Commentaire sur l'article «Relève médicale: veut-on des diplômés, ou des médecins?»

Sélectionner ceux qui seront les plus aptes

Anne Baroffio,
Margaret Gerbase,
Mathieu Nendaz

Unité de Développement et de Recherche en Education Médicale (UDREM), Faculté de Médecine, Université de Genève

La sélection des candidats aux études de médecine est un thème complexe et d'actualité [1]. Nous ne pouvons que souscrire à l'analyse que le Docteur Jacques de Haller fait des enjeux de la sélection de nos futurs médecins et de la façon dont on procède en Suisse. La Faculté de Médecine de Genève ne pratique pas de numerus clausus, puisque la Loi de l'université de ce canton assure à chacun le libre-choix d'entrer à l'université. Conséquence inévitable, la sélection se fait en fin de 1ère année, et comme le soulève Monsieur de Haller, sur des critères aussi discutables que ceux du test d'aptitude choisi par les cantons alémaniques: si le test d'aptitude vise à mesurer un ensemble de compétences cognitives acquises durant la scolarité, notre examen de fin de première année est constitué de questions à choix multiples testant les connaissances acquises pendant l'année.

Si la sélection est un enjeu majeur et nous y reviendrons, les compétences que les étudiants vont acquérir et développer au cours du cursus en sont un autre. Si Genève n'est guère un modèle en termes de sélection de ses étudiants, elle est par contre un précurseur en Suisse par la réforme de son curriculum médical entamée en 1994 [2, 3]. La première année d'études a été «médicalisée», en particulier grâce à l'introduction d'un programme en lien avec le métier de médecin (Personne, Santé, Société) et à l'«élagage» d'un certain nombre de connaissances non pertinentes (par ex. la biologie végétale...). Dès la deuxième année d'études, la réforme genevoise s'est attachée à développer chez les étudiants des compétences indispensables à un médecin efficient, professionnel et bienveillant. Entre autres, les étudiants sont formés à la résolution de problèmes, et entraînés en vue d'acquérir des compétences cliniques et en communication dans des contextes proches de la réalité (notamment avec des patients simulés), de développer leur professionnalisme, et de les orienter vers les besoins de la communauté. On peut espérer que cette approche de formation pallie les éventuels défauts de sélection. Mais ne s'agit-il là que d'un gage?

Notre réflexion nous a amenés à nous poser les questions suivantes: qui sont nos étudiants? Quelles sont leurs qualités cognitives, mais surtout non cognitives (personnalité, capacité d'empathie, gestion du stress, types de motivations, etc...)? Quel est l'effet de notre sélection de fin de première année sur cette population? Sélectionnons-nous (ou au contraire pénalisons-nous) des traits qui seraient «désirables»? Notre cursus permet-il à nos étudiants de modifier (développer?) ces qualités «souhaitables»? Et plus loin encore, vers quelle type de pratique s'orientent-ils? Y-a-t-il un lien entre ce choix et les qualités personnelles du candidat?

L'ensemble de ces questions nous a amenés à mettre en place une étude de cohorte nommée CAPA (Contexte d'Apprentissage et Parcours Académique) initiée en 2011, qui va suivre 2 cohortes d'étudiants tout au long de leurs études. Nous avons déjà récolté et analysé un certain nombre de données [4]. Celles-ci nous apprennent que plusieurs grands attributs caractérisent notre population d'étudiants à l'entrée en première année. Le premier attribut rassemble le trait de personnalité appelé «conscience» (au sens d'être consciencieux) allié à une approche d'apprentissage en profondeur et à une gestion du stress qui consiste à se concentrer sur la tâche à accomplir. Cet attribut est plus représenté chez les étudiants qui réussissent leur première année et sont donc sélectionnés. Le deuxième attribut allie le trait d'«instabilité émotionnelle» et celui de gestion du stress par l'émotion. Cet attribut est plus fréquent chez les étudiants qui échouent. Il semble par ailleurs caractériser plus les femmes que les hommes. Ceci a pour conséquence que seule une femme sur trois est sélectionnée alors que c'est vrai pour un homme sur deux. Discrimination de genre ou rééquilibrage du ratio homme-femme (30/70 en 1ère année, 45/55 en 2e année pour notre volée 2011)? L'interprétation reste ouverte à discussion. Le troisième attribut qui

Sélectionnons-nous (ou au contraire pénalisons-nous) des traits qui seraient «désirables»?

Correspondance:
Université de Genève
24, rue du Général-Dufour
CH–1211 Genève 4
Tél. 022 379 71 11
Fax 022 379 11 34

La Faculté de Médecine de Genève ne pratique pas de numerus clausus – la sélection se fait en fin de 1ère année.

par Ph. Lievens en Belgique, qui confrontent les candidats à des scénarios, écrits ou vidéo-enregistrés, par rapport auxquels ils doivent répondre en choisissant parmi une liste de réactions possibles. Ces tests, beaucoup moins coûteux, ont démontré une très bonne capacité à tester les relations interpersonnelles [5]. Mais nul ne sait encore si ces tests vont permettre de mieux sélectionner les «meilleurs futurs» médecins, car n'oublions pas que la sélection doit se faire à un âge où les personnalités sont toujours en pleine construction.

Ceci dit, tout en poursuivant une formation de qualité, nous nous devons d'être créatifs en mettant en place des modes de sélection compatibles avec la vision politique et citoyenne des cantons concernés et avec les budgets alloués aux universités, tout en visant à sélectionner ceux qui seront les plus aptes à développer les qualités requises d'un médecin destiné à œuvrer pour une société évoluant très rapidement et dont les besoins de santé sont en constante mutation [6].

Remerciements: Nous remercions chaleureusement la Prof. Nu Viet Vu pour son soutien et sa relecture critique de ce commentaire.

Les Multiple Mini Interviews: un modèle tout à fait intéressant, bien qu'assez coûteux.

se dégage allie les traits d'«agréabilité» et d'«extraversion» à la perception empathique: cet attribut ne différencie pas les sélectionnés des autres. Ceci suggère qu'il n'y pas de contre-sélection de qualités qui sont potentiellement impliquées dans la capacité relationnelle de nos futurs médecins.

Ces quelques résultats, encore préliminaires, ne représentent que notre première cohorte d'étudiants pendant ses deux premières années d'étude. Ils sont amenés à être complétés et approfondis dans les cinq prochaines années. En 2013, ce projet a été soutenu par l'OFSP, démontrant le souci de notre pays de mieux connaître nos étudiants pour pouvoir les orienter le mieux possible. Toutefois, et nous adhérons totalement à la vision du Docteur de Haller, nous ne pouvons faire l'économie de mieux sélectionner nos étudiants dès le début de leurs études. Les Multiple Mini Interviews, initialement développés à MacMaster, et appliqués dans le contexte israélien, constituent un modèle tout à fait intéressant, bien qu'assez coûteux. Une autre voie à considérer est celle des Situational Judgment Tests développés

Références

1 Mahon KE, Henderson MK, et al. Selecting Tomorrow's Physicians: The Key to the Future Health Care Workforce. Acad Med. 2013;88(12): 1806–11.

2 Vu N, Bader C, et al. The Redesigned Undergraduate Medical Curriculum at the University of Geneva. Advances in medical education. V. d. V. C. AJJA. Scherpbier, Rethans JJ. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.; 1997. p. 532–5.

3 Bernheim L, Chastonay P, et al. Les études de Médecine à Genève: Rétrospective et Perspective. Chêne-Bourg: Éditions Médecine et Hygiène; 2011.

4 Baroffio A, Abbiati M, et al. Processus de sélection des étudiants en médecine: y-a-t-il des profils favorables? Montréal, Québec: Forum de pédagogie des Sciences de la santé; 2013.

5 Lievens F, Sackett PR (2012). The validity of interpersonal skills assessment via situational judgment tests for predicting academic success and job performance. J Appl Psychol. 2012;97(2):460–8.

6 Cohen JJ. Will changes in the MCAT and USMLE ensure that future physicians have what it takes? JAMA. 2013;310(21):2253–4.