

# Fin du *numerus clausus* : une fausse bonne nouvelle ? Plaidoyer pour une réflexion pédagogique

**S. Louryan**

Laboratoire d'Anatomie, Biomécanique et Organogenèse et Cellule de Pédagogie Médicale, Faculté de Médecine, U.L.B.

L'annonce, en une période pré-électorale (coïncidence ?) de la fin du *numerus clausus* à l'issue du premier *bachelor* (med 1) a suscité une vague d'enthousiasme, et les oriflammes ont été hissées de toute part, par des acteurs aussi différents que les fédérations d'étudiants et les gestionnaires d'hôpitaux.

Et cet événement d'annoncer le retour en force des étudiants français, le spectre des dédoublements d'amphithéâtres, et les difficultés d'accueil dans une structure exsangue en raison des réductions de cadres et des locaux étriqués, car construits à une époque de démographie basse en première année.

Dans cette problématique, où dominent parfois les émotions, les slogans idéologiques (libre accès aux études supérieures), et politiques (aide à la réussite), les analyses pédagogiques sont curieusement absentes, et les évaluations chiffrées et objectives ne sont exhibées que lorsqu'elles viennent à l'appui d'une thèse préalable.

L'arbre cache souvent la forêt : qui sait dans le grand public que naguère le taux d'échec en première session de deuxième année (med 2) atteignait 72 % ? Qui mesure le nombre de triplements (quand on ne parle pas ... de sextuplements !!!), accordés souvent par des commissions complaisantes, qui mènent à prolonger le séjour universitaire d'étudiants inaptes, qui finissent par abandonner en fin de premier cycle, après un grand nombre d'échecs répétitifs, frustrants et dispendieux pour la communauté ?

La mise en place d'un *numerus clausus* à la fin de la première année a certes mené à des situations dramatiques que chacun regrette, comme des étudiants obligés de redoubler pour une fraction de pour-cent sous la barre. Cependant, il a eu une conséquence logique mais négligée : l'amélioration des paramètres observés en fin de deuxième année.

Afin de chiffrer les impressions empiriques des enseignants de deuxième année, il a été procédé à une comparaison des résultats des étudiants en med 2 des cohortes 2005-2006 (sans concours en med 1) et

2006-2007 (première année du concours). Les effectifs étaient respectivement de 191 et de 152 étudiants. Seule la session de juin a été testée pour minimiser les biais. Les taux de réussite globaux en med 2 ont été comparés, et le logiciel *Anitem* (Université de Montréal, Pr Normand<sup>1</sup>) a permis d'évaluer les indices de difficulté des différents cours de med 2 dans les deux cohortes. L'indice de discrimination de chaque cours par rapport à la réussite globale a été calculé, et l'alpha de Cronbach permet d'apprécier la " pertinence " de chaque *item* par rapport aux résultats globaux. Dans les tableaux 1 et 2, les indices de difficulté sont à considérer comme des indices de " facilité " : plus le chiffre est élevé, moins les étudiants ont ressenti des difficultés dans l'évaluation.

Le pourcentage de réussite de med 2 (juin) passe de 28 à 42 %. Tous les indices de difficulté accusent une amélioration, d'ampleur variable selon l'*item*, à l'exception de l'histologie qui demeure inchangée.

Item	Clé	Poids	Difficulté	Discrimination (Item omis)	Alpha
ANAT T		20,0	0,34	0,71	0,92
EMBRYO		20,0	0,59	0,71	0,92
HISTO T		20,0	0,57	0,76	0,92
HISTO P		20,0	0,61	0,67	0,92
BIOC T		20,0	0,43	0,67	0,92
BIOC P		20,0	0,64	0,62	0,93
BIOL CELL		20,0	0,58	0,70	0,92
PHYSIO MI		20,0	0,51	0,67	0,92
NEUROANAT TH		20,0	0,54	0,66	0,92
NEUROANAT TP		20,0	0,55	0,63	0,93
PHYSIO P		20,0	0,67	0,63	0,93
PSYCHO		20,0	0,63	0,66	0,92
SANTE		20,0	0,66	0,56	0,93
EPIDEMIO		20,0	0,64	0,60	0,93
STAT		20,0	0,48	0,63	0,93
ECON SS		20,0	0,66	0,59	0,93

**Tableau 1 : Résultats des examens de deuxième année en première session de l'année académique 2005-2006. Pour les détails relatifs au contenu des cours, on se référera au catalogue des cours<sup>2</sup>. Sont entourés les indices de difficulté les plus sévères (en dessous de 0,5).**

<sup>1</sup> Normand S : Anitem, Logiciel pour effectuer une analyse d'*items* via le chiffrier Excel, version PC et Mac, Bureau d'évaluation, Faculté de Médecine, Université de Montréal, 2001.  
www.medbev.umontreal.ca/docimo/DocSource/Docimologie\_AnItem.pps

<sup>2</sup> <http://www.ulb.ac.be/catalogue/medecine/index.html>

Item	Clé	Poids	Difficulté	Discrimination	Alpha
( Item omis )					
ANAT T		20,0	0,47	0,74	0,91
EMBRYO		20,0	0,73	0,69	0,91
HISTO T		20,0	0,60	0,70	0,91
HISTO P		20,0	0,61	0,66	0,91
BIOC T		20,0	0,51	0,73	0,91
BIOC P		20,0	0,72	0,56	0,92
BIOL CELL		20,0	0,60	0,80	0,91
PHYSIO MI		20,0	0,63	0,76	0,91
PHYSIO P		20,0	0,69	0,63	0,92
PSYCHO		20,0	0,62	0,57	0,92
SANTE		20,0	0,74	0,51	0,92
EPIDEMIO		20,0	0,65	0,64	0,91
STAT		20,0	0,49	0,63	0,92
ECON SS		20,0	0,74	0,57	0,92

**Tableau 2 : Résultats des examens de deuxième année en première session de l'année académique 2006-2007. La liste des cours est légèrement différente de la précédente en raison de déplacements de cours vers la troisième année<sup>2</sup>.**

Il est bien entendu qu'il s'agit là d'un " sondage " qui ne porte que sur deux années successives, et qu'on n'est pas à l'abri d'un effet de cohorte, ni de certains biais (modifications du programme). Les analyses eussent dû s'étendre sur plusieurs années et se doter de puissants outils statistiques, si du moins le processus de sélection à l'issue de la première année avait dû être maintenu.

Il n'empêche qu'en limitant le nombre d'essais des étudiants, en éliminant toute note inférieure à 10, et en créant de multiples incitations à la réussite, le contrôle effectué en première année semble avoir porté ses fruits en limitant les échecs en deuxième année, épreuve particulièrement lourde en quantité de matière, et suscitant des stratégies d'apprentissage différentes de celles mises en œuvre en première année, où les " savoir-faire " sont privilégiés<sup>3</sup>.

La prolongation de la durée de la scolarité obligatoire, l'ouverture tous azimuts de nos premières années à des étudiants n'ayant pas les prérequis indispensables (voire à ceux qui ont un diplôme de technique de transition ou de qualification, ou encore de 7<sup>ème</sup> professionnelle !), l'absence de baccalauréat à l'issue des études secondaires propulsent dans nos amphithéâtres des étudiants qui n'ont pas acquis les compétences de base (voire langagières) pour réussir valablement des études universitaires scientifiques. Et les mesures d'aide à la réussite, si elles peuvent certes aider quelques rares étudiants qui se situent immédiatement sous la barre de la réussite, ne font que prolonger l'agonie académique d'un nombre élevé de sujets qui parfois ne passent le cap d'une année que pour aller vers de nouvelles déconvenues l'année suivante. Il y a 30 ans le taux d'échec en première session de deuxième année voisinait les 15 %, avec des cohortes deux fois supérieures à ce qu'elles sont actuellement. Dans l'immédiat après-guerre, le taux global (deux sessions confondues) oscillait entre 9 et 22 %<sup>4</sup>, ce qui est inférieur aux chiffres actuels.

De surcroît, certaines années de deuxième cycle, comme le deuxième *master*, demeurent actuellement grevées d'un taux d'échec tardif aussi important et

étonnant qu'inacceptable.

A ceux qui, à juste raison, déploraient que le *numerus clausus* entraînaît une déplétion de praticiens et compromît le libre accès aux soins de santé, nous serions tentés de répondre que la présente mesure de levée de la barrière ne résoudra en rien le problème. Car, si les jurys ne font pas preuve d'une grande rigueur, nécessaire pour assurer la qualité des futurs médecins, ce sont des étudiants promis à un avenir académique plus qu'incertain qui accéderont aux niveaux supérieurs de l'édifice universitaire. Et il est quasi certain que le nombre de diplômés ne variera pas très significativement.

Si nous souhaitons assurer l'avenir de nos soins de santé ouverts et de grande qualité, il convient d'accorder un intérêt grandissant aux conditions pédagogiques de la formation de nos étudiants. Il faut adapter nos programmes et nos méthodes aux données éducatives et sociologiques actuelles, et mettre une grande réforme en chantier.

Le passage annoncé à six ans devrait permettre d'instaurer une épreuve d'admission basée sur les compétences minimales exigées. Il est à espérer que nos autorités sauront résister aux pressions estudiantines et aux imprégnations idéologiques. L'image de marque des professions médicales devrait aussi être revivifiée, de manière à attirer les meilleurs étudiants, souvent, hélas, détournés par les sirènes des études commerciales. Les taux d'encadrement devraient être revus à la hausse, et des méthodes pédagogiques plus actives devraient être privilégiées par rapport au " bourrage de crâne ", comme elles le sont dans nombre de facultés américaines et canadiennes. Lorsqu'elles s'appliquent à des étudiants de bon niveau, préalablement sélectionnés, elles donnent d'excellents résultats et favorisent le raisonnement clinique et l'intégration des sciences fondamentales<sup>5</sup>. Le programme des enseignements devra se décliner en termes de compétences, chose actuellement largement admise en Amérique du Nord, et rendue nécessaire par une récente directive européenne<sup>6</sup>. A ces conditions seules, on pourra attendre un " rendement pédagogique " plus efficace à partir de la deuxième année, justifiant ainsi l'investissement que la communauté concède, souvent actuellement à perte, à nos étudiants.

<sup>3</sup> Vanmuylder N, Salvia P, De Broeu F, Rooze M, Louryan S : Stratégies d'apprentissage des étudiants de premier cycle des études médicales, du graduat en biologie médicale et d'élèves infirmiers : une étude conduite au pôle universitaire européen Bruxelles-Wallonie. *Pédagogie Médicale* 2006 ; 7 : 7-19

<sup>4</sup> Dalcq AM, Martin L : Le résultat des examens à la Faculté de Médecine de Bruxelles de 1924 à 1951. *Revue de Médecine et de Pharmacie*, IX<sup>ème</sup> année, octobre 1953 : 2-16

<sup>5</sup> Schmidt HG, Machiels Bongaerts M, Hermans H, ten Cate TJ, Venekamp R, Boshuizen HP : The development of diagnostic competence : Comparison of a problem-based, an integrated, and a conventional medical curriculum. *Acad Med* 1996 ; 71 : 658-64

<sup>6</sup> Commission des communautés européennes : Document de travail de la commission " vers un cadre de certifications professionnelles pour la formation tout au long de la vie "

Si notre société entend maintenir la qualité de son offre de soins médicaux, il convient qu'elle se dote d'un personnel politique dont les échéanciers vont au-delà des prochaines élections, qui savent résister à la démagogie et à l'idéologie, et qui s'emploient à transcender la quantitatif par le qualitatif. Il convient aussi que les gestionnaires d'université développent une stratégie de qualité et dépassent la satisfaction immédiate qu'apportent les incitations financières à développer des stratégies de réduction artificielle des échecs en première année, sans considération aucune pour la suite des parcours. Une utopie ?

Remerciements : l'auteur remercie M. Marc Okoko, Cellule de Pédagogie Médicale de l'U.L.B., pour l'encodage des données.

**Correspondance et tirés à part :**

S. LOURYAN  
Faculté de Médecine  
Laboratoire d'Anatomie, Biomécanique et Organogenèse  
Route de Lennik 808 CP 619  
1070 Bruxelles  
E-mail : Slouryan@ulb.ac.be