ne sont pas exclusivement des qualités pré-existantes mais qu'elles sont aussi des formes de compétences en développement, qu'elles sont modifiables à l'issue d'un apprentissage et qu'elles doivent donc être enseignées<sup>15</sup>. Il s'agit ce faisant de reconnaître que, chez une personne, les facteurs génétiques et environnementaux sont susceptibles d'une interaction durable qui n'est pas limitée aux premières années de la vie. Une autre conception erronée serait par ailleurs de considérer que des stratégies et des compétences génériques, construites par hypothèse en dehors de contextes et de connaissances spécifiques -puisque préexistantes à la formation-, pourraient garantir le transfert ultérieur des apprentissages en situation professionnelle authentique. On sait en effet que les stratégies de résolution de problèmes ne peuvent s'élaborer hors de contenus spécifiques mais que, par contre, de multiples situations particulières peuvent donner progressivement naissance, grâce à des interventions pédagogiques appropriées, à des aptitudes et à des compétences transférables<sup>16</sup>.

Les différentes règles adoptées respectivement, de par le monde, par les facultés de médecine lors des processus de sélection des étudiants, traduisent bien la variété des positionnements conceptuels possibles<sup>2</sup>. A une extrémité, certaines privilégient les mesures quantitatives et la démarche statistique à partir de tests standardisés et de scores de résultats académiques. A une autre extrémité, d'autres privilégient l'appréciation qualitative plus ou moins explicite, utilisent l'analyse au cas par cas et s'autorisent des exceptions à la règle. En cohérence avec l'idée que beaucoup d'incertitudes persistent, certaines facultés de médecine adoptent des règles de sélection en deux temps : elles vérifient d'abord, sur la base de résultats académiques, que les étudiants possèdent un « potentiel » cognitif suffisant après quoi le processus de sélection ne repose plus que sur une appréciation de traits personnels qualitatifs.

A l'issue d'une revue systématique de la littérature sur le sujet, McGaghie formule six recommandations concernant la sélection des étudiants en médecine<sup>2</sup> : 1) Les personnes responsables de la sélection dans les facultés de médecine devraient être spécifiquement formées à l'égard des enjeux, des problèmes et des perspectives de cette procédure ; 2) Les décisions de sélection devraient être faites sur la base d'informations vérifiables, objectives, relatives à des critères publics qui soient l'expression d'une politique institutionnelle ; 3) Les dispositifs de sélection devraient être développés dans un esprit d'expérimentation plutôt que dans une logique de certitude, qui accepte que les procédures soient imparfaites mais qui cherche constamment à les améliorer ; 4) Les dispositifs de sélection devraient être adaptés aux contextes nationaux et les solutions retenues devraient avoir une forte pertinence écologique, tenant compte des expériences internationales sans pour autant les reproduire par simple conformisme ; 5) Les procédures de sélection des étudiants devraient être développées en prenant en considération les contextes sociaux, politiques et économiques, compte tenu de leurs conséquences prévisibles à court et à long terme ; 6) La sélection des étudiants en médecine devrait être conduite dans une perspective évolutive, prenant en compte à la fois les résultats de

*la recherche, les acquis des expériences développées et les changements intervenant dans le champ des valeurs sociales.*

*En juin 2000, la France s'est vue décerner une très enviable -et parfois contestée- première place au classement de l'Organisation mondiale de la santé selon la « performance globale du système de santé ». Eu égard à cette position, et compte tenu précisément des conséquences du choix des futurs médecins sur les caractéristiques ultérieures du système de santé, il est légitime de s'interroger quant à la pertinence d'un dispositif de sélection de ses étudiants en médecine qui n'a pratiquement pas changé depuis plus de 30 ans. La sélection des étudiants en médecine en France résulte d'un dispositif à certains égards bien réducteur quant à ses valeurs implicites, qui privilégie notamment la compétition, l'individualisme et le « talent académique » ; ce dispositif n'est sans doute pas aussi équitable qu'il paraît puisque,*

*malgré un renforcement constant du « verrouillage docimologique » qui connaîtra pourtant -à n'en pas douter- d'autres bavures, il est marqué par des irrégularités récurrentes et induit, par exemple, des inégalités régionales ; ce dispositif est enfin générateur d'un immense gâchis éducatif en contraignant à redoubler, alors qu'ils ne sont pas en situation d'échec, en moyenne 70 pour cent des étudiants de chacune des promotions sélectionnées. Les citoyens seraient fondés à demander des comptes à l'égard d'un tel constat. Les enseignants des facultés de médecine, pour ce qui les concerne, ne peuvent assurément pas saffranchir d'une réflexion approfondie en la matière. Le projet annoncé d'une formation initiale partiellement conjointe des différents professionnels de santé pourrait être prochainement une occasion favorable à saisir pour initier un tel débat.*

*Jean JOUQUAN*

*mailto:jean.jouquan@chu-brest.fr*

1. Kholer C, Braun M, Mari G, Roland J. Evolution du profil des étudiants ayant passé le concours de PCEM1 à la faculté de médecine de Nancy de 1992 à 2001. *Pédagogie Médicale* 2003 ; 4 : 12-17.
2. McGaghie WC. Student selection. In : G. Norman, CPM van der Vleuten, DI Newble (Eds). *International Handbook of Research in Medical Education*. Kluwer Academic Publishers : Dordrecht, The Netherlands : 2002 ; 303-336.
3. Deng Yizhong. Development of medical education in China. *Acad Med* 1990 ; 65 : 512-514.
4. Drabkin IE. On medical education in Greece and Rome. *Bull Hist Med* 1944 ; 15 : 333-351.
5. Powis DA. Selecting medical students. *Med Educ* 1994 ; 28 : 443-469.
6. McManus IC. Factors affecting likelihood of applicants being offered a place in medical schools in the United Kingdom in 1996 and 1997 : retrospective study. *BMJ* 1998 ; 317 : 1111-1117.
7. Davidson RC, Lewis EL. Affirmative action and other special consideration admissions at the University of California, Davis, School of Medicine. *JAMA* 1997 ; 278 : 1153-1158.
8. Delberghe M. Le concours de première année de médecine est à nouveau mis en cause. *Le Monde*, 13 juin 1997.
9. Incidents survenus lors des épreuves du concours de fin de première année des études médicales. *Le Monde*, 26 octobre 1999.
10. Ortscheidt R. Après l'annulation du concours de médecine. Montpellier : Kafka à la fac. *Libération*, 23 octobre 1999.
11. Allain P-H. Brest : le concours de médecine recalé. Sept mois après, une des épreuves de première année doit être réorganisée. *Libération*, 10 mars 2000.
12. Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school : systematic review of the literature. *BMJ* 2002 ; 324 : 952-957.
13. Santy PA. Choosing the right stuff : The psychological selection of astronauts and cosmonauts. 1996, Westport, CT : Praeger.
14. Aldrich CK. The clouded crystal ball : A 35-year follow-up of psychiatrists' predictions. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143 : 45-49.
15. Sternberg RJ. Abilities are forms of developing expertise. *Educational Researcher* 1998 ; 27 : 11-20.
16. Tardif J. Le transfert des apprentissages. 1999, Montréal, PQ : Les Editions Logiques.