

# XVIIe Journées Universitaires Francophones de Pédagogie des Sciences de la Santé de la CIDMEF

(Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française)

en partenariat avec la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM)  
la CIDPHARMEF, la CIDCDF et l'UMVF



Université Lille 2  
Droit et Santé

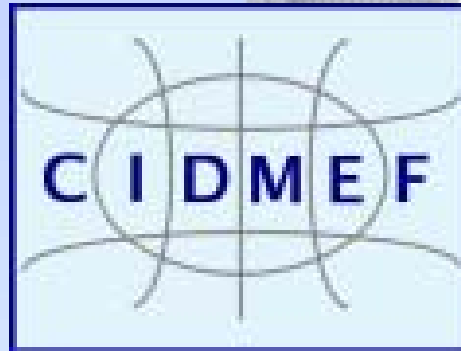
5 au 8 avril 2008

à la Faculté de Médecine de Lille

sous la Présidence du Pr I. DIOMANDE (Président de la CIDMEF)

du Pr D. KARAM-SARKIS (Présidente de la CIDPHARMEF) du Pr B. PELLAT (Président de la CIDCDF)

et du Pr J.L. DEBRU (Président de la SIFEM)



## Programme Volume des Actes



**Comité local d'organisation :**  
Sous la présidence des Doyens de Lille :  
Professeur Jean-Paul FRANCKE, Faculté de Médecine  
Professeur Daniel VION, Faculté de Pharmacie  
Professeur Pierre-Hubert DUPAS, Faculté de Chirurgie Dentaire



**Comité Scientifique :**

Co-Présidé par le Professeur J.H. BARRIER, Président du Conseil Pédagogique de la CIDMEF (Nantes)  
le Professeur J. CAMBAR (Bordeaux), Professeur M. IMBENOTTE (Lille), Professeur M.M. ROUSSET (Lille)  
le Professeur B. CHARLIN (Montréal), Professeur J.M. BRUNETAUD (Lille), Professeur L. PRIN (Lille)



*Sous le Haut Patronage de*

**Monsieur Bernard KOUCHNER**  
*Ministre des Affaires étrangères et européennes*

**Madame Valérie PÉCRESSE**  
*Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche*

**Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN**  
*Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*

**Monsieur Alain JOYANDET**  
*Secrétaire d'Etat chargé de la Coopération et de la Francophonie*

*Avec le Parrainage de*

**Monsieur Daniel PERCHERON**  
*Président de la Région Nord -Pas de Calais*

**Monsieur Pierre MAUROY**  
*Président de Lille Métropole Communauté urbaine*

**Madame Martine AUBRY**  
*Maire de Lille*

**Monsieur Bernard DUBREUIL**  
*Recteur de l'Académie de Lille – Chancelier des Universités*

*Comité d'Honneur*

**Professeur Charles GOMBE MBALAWA**  
*Président de l'AUF*

**Professeur André GOUAZÉ**  
*Directeur Général - Président Fondateur de la CIDMEF*

**Professeur Jacques ROLAND**  
*Ancien Président de la CIDMEF*  
*Ancien Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins*

*Sous l'Egide de*

**L'AUF**

*Agence Universitaire de la Francophonie*

**Président Charles GOMBE MBALAWA**

**Recteur Bernard CERQUIGLINI**

**la CIDMEF**

*Conférence des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française*

**Président Isidore DIOMANDÉ**

**la CIDPHARMEF**

*Conférence des Doyens des Facultés de Pharmacie d'Expression Française*

**Présidente D. KARAM-SARKIS**

**la CIDCDF**

*Conférence des Doyens des Facultés de Chirurgie Dentaire Francophones*

**Président Bernard PELLAT**

**La SIFEM**

*Société Internationale Francophone d'Education Médicale*

**Président Jean-Luc DEBRU**

**L'UMVF**

*Université Médicale Virtuelle Francophone*

**Président Christian SERGHERAERT**

**L'ANEMF**

*Association Nationale des Etudiants en Médecine de France*

**L'AUFEMO**

*Association Universitaire et Européenne Francophone en Médecine et odontologie*

**Président Gilbert VICENTE**

**L'ASFEF**

*Association des Sages-Femmes Enseignantes Françaises*

**Présidente Françoise NGUYEN**

**Le Forum International de Pédagogie Médicale du Québec**

**Docteur André JACQUES**

**L'ADSEDMF**

*Association pour le Développement des Sciences de l'Education*

*et des Didactiques Médicales Francophones*

*Comité local d'organisation*

**Professeur Jean-Paul FRANCKE**  
*Doyen de la Faculté de Médecine de Lille*

**Professeur Daniel VION**  
*Doyen de la Faculté des Sciences pharmaceutiques et biologiques de Lille*

**Professeur Pierre-Hubert DUPAS**  
*Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire de Lille*

*Comité scientifique co-présidé par :*

**Professeur Jacques-Henri BARRIER (Nantes)**  
**Président du Conseil Pédagogique de la CIDMEF**  
**Professeur Jean CAMBAR (Bordeaux), Professeur Michel IMBENOTTE (Lille),**  
**Professeur Marie-Dominique ROUSSET (Lille), Professeur Bernard CHARLIN (Montréal)**  
**Professeur Jean-Marc BRUNETAUD (Lille), Professeur Lionel PRIN (Lille)**  
**Professeur Jean-Dominique de KORVIN (Nancy)**

*Associations partenaires*

**Alliance Maladies Rares**  
**Et toutes les associations de patients présentes pendant les journées**

*Remerciements*

**L'ensemble des Membres des Comités d'organisation et scientifiques**

**Madame Gylhaine BLANCHET**  
**Madame Pascale HAIRE**  
**et**  
**l'ensemble des personnels de la Faculté de médecine de Lille**

*Nos partenaires*

**Le Conseil régional du Nord-Pas de Calais**  
**Lille Métropole Communauté urbaine**  
**La Ville de Lille**  
**La Conférence des Doyens des Facultés de Médecine de France**  
**L'Université Lille 2 Droit et Santé**  
**Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille**  
**Canal U « La Vidéothèque Numérique de l'Enseignement supérieur »**  
**La Société PowerVote**  
**Les laboratoires Glaxo-Smith-Kline**  
**Les Laboratoires Sanofi Aventis**  
**Les Laboratoires Bayer-Schering-Pharma**

## EDITORIAL

Le Comité Scientifique a validé un programme extrêmement riche tant dans la qualité des contenus que dans la variété des activités. La CIDMEF s'inscrit résolument dans une stratégie de développement de la qualité des formations universitaires en sciences de la santé. C'est le thème principal des journées (la Qualité). La CIDMEF se compose de multiples conférences dites régionales, en Europe, en Amérique du Nord, au Maghreb, en Afrique Subsaharienne et en Asie. Parmi celles-ci, la Conférence Française des Doyens et des Facultés de Médecine, présidée par le Professeur Christian THUILLEZ est à l'honneur. C'est elle qui nous accueille en la personne de son Secrétaire Général le Professeur Jean-Paul FRANCKE qui préside le Comité d'Organisation des journées de Lille. C'est également lui qui a mobilisé l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF) dirigée par le Professeur Albert-Claude BENHAMOU. La session consacrée à l'étudiant maître de son apprentissage est une véritable synthèse entre l'approche pédagogiques et les outils, entre le "métier d'étudiant" et toutes les technologies éducatives.

Le partenariat avec les pharmaciens (la CIDPHARMEF), les chirurgiens dentistes (la CIDCDF), les sages-femmes enseignantes et avec une jeune société savante très dynamique consacrée à l'éducation médicale (la SIFEM) a pour but de développer des alliances essentielles pour la santé des populations. N'est-ce pas le vrai but de ces organisations internationales universitaires en conjonction étroite avec l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) ?

L'éducation médicale semble avoir atteint un véritable statut : innovations et recherche sont maintenant devenues incontournables. La revue Pédagogie Médicale se développe, va trouver de nouveaux moyens d'expression afin de toucher l'ensemble des publics d'enseignants. Le lien avec la formation continue et l'évaluation des pratiques apparaît évident comme le montre la session de F.M.C.-E.P.P.-Université. Les responsables administratifs de l'AUFEMO ont un rôle essentiel.

Tout ceci est possible grâce à une structure internationale insuffisamment connue des universitaires qui est l'Agence Universitaire de la Francophonie (A.U.F.) présidée par le Professeur Charles GOMBE MBALAWA et dont la CIDMEF est l'un des multiples réseaux. Remercions également le Président de la CIDMEF, le Professeur Isidore DIOMANDÉ d'Abidjan et son Directeur Général, Président Fondateur, le Professeur André GOUAZÉ. Ce sont eux qui ont concrétisé les alliances avec la CIDPHARMEF présidée par Madame le Professeur KARAM SARKIS de Beyrouth et la CIDCDF présidée par le Professeur PELLAT de Paris.

Une des perspectives qui s'offre à la CIDMEF pourrait être de participer à une réflexion sur des journées fédératives internationales d'éducation médicale dans laquelle trouveraient leur place toutes les organisations proposant des manifestations scientifiques de pédagogie : le Forum International de Pédagogie Médicale qui a lieu au Québec, les JUFPS de la CIDMEF (et maintenant aussi de la CIDPHARMEF et de la CIDCDF) et les journées de la SIFEM. Ces trois manifestations se succèdent actuellement tous les trois ans. Pourrait s'y associer l'UMVF et son Congrès IPM « Internet et Pédagogie Médicale ». Ce serait un rendez-vous incontournable pour tous les enseignants désireux de se perfectionner ou d'échanger sur leurs recherches. Ces journées fédératives auraient une ampleur suffisante pour attirer tous les acteurs de la santé impliqués dans la formation médicale et continue (au niveau des tutelles des différents pays concernés, des industries du médicament et des dispositifs médicaux, des organisations professionnelles, des associations de patients, etc). Un certain nombre de ces acteurs sont de véritables pionniers puisqu'ils nous accompagnent aujourd'hui ; nous les remercions particulièrement.

Professeur J.P. FRANCKE

Professeur J.H. BARRIER

## Programme

5 et 6 avril 2008

Ateliers de formation pédagogique des formateurs (AFP) et *ateliers stratégiques (AS)*

Samedi 5 avril 2008

| N°    | Salle               | Nombre De participants max. | Matin<br>8 h 30 – 12 h<br>avec pause 30 mn   |
|-------|---------------------|-----------------------------|--|
| AFP6  | Salle T.P. info n°2 | 20                          | MédiaMatic : initiation à la production de ressources numériques multimédia.<br>Ph. ISIDORI (Bordeaux), Ch. BINET (Tours),<br>R. DARBOUX (Cotonou), H. LOUESLATI (Tunis),<br>J.M. DUBOIS (Bordeaux)<br><b>Attention cet atelier, sur inscription, dure 2 jours</b>                                       |
| AS9   | Salle ED 12         | 20                          | <i>L'Ecole de gouvernance des Responsables de Facultés</i><br>J.F. DENEFF (Bruxelles)<br><b>Attention cet atelier, sur inscription, dure 2 jours</b>   |
| AFP3  | Salle ED 1          | 20                          | Direction de thèse.<br>A. QUINTON (Bordeaux)   |
| AFP7  | Salle ED 2          | 20                          | Nouveaux apports de la psychologie cognitive expérimentale dans l'exercice de la pédagogie médicale.<br>Y. MAUGARS (Nantes)  |
| AFP12 | Salle ED 3          | 20                          | Le portfolio électronique : concepts et pratiques.<br>P. LEROUGE (Lille), P. BAIL (Brest),<br>C. GHASAROSSIAN (Paris), R. SENAND<br>et T. JOVELIN (Nantes), S. LERUSTE (Lille)   |
| AFP14 | Salle ED 7          | 30                          | Comment tirer le meilleur parti des enseignements dirigés.<br>M. COSSON (Lille), B. CHARLIN (Montréal), D. LACROIX, D. CHEVALIER, V. DUQUENNOY,<br>I. TILLIE-LEBLOND et M.D. BESSE (Lille)   |
| AFP15 | Salle T.P. info n°1 | 30                          | L'accès aux ressources pédagogiques. Comment évaluer les pratiques et améliorer l'accès aux ressources pédagogiques en ligne ?<br>C. DUMONT, J.M. RENARD, J.M. BRUNETAUD<br>et Ph. DERUELLE (Lille), B. THIRION (Rouen),<br>F. DAILLAND (Paris)  |
| AS7   | Salle ED 5          | 20                          | <i>Vision, stratégie et méthode en faveur du développement professionnel et des organisations de santé. Echange autour de la mise en œuvre d'une approche par compétences intégrées (APCI)</i><br>F. PARENT, Y. COPPIETERS et E. D'HOOP (Bruxelles), A. MAPATANO, R. BAULANA<br>et G. KAHOMBO (Kinshasa) |

## Communications affichées en rapport avec l'atelier AS7

Etape 5 : Entrer en production/construction d'un référentiel de compétences intégré (RCI) 7 étapes qui balisent le chemin (allers-retours)

**F. PARENT** (Bruxelles), A. MAPATANO, R. BAULANA, G. KAHOMBO (Kinshasa), Y. COPPIETERS, E. D'HOOP (Bruxelles)

Plan de déroulement et étapes (*allers-retours*) dans la construction et la mise en œuvre d'un curriculum par compétences

**F. PARENT** (Bruxelles), A. MAPATANO, R. BAULANA, G. KAHOMBO (Kinshasa), Y. COPPIETERS, E. D'HOOP (Bruxelles)

## Samedi 5 avril 2008

| N°   | Salle                  | Nombre De participants max. | Après-midi<br>14 h 00 – 17 h 30<br>avec pause 30 mn  |
|------|------------------------|-----------------------------|--|
| AFP6 | Salle T.P.<br>info n°2 | 20                          | MédiaMatic : initiation à la production de ressources numériques multimédia.<br>Ph. ISIDORI (Bordeaux), Ch. BINET (Tours),<br>R. DARBOUX (Cotonou), H. LOUESLATI (Tunis),<br>J.M. DUBOIS (Bordeaux)<br><b>Attention cet atelier, sur inscription, dure 2 jours</b> |
| AS9  | Salle ED 12            | 20                          | <i>L'Ecole de gouvernance des Responsables de Facultés</i><br><i>J.F. DENEFF (Bruxelles)</i><br><b>Attention cet atelier, sur inscription, dure 2 jours</b>  |
| AFP1 | Salle ED 1             | 15                          | La fiabilité des mesures. Ateliers pratique à l'usage des "profanes" pour enfin y voir un peu plus clair.<br>R. GAGNON (Montréal)  |
| AFP2 | Salle ED 7             | 30                          | Test de concordance de script : évaluation du raisonnement clinique en contexte d'incertitude.<br>J.P. FOURNIER (Nice), A. DEMEESTER (Marseille)   |
| AFP4 | Salle ED 2             | 20                          | Tirer partie de l'étape du pronostic dans l'apprentissage du raisonnement clinique. A. QUINTON (Bordeaux)  |
| AFP8 | Salle ED 13            | 24                          | Apprentissage à l'analyse de récits cliniques dans le portfolio des IMG afin de juger du développement de leurs compétences.<br>P. BAIL (Brest) et P. LE MAUFF (Nantes)  |
| AS3  | Salle ED 8             | 25                          | <i>Stratégie de mise en place d'une structure de développement pédagogique dans une faculté des sciences de la santé.</i><br><i>L. CHAIEB et A.S. ESSOUSSI (Sousse)</i>  |
| AS6  | Salle ED 10            | 30                          | <i>Les atouts et les limites d'un cursus médical organisé selon le format LMD.</i><br><i>I. RICHARD (Angers, P. DETEIX (Clermont -Ferrand) et L. PRIN (Lille)</i>  |



## Dimanche 6 avril 2008

| N°    | Salle                  | Nombre De participants max. | Matin<br>8 h 30 – 12 h<br>avec pause 30 mn  |
|-------|------------------------|-----------------------------|---|
| AFP6  | Salle T.P.<br>info n°2 | 20                          | MédiaMatic : initiation à la production de ressources numériques multimédia.<br>Ph. ISIDORI (Bordeaux), Ch. BINET (Tours),<br>R. DARBOUX (Cotonou), H. LOUESLATI (Tunis),<br>J.M. DUBOIS (Bordeaux)<br><b>Attention cet atelier sur inscription, dure 2 jours</b>                                     |
| AS9   | Salle ED 12            | 20                          | <i>L'Ecole de gouvernance des Responsables de Facultés</i><br><i>J.F. DENEFF (Bruxelles).</i><br><b>Attention cet atelier sur inscription, dure 2 jours</b>   |
| AFP10 | Salle ED 10            | 40                          | Docimologie : établir un seuil de passage et qualifier la réussite dans les épreuves de certification.<br>S. NORMAND (Montréal).  |
| AFP11 | Salle ED 1             | 20                          | La supervision clinique : aborder l'angle du raisonnement clinique.<br>M.C. AUDETAT, L. CUSSON, et S. LAURIN (Montréal)   |
| AFP16 | Salle ED 2             | 20                          | Rôle et limites de l'image en pédagogie des sciences de la santé.<br>S. LOURYAN et N. VANMUYLDER (Bruxelles)  |
| AFP18 | Salle ED 3             | 20                          | Utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication à l'Apprentissage Pédagogique Moderne.<br>P. MENU, P. CORBI, F. MARCHESSOU et M. MORICHAUD-BAUCHANT (Poitiers)   |
| AFP20 | Salle ED 4             | 20                          | Mieux écrire des articles en éducation appliquée aux sciences de la santé.<br>B. CHARLIN, M. CHAPUT (Montréal),<br>J. JOUQUAN (Brest)   |
| AS1   | Salle ED 13            | 25                          | <i>Missions et objectifs institutionnels d'une faculté de Médecine.</i><br><i>J. MATHIEU (Québec), E. ESSOUSSI (Sousse)</i>   |
| AS2   | Salle ED 7             | 40                          | <i>Formation adaptée aux besoins de la société : un chantier prioritaire</i><br><i>D. PESTIAUX (Bruxelles) et groupe de travail SIFEM</i>   |
| AS5   | Salle ED 8             | 30                          | <i>Partage d'expériences des responsables des formations pédagogiques diplômantes en sciences de la santé.</i><br><i>D. MAILLARD (Paris), L. PRIN (Lille),</i><br><i>I. RICHARD (Angers), A. QUINTON (Bordeaux),</i><br><i>J. BARRIER (Nantes), M. TOURÉ (Dakar),</i><br><i>O. ARMSTRONG (Nantes)</i> |

## Communication affichée en rapport l'AS5

Evaluation du diplôme inter Universitaire de Pédagogie et communication Médicale des Facultés de Médecine d'Angers, Brest, Nantes et Rennes

O. ARMSTRONG, J.H. BARRIER, Y. MAUGARS (Nantes), J. JOUQUAN (Brest), F. DUBAS, I. RICHARD (Angers), Ch. HONNORAT (Rennes)

## Dimanche 6 avril 2008

| N°    | Salle                  | Nombre De participants max. | Après-midi<br>14 h 00 – 17 h 30<br>avec pause 30 mn   |
|-------|------------------------|-----------------------------|---|
| AFP6  | Salle T.P.<br>info n°2 | 20                          | MédiaMatic : initiation à la production de ressources numériques multimédia.<br>Ph. ISIDORI (Bordeaux), Ch. BINET (Tours),<br>R. DARBOUX (Cotonou), H. LOUESLATI (Tunis),<br>J.M. DUBOIS (Bordeaux)<br><b>Attention cet atelier sur inscription, dure 2 jours</b> |
| AS9   | Salle ED 12            | 20                          | <i>L'Ecole de gouvernance des Responsables de Facultés</i><br>J.F. DENEFF (Bruxelles)<br><b>Attention cet atelier sur inscription, dure 2 jours</b>   |
| AFP5  | Salle ED 1             | 20                          | Apprentissage du raisonnement clinique :<br>transmettre les bons prototypes.<br>A. QUINTON (Bordeaux)   |
| AFP9  | Salle ED 7             | 30                          | L'approche par compétences au quotidien de la<br>formation en sciences de la santé.<br>B. MILLETTE, M. CHAPUT, A. BOUCHER<br>et P. LEBEL (Montréal)   |
| AFP13 | Salle ED 2             | 20                          | Quelques aspects clés de la recherche qualitative en<br>éducation des sciences de la santé.<br>M. ALBERT et B. HODGES (Toronto),<br>L. VARPIO (Ottawa), C. SEGOUIN (Paris)  |
| AFP17 | Salle ED 13            | 30                          | Prise en compte de la motivation des étudiants<br>par les enseignants.<br>J. BARRIER (Nantes) – I. RICHARD (Angers)   |
| AFP19 | Salle ED 11            | 30                          | La démarche qualité dans l'évaluation<br>des stages cliniques.<br>C. DE BURBURE, V. GODIN, A. GEUBEL<br>et D. VANPEE (Bruxelles)  |
| AS4   | Salle ED 8             | 40                          | <i>La reconnaissance de l'enseignement<br/>dans les Facultés de Médecine.</i><br>L. BRAZEAU-LAMONTAGNE (Sherbrooke),<br>M. FICHE (Lausanne)   |
| AS8   | Salle ED 10            | 40                          | <i>L'information/formation sur les maladies<br/>rares/orphelines.</i><br>C. AGARD (Nantes) – L. PRIN (Lille) et al.   |

## Communication affichée en rapport avec l'atelier AFP17

Profil motivationnel des étudiants en PCEM2 en formation aux gestes et soins d'urgence.

Th. PELACCIA, H. DELPLANCO, E. TRIBY, C. LEMAN (Strasbourg), Ch. AMMIRATI (Amiens), N. MEYER, J.C. BARTIER, J.P. DUPEYRON (Strasbourg)

14 h 30

Réunion de travail sur le projet SFP "Mère-enfants"  
Salle des Thèses

17 h 00

Assemblée générale de la SIFEM (Amphi 6)

Réunion de l'ASFEF (Amphi 7)

19 h 30

Cocktail d'Accueil  
Grand Hall du Pôle Formation de la Faculté  
Animé par la Fanfare des Etudiants

## Lundi 7 avril 2008 - Matin

### Amphi 2

#### 8 h 30 : Présentation des XVIIe Journées Universitaires Francophones de Pédagogie des Sciences de la Santé

**J.P. FRANCKE, Doyen de la Faculté de Médecine de Lille**  
**J.H. BARRIER, Président du Conseil Pédagogique de la CIDMEF**

#### La qualité dans la formation médicale

*Présidents de séance :*

*Laurent DEGOS (H.A.S.), Isidore DIOMANDÉ (Abidjan) et Christian THUILLEZ (Rouen)*

*Secrétaires de séance: Michel COSSON et Éric BOULANGER (Lille)*

|                   |  |
|-------------------|--|
| 8 h 35 – 9 h 05   | La problématique de la qualité dans la formation médicale,<br><i>C. BELLEAVANCE et L. BRAZEAU-LAMONTAGNE (Sherbrooke)</i>  |
| 9 h 05 – 9 h 25   | La formation à la qualité.<br><i>J.M. CHABOT (Paris) Haute Autorité de Santé</i>   |
| 9 h 25 – 9 h 40   | Méthodologie de la démarche qualité appliquée à la formation en Sciences de la Santé : quels outils ?<br><i>D. VANPEE (Université Catholique de Louvain)</i>   |
| 9 h 40 – 9 h 55   | Qualité des enseignants en médecine : affiner le jugement.<br><i>M. FICHE (Lausanne)</i>   |
| 9 h 55 – 10 h 10  | Discussion   |
| 10 h 10 – 10 h 40 | <u>Pause</u>   |
| 10 h 40 - 10 h 55 | Assurer la qualité de la gouvernance dans les facultés des Sciences de la Santé ?<br><i>J.F. DENEFF (Université Catholique de Louvain)</i>   |
| 10 h 55 – 11 h 10 | L'évaluation des programmes de formation initiale en sciences de la santé : assurance qualité ?<br><i>T. NAWAR (Sherbrooke), S. ESSOUSSI (Sousse) Conseil d'évaluation de la CIDMEF</i>                                    |
| 11 h 10 – 11 h 25 | Evaluer la qualité des programmes de formation continue : l'expérience des sociétés savantes<br><i>J.M. BONNETBLANC (Limoges), J. BARRIER (Nantes), O. GOEAU-BRISSONNIÈRE (Paris) Fédération des Spécialités Médicales</i> |
| 11h 25 – 11 H 45  | Comment rendre compte de la "valeur" ou de la "qualité" d'un dispositif de formation en sciences de la santé ?<br><i>J. JOUQUAN (Brest)</i>  |
| 11 h 45 – 12 h 00 | Discussion   |
| 12 h 00           | Fin de la session  |
| 12 h 00 – 13 h 30 | <u>Déjeuner</u>  |

## Lundi 7 avril 2008 - Après-midi

### Amphi 1

## La recherche en éducation dans les Sciences de la Santé (session SIFEM)

Présidents de séance :

Jean-Luc DEBRU (Grenoble), Bernard CHARLIN (Montréal) et Benoît SCHLEMMER (Paris 7)

Secrétaires de séance : Michèle D'HERBOMEZ et Luc DEFEBVRE (Lille)

Objectif : expliquer les différentes formes et les contenus de la recherche en pédagogie médicale dans le monde et la restituer dans l'enjeu ultime que représente l'acquisition des compétences attendues des futurs médecins".

#### Introduction

13 h 30 – 14 h 00

Panorama de la recherche en pédagogie médicale.  
C. SEGOUIN (Paris), Président de la C.D.R.E.S.S.

14 h 00 – 14 h 30

Spécificités de la recherche en éducation appliquée aux sciences de la santé.  
J. JOUQUAN (Brest), Rédacteur en Chef de la Revue Pédagogie Médicale

#### Les compétences médicales, une finalité de la formation et donc un guide pour la recherche

14 h 30 – 15 h 00

Quelles compétences pour les professionnels de santé ? Exemple de la France.  
Y. MATILLON (Paris), Médecin, Professeur d'Epidémiologie Clinique.

15 h 00 – 15 h 30

Penser les compétences pour penser la recherche.  
M. CHAPUT (Sherbrooke, Montréal), Consultante en éducation appliquée aux sciences de la santé.

15 h 30 – 16 h 00

*Pause*

16 h 00 – 16 h 30

La recherche en pédagogie, un défi pour les Facultés de Médecine  
Du "bricolage" à la création de véritables unités de recherche : l'exemple de quelques centres dans le monde.  
B. HODGES (Toronto) Wilson Centre for Research in Education

16 h 30 – 17 h 00

L'organisation de la recherche dans le monde francophone. Intérêt des partenariats et des réseaux.  
B. CHARLIN (Montréal) Centre de pédagogie appliquée en sciences de la santé.

17 h 00 – 17 h 30

Comment les Facultés de Médecine peuvent-elles relever le défi de la recherche en pédagogie médicale ?  
J.L. DEBRU (Grenoble), Président de la SIFEM

#### Communication affichée dans le thème :

Création et développement d'une structure de recherche en éducation médicale à la Faculté de Médecine de Nantes (l'ERNEM) (Equipe de Recherche Nantaise en Education Médicale)

P. POTTIER, J.H. BARRIER, B. PLANCHON et les membres de l'ERNEM (Nantes)

## Sessions de Communications libres

### Amphi 2

## Démarche qualité de l'organisation des études

Présidents de séance :

Patrice DETEIX (Clermont-Ferrand), Georges MOYEN (Brazzaville) et Petru BORDEI (Constanta)

Secrétaires de séance : René COURCOL et Jean-Louis GOEB (Lille)

### Communications orales :

- 13 h 30 – 13 h 40 L'évaluation des enseignements et des programmes à l'UCL : quelles pratiques dans quelles perspectives ?  
**V. GODIN** (Bruxelles)
- 13 h 40 – 13 h 50 Projet de réforme LMD à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lomé.  
**A.E. AYITE, K. N'DAKENA, G. NAPO-KOURA** (Lomé)
- 13 h 50 – 14 h 00 Evaluation de la formation initiale en Odontologie à la Faculté de Clermont-Ferrand.  
**V. ROGER-LEROI, E. NICOLAS** (Clermont-Ferrand)
- 14 h 00 – 14 h 10 Discussion
- 14 h 10 – 14 h 20 Etat d'avancement de la rénovation pédagogique à la Faculté de Médecine de Sfax (Tunisie) soutenue par un projet Tempus  
**Kh. ZEGHAL** (Sfax), **M. LEBRUN** (Louvain), **Ph. ISIDORI** (Bordeaux), **G. SOULA** (Marseille), **J.M. DUBOIS** (Bordeaux), **I. CAILLEAU** (Compiègne), **B. DE BENITO** (Baléares), **A. HAMMAMI** (Sfax)
- 14 h 20 – 14 h 30 Favoriser la réussite des étudiants en médecine : l'expérience du Bureau-Interface-Professeurs-Etudiants (BIPE), Faculté Pierre et Marie Curie, Paris 6.  
**D. MARRA, V. LEBLOND, S. CHRISTIN-MAITRE, J.F. ALLILAIRE, S. UZAN, J.J. ROUBY** (Paris)
- 14 h 30 – 14 h 40 Espérances et affectations des étudiants lors des Epreuves Classantes Nationales (ECN) : une étude sur trois années à l'UFR de Médecine de Rouen.  
**J. LADNER, F. ROUSSEL, O. MOUTERDE, A. LIARD, J.F. GEHANNO, C. GIRAULT, A. FORET, J.L. HERMIL, L. SIBERT, J. LECHAVALLIER, J. DOUCET** (Rouen)
- 14 h 40 – 14 h 50 Discussion
- 14 h 50 – 15 h 00 Les étudiants ayant passé les Epreuves Classantes Nationales évaluent leurs compétences.  
**A. QUINTON, C. BELAUBE, P. CHARAIRE, L. ETCHANDY, C. HEUGAS? M. MATHARAN** (Bordeaux)
- 15 h 00 – 15 h 10 Etat des lieux des départements de Médecine Générale français, dans la mise en place d'un nouveau paradigme de formation et d'évaluation, dans le cadre du DES de la discipline.  
**C. GHASAROSSIAN, V. RENARD, C. ATTALI** (Paris)
- 15 h 10 – 15 h 20 Application du questionnaire PHEEM en environnement francophone : apports et faiblesses dans l'évaluation des stages des étudiants de 7<sup>e</sup> année de médecine à l'UCL.  
**C. DE BURBURE, V. GODIN, D. VANPEE** (Bruxelles)
- 15 h 20 – 15 h 30 Discussion
- 15 h 30 – 16 h 00 Pause
- 16 h 00 – 16 h 10 L'enseignement des sciences médicales en Algérie : Problématique des sciences fondamentales.  
**A. SLAMA, K. MEGUENI, N. BERBER** (Tlemcen)
- 16 h 10 – 16 h 20 Questionner les sciences et leurs relations avec les autres domaines de la vie : une expérience en 1<sup>ère</sup> année de formation médicale.  
**V. GODIN** (Bruxelles), **N. LAURENT** (Louvain)
- 16 h 20 – 16 h 30 Intégrer l'enseignement sur la prévention et le bien-être à la démarche clinique : projets de l'Université de Sherbrooke.  
**L. PÉLISSIER-SIMARD, M. XHIGNESSE, D. DONOVAN** (Sherbrooke)
- 16 h 30 – 16 h 40 Discussion
- 16 h 40 – 16 h 50 Création d'un Master Nancy – Université, mention : Ethique de la Santé et Médecine Légale.  
**F. JANOT** (Nancy)
- 16 h 50 – 17 h 00 La formation médicale en région : réflexion sur les facteurs de succès de l'expérience de Chicoutimi, Québec, Canada.  
**M. GAUDREULT, P. GRAND'MAISON** (Sherbrooke)

|                   |   |
|-------------------|---|
| 17 h 00 – 17 h 10 | Démographie médicale : vers de nouvelles voies.<br><b>B. DENEUVILLE</b> , P. LEROUGE, R. GLANTENET, J.M. LEFEBVRE (Lille) |
| 17 h 10 – 17 h 20 | Discussion  |
| 17 h 20 – 17 h 30 | Questions sur les affiches dans le thème  |

### Communications affichées :

Financement des trajets pour le stage en autonomie des internes du DES de Médecine Générale à Lille.

**S. LERUSTE**, B. TAVERNIER, J.M. LEFEBVRE (Lille)

Formation à la communication scientifique et interpersonnelle en anglais pour la santé : quelle prise en charge en formation initiale et en formation continue ? Vers une harmonisation de l'enseignement en France métropolitaine.

R. CAMARÉ-QUERC, **F. PASTORÉ** (Toulouse)

Quel roulement pour le stage ambulatoire chez le praticien ?

**A. DEMARET**, P. LEROUGE, Ch. BERKHOUT (Lille)

Mise en place et évaluation du stage de second cycle en Médecine Générale à Lille.

**E. LENGAGNE**, P. LEROUGE, R. GLANTENET, J.M. LEFEBVRE (Lille)

Le programme M.D. de Sherbrooke délocalisé à Saguenay et à Moncton : leçons apprises après 20 mois de fonctionnement.

**M. GAUDREAU**, P. GRAND'MAISON, A. SCHOFIELD, M. COUTURE, S. LAMARCHE, R. HÉBERT (Sherbrooke)

Première évaluation des effets du concours de fin de première année de médecine sur les résultats en deuxième année à l'Université Libre de Bruxelles.

**S. LOURYAN**, M. OKOKO, N. VANMUYLDER (Bruxelles)

Tutorat au cours du troisième cycle de médecine générale à la Faculté de Lille : enseignants et internes en synergie pour une réforme.

**S. DURIEZ** (Val de Vesle), P. LEROUGE, S. LERUSTE (Lille)

A propos d'un dispositif de formation des étudiants en sciences de la santé à la médecine de catastrophe.

Th. **PELACCIA** (Strasbourg), J.L. DANAN, B. POMMERET, G. LAURENT (Metz)

Évaluation d'une stratégie d'enseignement sur les risques sanitaires.

**E. LECARPENTIER**, C. PENTIER, C. JBEILI, P. JABRÉ, J. SENDE, D. MICHEL, J. MARTY, J.F. FARCET, C. BERTRAND (Créteil)

Évaluation des thèses de l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan de 1995 à 2002.

**J. AKA**, A. N'GUETTA-BROU, IA. KRA, L. NIGUE, M. DIOMANDE (Abidjan)

Stratégies d'introduction des concepts sur la qualité des soins dans les programmes de formation initiale et continue de l'Université Marien Ngouabi de Brazzaville. Difficultés et perspectives.

**R. BILECKOT**, A. ABENA, G. MOYEN (Brazzaville)

Stratégies d'implantation de l'enseignement de l'éthique à l'université des sciences de la santé.

**E. N'GOU-MILAMA**, E. LENDOYE, EP. KOUNA, F. OVONO, J.P. N'GOU-MVE-NGOU, Y. ASSENGONE NZE (Libreville)

Place de l'évaluation dans le processus de diplomation d'une faculté de médecine : apport de la charte éthique de la CIDMEF dans un pays du Sud.

**E. N'GOU-MILAMA**, E.B. N'GOUNGOU, E. LENDOYE, F.M. BOUYOU-AKOTET, F. OVONO ABESSOLO (Libreville)

Stratégie d'introduction des concepts qualité et sécurité des soins dans les programmes de formation initiale et continue à l'université des sciences de la santé.

**E. N'GOU-MILAMA**, E. LENDOYE, F. OVONO, Y. ASSENGONE NZE, D. GAHOUMA (Libreville)

## Amphi 5

### Démarche qualité des pratiques enseignantes

*Présidents de séance :*

*Jean-Michel ROGEZ (Nantes), Tewfik NAWAR (Sherbrooke) et Ange ABENA (Brazzaville)*

*Secrétaires de séance : Emmanuelle LETEURTRE et Arnaud VILLERS (Lille)*

#### Communications orales :

- 13 h 30 – 13 h 40 Pour lutter contre l'oubli des plus élémentaires notions de sciences fondamentales, les examens de fin de 2<sup>e</sup> cycle doivent comporter des questions de "physiopathologie".  
**A. QUINTON**, F. ZERBIB (Bordeaux)
- 13 h 40 – 13 h 50 Evaluation de la satisfaction des stagiaires d'une formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) au Centre d'Enseignement et de soins d'urgence (CESU).  
**N. ASSEZ**, C. DELANGUE, A. FACON (Lille)
- 13 h 50 – 14 h 00 Validation du journal de bord lors des stages dans le DES de Médecine Générale à Créteil Paris 12.  
**L. COMPAGNON**, V. RENARD, J. LE BRETON, M. MÉDIONI, J. CITTEÉ, C. ATTALI (Paris)
- 14 h 00 – 14 h 10 Discussion
- 14 h 10 – 14 h 20 Utilisation des "cartes conceptuelles" lors des "groupes de pratique".  
**J. TIBOUT** (Voves)
- 14 h 20 – 14 h 30 Evolution des performances des étudiants hospitaliers à travers la grille d'évaluation de stage.  
**J.F. PAPON**, P. CLAUDEPIERRE, F. ZERAH (Créteil), M. PREVEL (Saint Denis)
- 14 h 30 – 14 h 40 L'autoévaluation concomitante et somative des assistants (internes) en médecine générale.  
**V. DORY**, J. DEGRYSE, D. VANPEE (Bruxelles)
- 14 h 40 – 14 h 50 Discussion
- 14 h 50 – 15 h 00 Résultats de l'utilisation d'une rubrique d'évaluation dans la formation clinique et son effet sur l'effet de halo et de complaisance.  
**D.Q. NGUYEN**, P. DASCALU (Montréal)
- 15 h 00 – 15 h 10 Sources de biais dans l'évaluation de stages cliniques.  
**D.Q. NGUYEN** (Montréal)
- 15 h 10 – 15 h 20 Planifier la formation et l'évaluation dans un cadre d'approche par compétences intégrée.  
**E. D'HOOP**, F. PARENT (Bruxelles), R. BAULANA, G. KAHOMBO (Kinshasa), D. LEMENU (Namur), C. DURY, Y. COPPIETERS (Bruxelles), A. MAPATANO (Kinshasa)
- 15 h 20 – 15 h 30 Discussion
- 15 h 30 – 16 h 00 Pause
- 16 h 00 – 16 h 10 La formation à la communication Médecin-Patient. Enquête auprès des étudiants en médecine.  
**S. RICHARD**, D. PIQUARD, D. PARDOEN, P. FOSTIER, J.M. THOMAS (Bruxelles)
- 16 h 10 – 16 h 20 Clarification des compétences requises par le patient coronarien lors de sa prise en charge par les équipes pré hospitalières.  
**N. ASSEZ**, P. GOLDSTEIN (Lille), R. GAGNAYRE (Paris)
- 16 h 20 – 16 h 30 La carte conceptuelle comme outil de recherche en éducation dans les sciences de la santé.  
**C. MARCHAND**, J.F. D'IVERNIS (Bobigny)
- 16 h 30 – 16 h 40 Discussion
- 16 h 40 – 16 h 50 Lille et les GAPP (Groupes d'Analyse des Pratiques Pédagogiques)  
**D. DELEPLANQUE**, B. DENEUVILLE, B. TAVERNIER, B. STALNIKIEWICZ (Lille)
- 16 h 50 – 17 h 00 Elaboration d'une grille de recueil pour les enseignants en groupe d'analyse de pratique pédagogique : expérience lilloise.  
**B. STALNIKIEWICZ** (Lille)
- 17 h 00 – 17 h 10 La guidance des travaux de recherche de fin d'études dans le domaine de la santé : contrôle ou accompagnement ?  
**M. LAVAUD** (Toulouse)
- 17 h 10 – 17 h 20 Discussion
- 17 h 20 – 17 h 30 Questions sur les affiches dans le thème



## Communications affichées :

Méthodologie des groupes d'échanges de pratique d'internes du DES de médecine générale : une expérience lilloise.

**B. STALNIKIEWICZ**, S. LERUSTE, L. VERNIEST, B. DENEUVILLE (Lille)

Validation d'une nouvelle grille de correction des résumés de l'épreuve de lecture critique d'article : analyse à partir de 250 copies.

**F. MUSCARI**, J.L. MONTASTRUC, G. FOURTANIER (Toulouse)

Les bénéfiques d'être à l'écoute des résidents de médecine. Résultats d'une enquête réalisée auprès des résidents stagiaires à la clinique antidouleur de l'hôpital Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'université de Montréal.

**G. VARGAS-SCHAFFER**, A. BOULANGER (Montréal)

Quelle formation pédagogique pour les professionnels de la santé ?

**A. AYADI**, A. MSEDDE (Sfax)

"Ignorance avouée vaut mieux que connaissance mal assurée". Evaluation de l'acquisition des connaissances de 210 stagiaires "AFGSU" par analyse du degré de certitude.

**N. ASSEZ** (Lille), C. DELANGUE, R. GAGNAYRE (Paris), A. FACON (Lille)

Evaluation du SASPAS à Lyon : étude descriptive de mai 2004 à mai 2006.

**C. RENAUDIER** (Lyon)

Evaluation des enseignements par les étudiants à la faculté de médecine et pharmacie de Marrakech.

**A. EL IDRISSE DAFALI**, M. BOUSEKRAOUI, A. ALAOUI YAZIDI (Marrakech)

Place des ateliers pratiques thématiques en sciences infirmières. Expérience dans une école professionnelle

**O. ARMSTRONG**, F. SAGOT, Y. MAUGARS, J.H. BARRIER (Nantes)

Qualité de la supervision clinique perçue par les résidents de chirurgie.

**E. NEMR**, F. ABI-AZAR, S. ABOU-JAOUDE, A. YAZIGI, F. HADDAD (Beyrouth)

Elaboration d'une grille de recueil pour les internes en groupe d'échange de pratique : une expérience à Lille.

**S. LERUSTE**, B. STALNIKIEWICZ, P. LEROUGE, B. DENEUVILLE (Lille)

L'autopsie médico-judiciaire au secours de la pédagogie en Algérie.

**A. OUSSADIT** (Tlemcen)

L'examen clinique objectif structuré ECOS à la Faculté de Médecine de Sousse.

**A. HAYOUNI** (Sousse)

## Amphi 2

18 h 00 : Conférence et séance inaugurale

**Conférence Pr J. ROLAND (Nancy)**

**"La vocation médicale..."**

**Allocutions :**

**Personnalités Institutionnelles**

**Pr I. DIOMANDÉ (Président de la CIDMEF)**

**Et en présence**

**Du Pr A. GOUAZÉ (Président Fondateur et Directeur Général de la CIDMEF)**

**Du Pr J.C. ROLLAND (Directeur Général Adjoint de la CIDMEF)**

19 h 45 : Palais des Beaux Arts de Lille

**Réception par Mme Martine AUBRY**

**Maire de Lille**

**Visite privée du Musée des Beaux Arts**

**Dîner de gala (sur inscription)**

**Atrium du Musée des Beaux Arts**

## Mardi 8 avril 2008 - Matin

### Amphi 2

#### L'étudiant, maître de son apprentissage ? (en partenariat avec l'U.M.V.F.)

*Présidents de séance :*

*Charles MAZEAUD (ANEMF), Albert-Claude BENHAMOU (Paris 6) et Moussa TRAORÉ (Bamako)*

*Secrétaires de séance : Damien HUGLO et Manuel CLIQUENNOIS (Lille)*

- |                  |   |
|------------------|---|
| 8 h 30 – 8 h 45  | La motivation des étudiants en sciences de la santé.<br><i>I. RICHARD (Angers)</i>  |
| 8 h 45 – 9 h 00  | L'étudiant a-t-il un rôle d'acteur dans la planification et en particulier l'évaluation de sa formation ?<br><i>S. NORMAND (Montréal) et le groupe EVALENS de la CIDMEF</i> |
| 9 h 00 – 9 h 15  | L'étudiant et les TICE : Quelles pratiques ?<br><i>Ch. MAZEAUD (Nancy) (Président de l'ANEMF)</i>   |
| 9 h 15 – 9 h 30  | Les campus numériques : vers l'acquisition de compétences pour les étudiants ?<br><i>H.J. PHILIPPE (Nantes) – UMVF</i>  |
| 9 h 30 – 9 h 45  | Discussion  |
| 9 h 45 – 10 h 15 | <u>Pause</u>  |

L'étudiant de première année de médecine au cœur des apprentissages via la numérique ?

#### **Expériences françaises :**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 10 h 15 – 10 h 30 | L'expérience de Grenoble<br><i>J.P. ROMANET (Grenoble)</i>   |
| 10 h 30 – 10 h 45 | L'expérience de Paris 6<br><i>S. UZAN, J.F. VIBERT, D. HASBOUN et A.C. BENHAMOU (Paris 6 – UMVF)</i> |
| 10 h 45 – 11 h 00 | Discussion   |

#### **Autres exemples :**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 11 h 00 – 11 h 15 | Nouvelles pratiques d'apprentissage pour les facultés des sciences de la santé des pays en développement.<br><i>R. DARBOUX (Cotonou) et Ph. ISIDORI (Bordeaux)</i>   |
| 11 h 15 – 11 h 25 | L'expérience du Sénégal<br><i>M. TOURÉ (Dakar)</i>   |
| 11 h 25 – 11 h 45 | Le programme « Fonds de Solidarité Prioritaire » MAE-UMVF : « Enseignement des pathologies de la Mère et de l'Enfant dans les Pays du Sud »<br><i>A.C. BENHAMOU (Paris 6), M. COLLET (Brest), M. SPECTOR (Paris 5), Marie CAULI (Lille), D. PAGONIS (Grenoble), M COSSON (Lille) et J.P. FRANCKE (Lille)</i> |
| 11 h 45 – 12 h 00 | Discussion   |
| 12 h 00 – 13 h 30 | <u>Déjeuner</u>  |

## Mardi 8 avril 2008 - Après-midi

### Amphi 1

#### Evaluation des performances cliniques des étudiants en Odontologie

*(session CIDCDF ouverte à toutes les spécialités de la santé)*

*Présidents de séance :*

*Pr Amal ELOUAZZANI (Casablanca) et Pr Maryse WOLIKOW (Paris)*

*Secrétaires de séance : Marie-Odile ROUSSET (Lille)*

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 13 h 30 – 13 h 50 | Le portfolio pour évaluer un stage actif chez des chirurgiens dentistes de ville.<br><i>N. EID (université Paris Descartes)</i> |
| 13 h 50 – 14 h 10 | Evaluation en ligne des performances des étudiants en médecine dentaire<br><i>A. CHARBONNEAU (université de Montréal):</i>      |
| 14 h 10 – 14 h 30 | Mise en place du modèle montréalais dans un contexte de réforme pédagogique<br><i>A. ELOUAZZANI (université de Casablanca)</i>  |
| 14 h 30 – 16 h 00 | Table ronde avec les participants   |

### Amphi 7

#### Relations Formation Médicale Continue – Evaluation des Pratiques Professionnelles (FMC-Université)

*Présidents de séance :*

*Jean-Dominique DE KORWIN (Nancy), Serge BOBIN (Paris 11) et Patrick DISDIER (Marseille)*

*Secrétaires de séance : Muriel HOLDER et Karin PARENT (Lille)*

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 13 h 30 – 13 h 40 | Introduction<br><i>J.D. de KORWIN (Nancy)</i>  |
| 13 h 40 – 14 h 15 | DIU sur le Web et enseignement de FMC à distance : à propos de l'expérience française et européenne du DIU "Maladies systémiques"<br><i>B. DUQUESNOY, I. TIELLE, J.S. DELMOTTE, E. HACHULLA</i>  |
| 14 h 15 – 14 h 50 | L'évaluation formative par test de concordance de script (TCS) au cours d'un groupe de pratiques professionnelles (GPP) : à propos de l'expérience marseillaise.<br><i>P. DISDIER (Marseille), M. BOURGEOIS, M. BUONO-MICHEL, I. SARI-MINODIER</i> |
| 14 h 50 - 15h10   | Le fonctionnement et les outils de validation de l'EPP au sein d'un CHU : l'expérience de Montpellier.<br><i>G. ROBLES et F. BLANC</i>   |
| 15 h 10 – 15 h 40 | La revue de morbi-mortalité, une méthode d'EPP validée : l'expérience de Nancy.<br><i>P.M. MERTES, J.D. de KORWIN</i>  |
| 15 h 40 – 16 h 10 | Le couplage EPP-Diplômes d'Université (DU, DIU, CEU) : état actuel de la réflexion au sein de FMC-EPP-Université.<br><i>P. DISDIER (Marseille) et J.D. de KORWIN (Nancy)</i>   |
| 16 h 10 – 16 h 20 | Discussion des affiches dans le thème.   |

**Communications affichées :**

FMC dans les Annales de Dermatologie : enquête de lectorat.

**J.M. BONNETBLANC** (Limoges)

La grille OVALE : un Outil de VALidation d'une EPP.

**FOSTIER Pierrick, P. MONSÉGUR, J. LAGARRIGUE** (Toulouse)

Formation Médicale Continue Urgences au Vietnam. Bilan de dix ans de coopération Inter-Universitaire.

**O. ARMSTRONG** (Nantes), **L. PHUNG NAM** (Hanoi), **T. NGUYEN** (Ho Chi Minh Ville), **P. MARTIN** (Orléans), **J.J. BERNATAS** (Hanoi), **J.M. DESMONTS** (Paris)

**Amphi 6**

**Assemblée générale et session CIDPHARMEF**

*(sous réserve)*

*Présidents de séance : D. KARAM-SARKIS (Beyrouth), C.S. BOYE (Dakar) et Daniel VION (Lille)*

*Secrétaire de séance : Michel IMBENOTTE (Lille)*

## Séance de communications libres

### Amphi 2

## L'étudiant maître de son apprentissage – Outils technologiques

Présidents de séance :

Jean-François DENEFF (Bruxelles), Edouard NGOU MILAMA (Libreville) et Bertrand LUDES (Marseille)

Secrétaires de séance : Patrick TRUFFERT et Nathalie ASSEZ (Lille)

### Communications orales :

- 13 h 30 – 13 h 40 TICE en Odontologie Pédiatrique. Le cours et son évaluation.  
**J.C. ROBERT**, S. GÉRARD (Rennes)
- 13 h 40 – 13 h 50 Autoformation en ligne : expérimentation d'un module d'Histologie-Embryologie à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Abou Moumouni de Niamey.  
**H. MOUMOUNI**, A.J. BODJRENOU, A. KOUAWO (Niamey), R. DARBOUX (Cotonou)
- 13 h 50 – 14 h 00 Intérêt de la technologie 3D pour l'enseignement de l'anatomie.  
**P. THIRIET**, N. HOYEK, A. GUILLOT, C. COLLET, O. RASTELLO, F. BIZOT, C. BASTIER (Lyon)
- 14 h 00 – 14 h 10 Discussion
- 14 h 10 – 14 h 20 Méthodes pédagogiques utilisées en auto apprentissage de Biologie Cellulaire pour les étudiants de la Faculté de Médecine de Casablanca.  
**T. ABOUSSAOUIRA**, F. CHEHAB (Casablanca)
- 14 h 20 – 14 h 30 Les choix de carrière professionnelle chez les étudiants en médecine : facteurs liés à l'intérêt pour la médecine générale.  
**J. LADNER**, F. ROUSSEL, A. FORET, J.F. GEHANNO, C. GIRAULT, O. MOUTERDE, J.L. HERMIL, A. LIARD, L. SIBERT, J. LECHVALLIER (Rouen)
- 14 h 30 – 14 h 40 Stage de Médecine Générale en 1<sup>er</sup> Master : quel impact sur la représentation qu'ont les étudiants des fonctions du Médecin Généraliste et sur leurs perspectives d'orientation ?  
**D. GIET**, V. MASSART (Liège)
- 14 h 40 – 14 h 50 Discussion
- 14 h 50 – 15 h 00 Les ePortfolios : un outil au service de l'auto apprentissage collaboratif pour le DES de médecine générale.  
**J.C. SCHWARTZ**, C. GHASAROSSIAN, S. GILBERG (Paris)
- 15 h 00 – 15 h 10 Consolidation de l'implantation du dossier d'apprentissage à Poitiers.  
**J. GOMES**, J. BERNAT, C. BORNERT, M. JOURDAIN, T. VALETTE, F. BIRAULT, B. GAVID (Poitiers)
- 15 h 10 – 15 h 20 Logiciel de formation intégrée pour les internes de médecine générale.  
**P. IMBERT**, Ch. PISON, D. PAGONIS, J.C. COUTURES, G. ESTURILLO, J.P. JACQUET (Grenoble)
- 15 h 20 – 15 h 30 Discussion
- 15 h 30 – 15 h 40 Un modèle de transfert de connaissance en traitement de la douleur chronique à travers un site web.  
**G. VARGAS-SCHAFFER** (Montréal)
- 15 h 40 – 15 h 50 Etude de fidélité pour l'utilisation d'une nouvelle grille d'évaluation de sites de formation médicale sur Internet.  
**D. POIRIER**, J. BLAIS, M.F. MÉGIE, C. LAMOUREUX (Montréal)
- 15 h 50 – 16 h 00 Outiller les étudiants en médecine pour la recherche documentaire : conception d'une formation évolutive, adaptée aux besoins et aux caractéristiques de la population étudiante.  
**V. GODIN**, Ch. LANNERS (Bruxelles)
- 16 h 00 – 16 h 10 Evaluation par simulateur de l'application de deux procédures : prise en charge d'un traumatisme crânien grave (TCG) et arrêt cardio-respiratoire (AC).  
**C. JBELI**, P. JABRE, H. COIGNARD, C. PENTIER, E. LECARPENTIER, D. MICHEL, X. COMBES, A. MARGENET, J. MARTY, C. BERTRAND (Créteil)
- 16 h 10 – 16 h 20 Discussion
- 16 h 20 – 16 h 30 Questions sur les affiches dans le thème

## Communications affichées :

Un cahier d'autoévaluation : nouvel outil métacognitif pour favoriser l'apprentissage d'une démarche de soins en urgence.

**N. ASSEZ**, P. GOLDSTEIN (Lille), R. GAGNAYRE (Paris)

Evaluation pédagogique des stages hospitaliers en ligne.

**E. ITTI**, S. MOUTEREAU, C. COPIE, M. PREVEL, G. DARGNIAT, P. CLAUDEPIERRE (Créteil)

Les techniques d'évaluation et de formation française et canadienne en médecine d'urgence pré hospitalière sont-elles transposables et comparables ?

**C. JBEILI**, H. COIGNARD, P. JABRE, C. PENTIER, D. MICHEL, E. LECARPENTIER, X. COMBES, A. MARGENET, J. MARTY, C. BERTRAND (Créteil)

Logistique de l'installation d'une pratique en médecine générale. Des pratiques virtuelles pour limiter leur échec.

**C. VANWELDE**, D. PESTIAUX (Bruxelles)

Evaluation à l'aide d'un simulateur de l'application de la procédure d'intubation difficile pré hospitalière.

**P. JABRE**, C. JBEILI, H. COIGNARD, E. LECARPENTIER, C. PENTIER, D. MICHEL, X. COMBES, A. MARGENET, J. MARTY, C. BERTRAND (Créteil)

Evaluation de l'utilisation du masque laryngé Fastrach en situation proche de la réalité à l'aide du simulateur.

**P. JABRE**, H. COIGNARD, C. JBEILI, C. PENTIER, D. MICHEL, E. LECARPENTIER, X. COMBES, A. MARGENET, J. MARTY, C. BERTRAND (Créteil)

Mise en ligne d'un cours de médecine générale sur Claroline.

**J. PIÉART**, C. VANWELDE, D. PESTIAUX (Bruxelles)

Opinions des étudiants de médecine sur l'enseignement de l'anatomie en 1<sup>ère</sup> année.

**S. MAHDADI**, K. SAADI, A. HAMADOUCHE, I. BELHADJ (Sétif), A. DANONE (Annaba)

## Amphi 5

### Compétences de l'étudiant Apprentissage du raisonnement et de la décision

*Présidents de séance :*

*Jean-Marie DESMONTS (Paris 7), André JACQUES (Montréal) et Alaoui YAZIDI (Marrakech)*

*Secrétaires de séance : Marie-Dominique BESSE et Guillaume VAIVA (Lille)*

## Communications orales :

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 13 h 30 – 13 h 40 | Modes de raisonnement des sages-femmes en situation clinique – proposition d'un protocole de recherche.<br><b>A. DEMEESTER</b> , O. THUILIER (Marseille)   |
| 13 h 40 – 13 h 50 | Comparaison des connaissances déclaratives et des connaissances d'action chez des étudiants en 5 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> années des études médicales.<br><b>P. POTTIER</b> , M.A. PISTORIUS, J.H. BARRIER, J. CONNAULT, J.M. ROGEZ, B. PLANCHON (Nantes)  |
| 13 h 50 – 14 h 00 | Impact de différentes méthodes d'enseignement sur l'approche et les stratégies d'apprentissages, les stratégies de résolution de problèmes et les performances d'étudiants en 4 <sup>e</sup> année de médecine dans une faculté française.<br><b>P. POTTIER</b> , P. DERKINDEREN, J. BARRIER, M. SEVIN, J.M. ROGEZ, B. PLANCHON (Nantes) |
| 14 h 00 – 14 h 10 | Discussion   |
| 14 h 10 – 14 h 20 | Maturation du raisonnement clinique et des connaissances factuelles au cours des études médicales, et transfert à des situations inédites.<br><b>A. COLLARD</b> , S. GELAES, S. VANBELLE, S. BREDART, J.O. DEFRAIGNE, J. BONIVER, J.P. BOURGUIGNON (Liège)   |
| 14 h 20 – 14 h 30 | Test de Concordance de Script (TCS) : étude pilote au Liban.<br>F. HADDAD, D. GASPARD, <b>E. NEMR</b> , S. ABOU-JAOUDE, M. NASR (Beyrouth)   |
| 14 h 30 – 14 h 40 | Le Test de Concordance de Script (TCS) est-il un bon outil d'évaluation du raisonnement clinique à l'externat ? Expérience de l'Université de Montréal en Obstétrique-Gynécologie.<br>P. MONNIER, M.J. BÉDARD, R. GAGNON, D. KAZI-TANI, A. SANSREGRET, G. ASSELIN, C. JEAN, <b>B. CHARLIN</b> (Montréal)                                 |
| 14 h 40 – 14 h 50 | Discussion   |
| 14 h 50 – 15 h 00 | Faisabilité d'un Test de Génération d'Hypothèses (TGH).<br><b>F. ROUSSEL</b> (Rouen)   |
| 15 h 00 – 15 h 10 | L'apprentissage par problèmes des sciences "biomédicales" selon différents parcours de professionnalisation.<br><b>C. TROCHET</b> , A.M. TSANACLIS (Sherbrooke)  |

- 15 h 10 – 15 h 20 Evaluation d'un cycle d'apprentissage du raisonnement clinique au cours du stage clinique ostéo-articulaire des étudiants en médecine du deuxième cycle.  
**Y. MAUGARS** (Nantes)
- 15 h 20 – 15 h 30 Discussion
- 15 h 30 – 15 h 40 Importance du jury dans la détermination du niveau acceptable de performance.  
**E. NEMR**, G. KHAYAT, S. ABOU-JAOUDE, F. HADDAD, R. MOUSSA, S. RASSI (Beyrouth)
- 15 h 40 – 15 h 50 Evaluation de la performance des vidéo QCM (VQCM) : un essai randomisé croisé comparant VQCM et QCM papier (PQCM), UFR de Médecine de Rouen, 2006.  
H. MARINI, C. GIRAULT, O. MOUTERDE, J.F. GEHANNO, A. LIARD, L. SIBERT, A. FORET, J.L. HERMIL, F. ROUSSEL, J. LECHEVALLIER, J. LADNER (Rouen)
- 15 h 50 – 16 h 00 L'enseignement sur le "suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste" dans le troisième cycle de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Nancy en 2005-2006 : contenu pédagogique et évaluation par les étudiants.  
M. MAIRE, F. RAPHAEL, M.F. GÉRARD, P. JUDLIN, J.L. BOUTROY, J.D. DE KORWIN (Nancy)
- 16 h 00 – 16 h 10 Le cas pour diagnostic : modification d'un outil d'apprentissage par résolution de problème.  
**J.M. BONNETBLANC** (Limoges)
- 16 h 10 – 16 h 20 Discussion
- 16 h 20 – 16 h 30 Questions sur les affiches dans le thème

### Communications affichées :

Apport du degré de certitude dans la démarche cognitive du médecin régulateur.

**C. PENTIER**, M.J. RAYNAL, E. LECARPENTIER, P. JABRE, C. JBÉILI, J. MARY, J.P. FARCET, C. BERTRAND (Créteil)

Difficultés identifiées par les internes lors de prises en charge palliatives.

**N. DENIS-DELPIERRE** (Nantes), M. ZINGER-MAURIN (Le Mans), E. PAROT-SCHINKEL (Angers), V. MOREL (Rennes)

Place des Modèles (Pattern) ou Représentations Mentales dans l'Enseignement du Raisonnement Clinique en Pneumologie.

**A. ALOUI YAZIDI** (Marrakech), A. QUINTON (Bordeaux)

16 h 30 – 16 h 40

Conclusion des journées dans l'amphithéâtre 2

# Actes



## Ateliers de Formation Pédagogique (A.F.P.)

N°1

### La fiabilité des mesures. Atelier pratique à l'usage des « profanes » pour enfin y voir un peu plus clair.

**Robert GAGNON**

*Collège des médecins du Québec et Université de Montréal - 2170 boul. René Lévesque ouest  
Montréal, Québec H3H 2T8 - 514-933-4441 (5240) - rgagnon @cmq.org*

Nombre de participants souhaité : 10 à 15 participants

Résumé :

**- Contexte :**

Le concept de fiabilité de la mesure est omniprésent quand on discute des instruments de mesure. Les concepteurs s'y réfèrent très souvent et presque exclusivement pour convaincre de la « qualité » de leur mesure. Les utilisateurs de tests ont souvent une connaissance limitée de ce qu'implique le concept de fiabilité et des multiples façons de l'estimer. De plus, dans l'esprit de plusieurs, valider un instrument se résume à en documenter la fiabilité.

**- But de l'atelier :**

L'atelier vise à clarifier le plus possible le concept de fiabilité de la mesure. Distinguer fiabilité et validité. Présenter les fondements théoriques du concept de fiabilité. Présenter les principales approches de l'estimation de la fiabilité. Donner une connaissance concrète à travers des calculs simples. Mieux outiller les participants à devenir de meilleurs utilisateurs du concept de fiabilité et de meilleurs évaluateurs des données de fiabilité des mesures qui leur sont présentées.

**- Objectifs de l'atelier pour les participants :**

Maîtriser le concept de fiabilité

Comprendre les aspects théoriques sous-jacents au concept

Connaître les différentes formes de fiabilité et leur évaluation

Connaître les formules et les outils statistiques disponibles

Comprendre le concept de consistance interne (estimée par le coefficient alpha de Cronbach) et pouvoir le calculer.

Apprendre à utiliser un tableur de calcul pour effectuer des calculs simples de fiabilité

Évaluer de manière plus critique des données sur la fiabilité des mesures

**- Méthode (description de l'activité) :**

L'atelier se déroulera en alternant deux méthodes de travail

1. une exposition des concepts théoriques visant la compréhension du concept de fiabilité. Aussi, une présentation des formes de fiabilité et des modes de calcul.
2. une série d'exercices pratiques nécessitant une calculatrice ou bien un ordinateur portable visant à pouvoir calculer des coefficients et à comprendre de façon concrète de quoi il s'agit

N°2

### Test de Concordance de Script : Evaluation du Raisonnement Clinique en contexte d'incertitude

**Jean-Paul FOURNIER**

*Département de Pédagogie Médicale, Faculté de Médecine Nice Sophia Antipolis, 28 avenue de Vallombrose, 06 107 Nice cedex 2  
tel : +33 493 37 76 25, e-mail : fournier.jp@chu-nice.fr*

Type d'atelier :

AF (atelier pratique de formation pédagogique des formateurs) - 30 participants

Résumé :

**Contexte :**

Dans l'exercice de leurs fonctions, les professionnels des sciences de la santé médicaux (médecins, sages-femmes, odontologistes, pharmaciens) sont régulièrement confrontés à des problèmes cliniques qui ne peuvent être résolus par la seule application de règles ou de connaissances. Ces problèmes nécessitent alors le développement d'un raisonnement pour progresser vers la solution ; ce sont des problèmes complexes ou en contexte d'incertitude. L'incertitude provient d'un manque de données pour résoudre le problème, ou de la présence de données ambiguës, ou encore contradictoires.

Les responsables de formation dans les sciences de la santé sont amenés à entraîner et à évaluer les futurs professionnels à raisonner, mais le plus souvent cette évaluation porte sur le produit du raisonnement plutôt que sur son processus (QCM par exemple).

Le test de Concordance de Script (TCS) est un outil d'évaluation récent qui permet de confronter les participants à des situations reflétant la réalité de la pratique médicale. Initialement conçu et appliqué dans le champ de la médecine, le TCS a fait l'objet de nombreuses recherches et publications qui le présentent comme un outil fiable et valide pour évaluer les processus de raisonnement, et ce dans toute situation qui implique de raisonner en contexte d'incertitude.

L'originalité de ce test est de confronter les réponses des participants à celles des membres d'un panel de référence constitué de professionnels expérimentés dans la spécialité concernée (concordance).

**But de l'atelier :**

Initier les formateurs médicaux à la construction et à l'utilisation de TCS, dans la perspective d'améliorer les pratiques d'évaluation du raisonnement clinique en contexte d'incertitude

**Objectifs de l'atelier pour les participants :**

Identifier les spécificités des TCS : concepts théoriques, format du test, panel de référence, qualités psychométriques

Identifier les différentes applications possibles du TCS : formation initiale et continue, positionnement du TCS parmi les autres outils d'évaluation

Construire des items TCS : matériels et méthodes pour construire et développer un TCS, exercices en sous groupes

**Méthodes :**

Apports théoriques abordés de façon participative et réflexive ; apports d'exemples d'items TCS, d'outils d'aide à la construction du test, et de références bibliographiques ; exercices pratiques de construction d'items TCS et lecture critique de ces items

Le contenu de l'atelier s'appuiera sur les données et recommandations récentes issues de la recherche, et fera notamment référence à l'article suivant : Fournier J-P, Demeester A, Charlin B, Script Concordance Test : Guidelines for Construction, *Teaching and Learning in Medicine*, 2007, submitted.

**N°3**

---

---

**Direction de mémoire ou de thèse**

**André QUINTON**

CRAME - Université Victor Segalen Bordeaux2 – 126, rue Léo Saignat – 33076 Bordeaux  
[andre.quinton@u-bordeaux2.fr](mailto:andre.quinton@u-bordeaux2.fr) ou [andre.quinton@chu-bordeaux.fr](mailto:andre.quinton@chu-bordeaux.fr)

**Nombre souhaité de participants :** au maximum 20

**Résumé:**

- **Contexte :** Mémoire ou thèse (d'exercice ou d'état), ici seul le concept est important: il s'agit de la réalisation d'un travail nécessitant une réflexion, une recherche, une exploitation de résultats, une mise en forme écrite et souvent une présentation orale. Une direction, un accompagnement, sont nécessaires qu'il s'agisse d'un exercice de début d'étude ou d'une thèse d'état. Force est de constater que le chercheur qui fait une thèse d'état est très encadré alors que doit souvent se débrouiller seul l'étudiant en formation initiale lorsqu'il est confronté à un sujet de mémoire ou de thèse.

Donner un sujet de mémoire à titre d'exercice ou un sujet de thèse est s'engager à diriger l'étudiant. Mais il doit y avoir réciprocité, l'étudiant doit accepter des règles. L'ensemble aboutit à un contrat.

- **But de l'atelier :** Faire acquérir les outils de la direction de mémoire.

- **Objectifs de l'atelier pour les participants :** acquérir...

- la certitude que le plan IMRD est adapté à tout mémoire

- la technique relationnelle et les outils de management nécessaires à la direction de mémoire

- **Méthode (description de l'activité) :**

Les étapes du séminaire sont:

- **Exposé :** - les différents types de mémoire

- rappel du plan IMRD et de son adaptabilité à tout sujet

- méthode et outils de la direction de mémoire

- **Jeux de rôles :** mise en situation de direction de mémoire.

- **"Sauvetage de mémoire" :** comment aider un étudiant dont le fond du mémoire est correct, mais la présentation calamiteuse. Exercices à partir d'exemples de mémoires.

Les participants peuvent amener des exemples de mémoires ou thèses posant ou ayant posé des problèmes de réalisation.

## N°4

### Tirer partie de l'étape du Pronostic dans l'Apprentissage du Raisonnement Clinique

**André QUINTON**

CRAME - Université Victor Segalen Bordeaux2 – 126, rue Léo Saignat – 33076 Bordeaux  
[andre.quinton@u-bordeaux2.fr](mailto:andre.quinton@u-bordeaux2.fr) ou [andre.quinton@chu-bordeaux.fr](mailto:andre.quinton@chu-bordeaux.fr)

**Nombre souhaité de participants :** au maximum 20

#### Résumé:

##### - Contexte :

Le pronostic est le maillon faible du raisonnement médical, souvent formulé en termes vagues ou trop rapidement péremptores, ailleurs exprimé en chiffres tirés d'études statistiques incontestables, mais sur des groupes plus ou moins réalistes de patients sélectionnés en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion

Le pronostic du patient permet un raisonnement global prenant en compte sa maladie, son traitement, son contexte, ses valeurs personnelles.

Les épreuves sur cas cliniques négligent le pronostic comme thème de raisonnement, alors qu'il fait appel à un riche ensemble de connaissances scientifiques et humaines.

- **But de l'atelier :** Faire appréhender que le raisonnement sur le pronostic doit être compris comme une réflexion globale sur les avènements possibles d'un patient.

##### - Objectifs de l'atelier pour les participants :

- faire acquérir un cadre théorique d'analyse du pronostic,
- faire acquérir une technique de raisonnement sur le pronostic avec des étudiants

##### - Méthode (description de l'activité) :

Le séminaire se déroule en 4 étapes:

- Exposé sur les facteurs et les cadres temporels de pronostic, présentation de et la technique d'analyse
- Exercice individuel : rédaction de situations cliniques comportant toutes les données permettant de discuter du pronostic
- Exercice collectif : Lecture des situations pour évaluer la pertinence de leur rédaction pour raisonner sur le pronostic
- Exercice collectif : Etablir le pronostic de patients dans 3 ou 4 des situations présentées

## N°5

### Apprentissage du Raisonnement Clinique: transmettre les bons prototypes

**André QUINTON**

CRAME - Université Victor Segalen Bordeaux2 – 126, rue Léo Saignat – 33076 Bordeaux  
[andre.quinton@u-bordeaux2.fr](mailto:andre.quinton@u-bordeaux2.fr) ou [andre.quinton@chu-bordeaux.fr](mailto:andre.quinton@chu-bordeaux.fr)

**Nombre souhaité de participants :** au maximum 20

#### Résumé:

##### - Contexte :

Les études menées depuis quatre décennies sur le raisonnement humain ont eu en médecine un écho important et on connaît maintenant le mécanisme du raisonnement clinique. En revanche, dans l'enseignement de la médecine, on ne tire pas suffisamment les conséquences de ces acquis : la représentation mentale (ou modèle, ou prototype) ne reste qu'un concept car les enseignants n'enseignent pas les prototypes sur lesquels ils raisonnent quotidiennement. En outre le raisonnement semble cantonné au diagnostic alors que la complexité médicale conduit à établir des stratégies d'investigations, des stratégies thérapeutiques, à raisonner sur le pronostic.

- **But de l'atelier :** Faire prendre conscience aux participants que les prototypes sont les éléments concrets de l'indispensable étape "hypothético" du raisonnement hypothético-déductif.

- Objectifs de l'atelier pour les participants :
  - faire émerger chez chaque participant les prototypes qui alimentent quotidiennement son raisonnement dans la phase diagnostic du raisonnement clinique,
  - chaque participant devra situer à quel moment de l'enseignement médical il faut transmettre les prototypes
- Méthode (description de l'activité) :

Le séminaire se déroule en 4 étapes:

  - Exposé sur les réseaux conceptuels et la construction des représentations mentales.
  - Exercice individuel : chaque participant concrétise par écrit quelques unes de ses représentations mentales
  - Exercice collectif : A tour de rôle chaque participant expose une de ses représentations mentales, le groupe la discute et conduit le présentateur à se justifier. L'exercice permet de distinguer les représentations tirées de l'expérience de celles retenues d'acquis livresques.
  - Exposé et débat sur la place et le moment de l'enseignement des prototypes dans la formation médicale.

N°6

## MédiaMatic : Initiation à la production de ressources numériques multimédia

**N.B. : Atelier sur 2 jours, en 4 périodes consécutives de 3 heures**

**Pr Ch. BINET**, Faculté de Médecine, Université F. Rabelais, Tours, France - binet@med.univ-tours.fr  
**Pr R. DARBOUX**, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi, Cotonou, Bénin - rdarboux@gmail.com  
**Pr H. LOUESLATI**, Faculté de Médecine, Université de Tunis, Tunisie - mh.loueslati@fmt.mu.tn  
**Ph. ISIDORI**, DCAM Université V. Segalen Bordeaux 2, France – philippe.isidori@u-bordeaux2.fr  
**J.M. DUBOIS**, DCAM Université V. Segalen Bordeaux 2, France – jean-marc.dubois@u-bordeaux2.fr

**Nombre de participants souhaité : 20 participants** (en fonction capacité d'accueil de la salle informatique)

### Résumé :

#### - Contexte :

Les actions de coopération multilatérale de formation de formateurs de la CIDMEF ont mis en évidence la nécessité d'apporter aux jeunes enseignants des compétences de base pour la production autonome de ressources numériques. Cela s'intègre à leur formation pédagogique et souligne l'apport potentiel de la technologie éducative pour pallier aux manques de ressources humaines et matérielles.

Dans le foisonnement actuel des logiciels professionnels de présentation ou d'édition multimédia, il paraît nécessaire de leur donner des repères méthodologiques afin de ne pas réduire le discours pédagogique à des effets de mise en forme.

D'autre part le développement d'une telle production contribuera à alimenter des échanges coopératifs (type Médiathèque de la CIDMEF) voire la mutualisation des ressources (UMVF).

#### - But de l'atelier :

Utiliser MédiaMatic pour éprouver les contraintes de la réalisation d'applications didactiques multimédias.

#### - Objectifs de l'atelier pour les participants :

- Concevoir, mettre en forme, des ressources numériques (texte, son, image, vidéo)
- Assembler ces ressources dans une production didactique simple
- Découvrir la généralisation ultérieure de la démarche pour une production avec d'autres logiciels d'édition couramment disponibles

#### - Méthode (description de l'activité) :

##### Pré-requis

*Créer : Répertoire | Fichiers*

*Couper | Copier | Coller | Renommer*

*Editer un texte (-.txt)*

*Editer une image .jpg (recadrer | redimensionner | résolution ...)*

*(Enregistrer-Editer une séquence son)*

*(Editer une séquence vidéo à partir d'un caméscope digital)*

### Activités

La méthode consiste à « apprendre en faisant ». Elle part de la finalité de production pour motiver une phase d'acquisition des savoir-faire de base. Après une présentation d'une production-type, de très courts exposés techniques permettent de donner les clés pour passer immédiatement à la pratique. Cette alternance permet de réaliser un premier module à partir de médias déjà prêts fournis par les animateurs.

Puis, chaque participant réalisera un module à partir des éléments personnels qu'il aura apportés (*fichiers textes, images, sons, vidéos, sur support Cédé ou Clé USB*)

Enfin sur une sélection de ces travaux, on montrera comment porter ces éléments pour une édition avec d'autres logiciels, en vue de leur diffusion en ligne.

## N°7

### Nouveaux apports de la psychologie cognitive expérimentale dans l'exercice de la pédagogie médicale

**Yves MAUGARS**

DDPFMC – Faculté de Médecine de Nantes

Nombre de participants souhaité : 20

#### Résumé :

##### - Contexte :

La pédagogie médicale a beaucoup avancé ces dernières années, sous l'impulsion de modèles pédagogiques qui ont remis en cause le vieux modèle de rapport « maître à élève ». De nouveaux concepts ont été mis en avant, tels la valeur des cas concrets, l'auto-apprentissage, l'interactivité, l'évaluation formative, le raisonnement clinique... En parallèle, le mystère de la mémorisation est en train de tomber, avec des avancées radicales dans la compréhension des mécanismes physiologiques et topographiques, grâce à de nouvelles technologies tels l'IRM fonctionnelle topographique, la meilleure connaissance de la neuromédiation cérébrale, l'électroencéphalographie in situ et en action de mémorisation. Y a-t-il un hiatus entre ces 2 mondes ou bien ces évolutions se rejoignent-elles bien au final ?

##### - But de l'atelier :

L'atelier a pour but de montrer le parallélisme qui existe entre ces théories pédagogiques conceptuelles cognitivistes et les données fondamentales du processus de mémorisation.

##### - Objectifs de l'atelier pour les participants :

Trois thèmes seront abordés entre autres :

Le 1<sup>er</sup> est en rapport avec la notion d'un meilleur apprentissage basé sur des cas concrets et réels : quel est le rationnel physiopathologique qui peut soutenir cette meilleure intégration mnésique active ?

Le 2<sup>nd</sup> en est le raisonnement clinique : quel lien entre cet apprentissage du raisonnement et le fonctionnement cérébral « matriciel » ?

Le 3<sup>ème</sup> en est l'évaluation qui « tire » l'apprentissage : quel mécanisme nous permet de restituer un apprentissage préalable ?

##### - Méthode (description de l'activité) :

3 groupes de travail seront constitués, avec ces 3 axes de discussion. Des résumés de documents scientifiques choisis leur seront donnés, et le groupe devra rechercher les liens entre les résultats de ces expérimentations et les 3 thèmes retenus, avant de les restituer devant l'ensemble du groupe.

## N°8

### Apprentissage à l'analyse de récits cliniques dans le portfolio des IMG afin de juger du développement de leurs compétences.

**BAIL P.** (Brest), **LE MAUFF P.** (Nantes)

**Contexte :** la formation en contexte clinique des internes de médecine repose essentiellement sur la supervision. La supervision avec observation directe par l'enseignant clinicien d'un étudiant en interaction avec un patient est pertinente pour l'apprentissage et l'évaluation des bases de connaissances spécifiques et du raisonnement clinique. La supervision avec observation directe suivie de rétroaction est un moment ponctuel dans la formation. Pour favoriser les apprentissages des étudiants et permettre une évaluation sur la durée d'un cursus de plusieurs années d'autres outils pédagogiques sont nécessaires. Si on s'appuie sur une perspective de l'apprentissage, de l'enseignement et de l'évaluation centrée sur les étudiants qui apprennent à devenir des médecins compétents, la supervision ....

Lorsque l'étudiant devient plus autonome et qu'il construit ses apprentissages en dehors de l'observation directe d'un enseignant, il devient nécessaire d'utiliser d'autres outils de supervision et de rétroaction entre l'étudiant et l'enseignant. Les entretiens réguliers avec un enseignant tuteur autour d'un support tel le portfolio sont un de ces moyens.

Dans la littérature en éducation médicale, le portfolio est reconnu comme pertinent. Le contenu d'un portfolio est varié ; ce contenu dépend entre autres de sa finalité. Il peut être utilisé comme un outil de progression dans les apprentissages et dans l'évaluation formative et comme un outil de réussite à un moment donné du cursus dans une optique d'évaluation formative.

Le portfolio est reconnu comme un outil exigeant pour l'étudiant. L'analyse qui doit en être faite par l'enseignant tuteur est tout aussi exigeante pour qu'il puisse juger des compétences développées par l'étudiant à travers son contenu.

Ce contenu comporte entre autres des récits cliniques rédigés à partir de situations cliniques authentiques rencontrés par l'étudiant dans son contexte de formation, multiple et varié pour les internes de MG.

**Objectifs :** initier les enseignants tuteurs à la lecture critique des récits cliniques composant les portfolios des IMG pour juger des compétences construites ou non par les étudiants, pour permettre une rétroaction argumentée et rigoureuse et émettre un avis.

**Matériel et méthodes :** atelier de travail autour de récits cliniques authentiques extraits de portfolios d'IMG brestois et nantais. Réflexion individuelle et en petits groupes à partir de guides de lecture et de référentiels spécifiques.

**Résultats :** nous postulons qu'une interaction et une analyse qualitative rigoureuse des récits cliniques dans un le portfolio d'un IMG par un enseignant tuteur formé lui permet de juger de la construction ou non de grandes compétences générales (et spécifiques) telles le professionnalisme, la collaboration, la réflexivité, l'approche de la complexité ...

N°9

## L'approche par compétences au quotidien de la formation en sciences de la santé

**Prof. Bernard MILLETTE** ([bernard.millette@umontreal.ca](mailto:bernard.millette@umontreal.ca)) : auteur principal et directeur du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal

**Monique CHAPUT** ([monique.chaput@umontreal.ca](mailto:monique.chaput@umontreal.ca)) : andragogue - consultante en pédagogie universitaire des sciences de la santé

**Prof. Andrée BOUCHER** ([andree.boucher@umontreal.ca](mailto:andree.boucher@umontreal.ca)) : présidente du Conseil central des compétences et directrice du Secteur « Compétences du professionnel » du CPASS

**Prof. Paule LEBEL** ([plebel@umontreal.ca](mailto:plebel@umontreal.ca)) : directrice de la Direction de la formation pédagogique du CPASS

**Nombre de participants souhaité :** 30

**Résumé :**

- **Contexte :**

Ces dernières années, l'approche par compétences est venue se greffer aux modalités de pédagogie active, notamment à l'apprentissage par problèmes (APP), pour améliorer les résultats de la formation en sciences de la santé. On convient maintenant que les pratiques pédagogiques traditionnelles d'exposition à l'information et aux activités cliniques ne suffisent pas à garantir la construction de l'ensemble des compétences exigées des futurs professionnels. Favoriser chez ceux-ci la mobilisation et la combinaison efficaces de leurs connaissances et habiletés dans des situations de vie professionnelle authentiques de plus en plus complexes, dont l'issue est de plus en plus grave, en y exerçant une autonomie de plus en plus complète, voilà le souci de tous les programmes en sciences de la santé désireux de préparer adéquatement les professionnels de demain.

- **But de l'atelier :**

L'atelier a pour but d'aider les participants à accroître leur compréhension des concepts et des pratiques de l'approche par compétences dans les programmes en sciences de la santé.

- **Objectifs de l'atelier pour les participants :**

Au terme de l'atelier, les participants seront en mesure de :

- préciser la notion de « compétence » en la situant par rapport aux capacités, aux contextes, aux situations, aux habiletés et aux savoirs ;
- identifier les compétences requises du professionnel de la santé dans différentes situations qu'il rencontre ;
- clarifier le référentiel de compétences qu'ils utilisent habituellement en le comparant à celui dont se servent d'autres participants ;
- employer le référentiel CanMEDS, s'ils le désirent ;
- décrire le modèle de formation par compétences (FPC) et ses spécificités par rapport à la formation par objectifs ;
- concevoir des situations de construction de compétences à partir des situations professionnelles ;
- décrire les étapes d'élaboration d'un programme par compétences.

- Méthode (description de l'activité) :

1. À partir de situations professionnelles du domaine de la santé, les animateurs mettront en évidence les diverses compétences requises des médecins et autres professionnels de la santé à l'aide du référentiel de compétences CanMEDS. Les participants seront ensuite invités à générer eux-mêmes des exemples de situations et à identifier les compétences qu'elles nécessitent tout en comparant les référentiels qu'ils utilisent.
2. Le modèle de formation par compétences sera ensuite brièvement présenté sous forme d'un exposé interactif et les changements qu'il entraîne par rapport à l'approche par objectifs, largement utilisée jusqu'à maintenant, seront dégagés.
3. Un travail en sous-groupe donnera l'occasion aux participants de concevoir diverses situations de construction systématique des compétences en utilisant les occasions de la vie quotidienne de résidents, assistants ou stagiaires.
4. Une plénière permettra aux participants de repartir avec un riche éventail d'idées et un schéma résumant l'ensemble de la démarche utilisée à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en vue de l'élaboration d'un cursus intégré axé sur la construction de compétences.

N°10

## Docimologie : établir un seuil de passage et qualifier la réussite dans les épreuves de certification

**Serge NORMAND**

Docimologue - Université de Montréal - [serge.normand@umontreal.ca](mailto:serge.normand@umontreal.ca)

Public cible : Atelier pour formateurs. Novices et intermédiaires.  
35-40 participants.

Résumé :

Présentation et illustration de différentes approches pour établir un seuil de passage et qualifier la réussite dans les épreuves de certification. Les participants seront en mesure de mieux choisir une stratégie de notation cohérente avec un modèle d'évaluation normative ou critériée.

N°11

## La supervision clinique : aborder l'angle du raisonnement clinique

**Madame Marie-Claude AUDÉTAT**, Psychologue. Professeur adjoint de clinique, Département de médecine familiale, Université de Montréal.  
[mcaudetat@sympatico.ca](mailto:mcaudetat@sympatico.ca)

**Docteur Lise CUSSON**, Médecin. Professeur adjoint de clinique, Département de médecine familiale, Université de Montréal. [lcsi@sympatico.ca](mailto:lcsi@sympatico.ca)

**Docteur Suzanne LAURIN**, Médecin. Professeur adjoint de clinique, Département de médecine familiale, Université de Montréal.  
[suzanne.laurin@umontreal.ca](mailto:suzanne.laurin@umontreal.ca)

Nombre de participants souhaités : 15 – 20 participants

Résumé :

- Contexte : La supervision clinique est le moyen d'apprentissage à privilégier en formation médicale à l'étape de la résidence. À ce stade, le développement d'un raisonnement clinique élaboré est essentiel pour établir un diagnostic et un plan de traitement individualisé pour chacun des patients. Bien que le raisonnement clinique fasse l'objet de nombreuses publications, peu d'auteurs abordent les méthodes pédagogiques à utiliser pour enseigner aux résidents à bien raisonner.
- But de l'atelier : Notre atelier a pour but de présenter et d'expérimenter les techniques et moyens pédagogiques pertinents pour une supervision orientée sur le raisonnement clinique : les auteurs partageront avec les participants des moyens pédagogiques utilisés au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et plus particulièrement à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- Objectifs de l'atelier pour les participants : À la fin de l'atelier, les participants
  - o Auront révisé les principes de base pour une supervision centrée sur le raisonnement clinique
  - o Auront élaboré une rétroaction à transmettre à un résident en se centrant sur le raisonnement clinique
  - o Auront expérimenté une supervision directe avec un résident présentant des difficultés de raisonnement clinique
  - o Auront discuté de différents moyens pédagogiques pertinents

Méthode : Après avoir révisé le concept de raisonnement clinique, les participants visionneront une vidéo d'une entrevue faite par un résident. Ils seront ensuite invités à élaborer un plan de supervision centré sur le raisonnement clinique. Lors d'un jeu de rôle en petits groupes, les participants transmettront la rétroaction à l'étudiant dont ils ont observé le travail clinique. Les animateurs proposeront ensuite les méthodes pédagogiques utilisées dans leur milieu pour développer le raisonnement clinique des résidents.

## N°12

### Le portfolio électronique : concepts et pratiques

**LEROUGE P.** (Département de médecine générale de Lille) 79bis bd Clemenceau 59510 HEM [lerouge.patrick@wanadoo.fr](mailto:lerouge.patrick@wanadoo.fr)

**BAIL P.** (Département de médecine générale de Brest) [philippe-bail@wanadoo.fr](mailto:philippe-bail@wanadoo.fr)

**GHASSAROSSIAN C.** (Département de médecine générale de Paris 5) [DOCGHASA@aol.com](mailto:DOCGHASA@aol.com)

**SENAND R.** (Département de médecine générale de Nantes) [remy.senand@wanadoo.fr](mailto:remy.senand@wanadoo.fr)

**JOVELIN Th.** (Département de médecine générale de Nantes) [tjovelin@gmail.com](mailto:tjovelin@gmail.com)

**LERUSTE S.** (Département de médecine générale de Lille) [leruste@nordnet.fr](mailto:leruste@nordnet.fr)

Nombre de participants souhaité : 20 maximum

#### Résumé :

- **Contexte :** Dans le cadre d'une approche pédagogique centrée sur un étudiant qui apprend à résoudre des problèmes complexes de santé et à développer une pratique réflexive sur ses actions médicales, le portfolio est reconnu comme un puissant outil d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation, à condition de favoriser les interactions nécessaires entre l'étudiant et son ou ses enseignants. Si le portfolio est un outil d'évaluation formative, il devient dans l'exigence de la validation du DES de médecine générale un outil d'évaluation finale du cursus. Pour ce faire, il doit répondre à un cahier des charges exigeant et lourd à gérer. Le portfolio électronique a été conçu pour faciliter entre autres la gestion pédagogique et administrative de cette procédure.

- **Objectifs :** Dresser un état des lieux de l'utilisation du portfolio électronique chez les participants - En cerner les intérêts et les limites - Veiller à ce que l'outil ne dénature pas les principes pédagogiques du cadre conceptuel sur lequel s'appuie le portfolio - Illustrer quelques expériences en cours

- **Matériels et méthodes :** atelier de travail

- **Résultats attendus :** si le concept de portfolio est aujourd'hui répandu, son utilisation sous la forme du portfolio électronique l'est moins. Un partage des expériences et des projets est nécessaire. Sans vouloir tendre vers la standardisation de l'outil, une harmonisation de sa structuration et de son utilisation serait utile à la communauté enseignante.

## N°13

### Quelques aspects clés de la recherche qualitative en éducation des sciences de la santé

**Brian D. HODGES**, University of Toronto, [brian.hodges@utoronto.ca](mailto:brian.hodges@utoronto.ca)

**Mathieu ALBERT**, University of Toronto, [mathieu.albert@utoronto.ca](mailto:mathieu.albert@utoronto.ca)

**Lara VARPIO**, University of Ottawa, [lara.varpio@uottawa.ca](mailto:lara.varpio@uottawa.ca)

**Christophe SEGOUIN**, Hôpital Lariboisière, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, [christophe.segouin@lrh.aphp.fr](mailto:christophe.segouin@lrh.aphp.fr)

#### RÉSUMÉ :

##### Introduction

La recherche qualitative suscite un intérêt croissant auprès des praticiens et des chercheurs du domaine de la santé et de l'éducation médicale. Plusieurs professionnels de la santé et cliniciens enseignants apprécient de plus en plus la contribution de la recherche qualitative au développement des connaissances et à l'amélioration de leur pratique. Toutefois, en raison de la prédominance du modèle expérimental en recherche médicale, les méthodes qualitatives demeurent encore relativement peu connues.

##### Objectifs

Cet atelier d'une demi-journée s'adresse à des participants ayant une connaissance limitée de la recherche qualitative. Nous y traiterons de quelques-unes des principales méthodes utilisées en recherche qualitative ainsi que des étapes à suivre dans la réalisation d'un projet de recherche. Les méthodes qui seront principalement abordées sont les entretiens et les groupes de discussion (focus group). Une partie de l'atelier sera également consacrée à l'analyse des données qualitatives.

##### Déroulement de l'atelier

L'atelier comportera deux parties. La première portera sur la façon de concevoir un projet de recherche qualitatif et sur les étapes à suivre dans la réalisation d'un projet de recherche. La deuxième partie se concentrera sur les techniques de collecte de données (entrevue et groupe de discussion) et les façons d'en faire l'analyse. Cette deuxième partie fera appel à la participation des participants afin qu'ils expérimentent le travail de collecte de données.



## N°14

### Comment tirer le meilleur parti des enseignements dirigés (ED)

- Animateurs : **B. CHARLIN** ([bernard.charlin@umontreal.ca](mailto:bernard.charlin@umontreal.ca))
- Experts : **D. LACROIX** ([dlacroix@chru-lille.fr](mailto:dlacroix@chru-lille.fr)), **D. CHEVALIER** ([d-chevalier@chru-lille.fr](mailto:d-chevalier@chru-lille.fr)),  
**V. DUQUENNOY** ([v-martinot@chru-lille.fr](mailto:v-martinot@chru-lille.fr)), **I. TILLIE-LEBLOND** ([i-tillie@chru-lille.fr](mailto:i-tillie@chru-lille.fr)), **M.D. BESSE**
- Rapporteur : **M. COSSON** (email : [m-cosson@chru-lille.fr](mailto:m-cosson@chru-lille.fr))

Nombre de participants souhaité : Au maximum 30

#### Résumé (Contexte, but, objectif (s), méthode) :

- Contexte : Modification des méthodes d'apprentissage avec le développement d'ED au cours du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales
- But de l'atelier : Réflexions à partir d'une expérience pratique. Présentation de la problématique et confrontation des avis avec la réalisation faite à la Faculté de Médecine de Lille
- Objectifs de l'atelier pour les participants : Proposer une ligne de conduite utile pour l'organisation et la valorisation de cet apprentissage qui malgré ses contraintes favorise une responsabilisation de l'étudiant face à sa formation.
- Méthode (description de l'activité) :
  - Présentation de la problématique concernant la décision de remplacement des cours magistraux par des ED en groupes
  - 3 groupes de travail encadrés par une personne – ressource travailleront sur les thèmes suivants : (1) comment préparer ce changement avec les enseignants, avec les étudiants ? (D. Lacroix). Réflexion du groupe de travail et confrontation avec notre expérience (D. Chevalier) (2) Comment évaluer cette démarche (évaluation des enseignants... des étudiants). Réflexion du groupe de travail et confrontation avec une réalisation pratique (V. Duquennoy, I. Tillie-Leblond) (3) Quel pré-requis pour les étudiants et l'intérêt d'un tutorat. Réflexion du groupe de travail et confrontation avec notre expérience (D. Lacroix, M. Cosson). (4) Les enseignements à tirer en conclusion (B. Charlin)

## N°15

### L'accès aux ressources pédagogiques. Comment évaluer les pratiques et améliorer l'accès aux ressources pédagogiques en ligne ?

**J.M. RENARD**, **J.M. BRUNETAUD**, **Ph. DERUELLE** (Faculté de médecine Lille),  
**B. THIRION** (CHU Rouen CISMef), **F. DAILLAND** (SCD Paris 5), **C. DUMONT** (SCD Lille 2),  
**G. KERDELHUE** (SCD Rouen, sous réserve)

Animateur : J.M. BRUNETAUD ; Experts : C. DUMONT, M. DIDIER, J.M. RENARD, Ph. DERUELLE, F. DAILLAND, G. KERDELHUE ; Rapporteur : C. DUMONT

Nombre de participants souhaité : 30

#### Résumé (Contexte, but, objectif (s), méthode) :

- Contexte : A Lille 2 : participation à l'UMVF, expertise sur la chaîne de traitement (workflow) et sur l'indexation des ressources ; formations multiples à la recherche documentaire (public d'externes et d'internes) pour une meilleure connaissance des outils de recherche et d'accès aux ressources pédagogiques. Thèse d'exercice dirigée par le Dr Philippe Deruelle sur l'évaluation des pratiques documentaires des étudiants internes. A Paris 5, formation des usagers à la recherche documentaire, intégration dans le C2I métiers de la santé.
  - But de l'atelier : Produire des éléments de réponse aux questions suivantes : comment évaluer les pratiques de recherche des étudiants ? Comment améliorer le signalement et la visibilité des ressources disponibles en ligne ? Comment accompagner les usagers dans leur appropriation des outils de recherche documentaire ? Quels critères utiliser pour valider une ressource pédagogique ?
  - Objectifs de l'atelier pour les participants : connaître les modalités de mise en place d'une chaîne de production/diffusion des ressources pédagogiques ; savoir évaluer les ressources et les pratiques des étudiants dans leur accès à celles-ci ; définir des stratégies d'amélioration des pratiques de recherche.
  - Méthode (description de l'activité) : Après une introduction générale sur la problématique de l'atelier, une première partie sera consacrée à des interventions sur les points suivants :
    1. Pratiques documentaires de l'étudiant ; évaluer et améliorer les pratiques de recherche (Philippe Deruelle)
    2. Mettre en place une chaîne de production et diffusion des ressources pédagogiques (rôle de l'enseignant ; de l'informaticien ; du bibliothécaire dans le workflow de l'UMVF) (Jean-Marie Renard)
    3. Les enjeux de l'indexation MeSH et de la formation des étudiants à l'utilisation des ressources (Françoise Dailland, Camille Dumont)
    4. Accéder à des ressources gratuites validées (Gaetan Kerdelhue)
- Exercices pratiques de recherche et validation de ressources pédagogiques, restitution et échanges, synthèse

N°16

## Rôle et limites de l'image en pédagogie des sciences de la santé

**S. LOURYAN , N. VANMUYLDER.**

Université Libre de Bruxelles, Faculté de médecine, cellule de pédagogie médicale, et Haute Ecole Francisco Ferrer, UER de Biologie Médicale. [Slouryan@ulb.ac.be](mailto:Slouryan@ulb.ac.be)

**Nombre de participants souhaité : 20 maximum**

### Résumé :

- Contexte : enseignement préclinique en médecine, soins infirmiers, biologie médicale, sciences dentaires. Justification : la profusion d'images présentées aux étudiants, de manière souvent chaotique.
- But de l'atelier : analyser le rôle précis des images dans les enseignements à base morphologique, et faire réfléchir à leur utilisation judicieuse.
- Objectifs de l'atelier pour les participants : choisir judicieusement les images à présenter aux étudiants, limiter leur profusion, apprendre à décrypter le message qu'elles portent.
- Méthode (description de l'activité) : interrogatoire des participants quant à leur pratique, exposé sur les fondements de la pédagogie de et par l'image, constitution d'équipes de réflexion en vue de faire des propositions d'utilisation rationnelle, conclusions générales.

N°17

## Prise en compte de la motivation des étudiants par les enseignants

**J. BARRIER (Nantes), I. RICHARD (Angers)**

Nombre maximum de participants : 30

### Résumé :

Dans l'enseignement en général et dans celui des sciences de la santé en particulier, la motivation des étudiants est ce qui fait la "différence". Par exemple, en France, elle est un facteur particulièrement important dans l'évaluation normative des étudiants (concours de P.C.E.M.1, E.N.C.). Les questions qui seront abordées lors de ce séminaire sont les suivantes :

- Quel est le cadre conceptuel de la motivation, de la démotivation ?
- Quelles sont les possibilités d'agir pour un enseignant ?
- Quel contrat entre l'étudiant, l'enseignant et la Faculté susceptible d'avoir un effet favorable ?

### Méthode :

Tour de table ; travail en petits groupes interactifs à partir de cas issus des participants ou choisis par les experts. Synthèse.

N°18

## Utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication à l'Apprentissage Pédagogique Moderne

**Paul MENU<sup>1</sup>, P. CORBI<sup>1</sup>, Fr. MARCHESSOU<sup>2</sup>, M. MORICHAUD-BAUCHANT<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>, Département De pédagogie Médicale Faculté de Médecine, 24 rue Alexandre Dumas, 86000 Poitiers France

Tél. : 0 (33) 05 49 44 39 85 [p.menu@chu-poitiers.fr](mailto:p.menu@chu-poitiers.fr)

<sup>2</sup>I-Médias Centres de Ressources Multimédias Université de Poitiers

**Introduction :** Si le formidable potentiel éducatif des nouvelles techniques de l'information et de la communication (NTIC) ont été validées au niveau de l'école primaire et secondaire peu de travaux ont prouvé la contribution effective des NTIC au niveau Universitaire : Le but de cet atelier est de faire découvrir comment utiliser les nouvelles technologies pour favoriser la mise en pratique des nouvelles règles pédagogiques dans un cursus de faculté de Médecine.

Les « nouveaux » concepts pédagogiques basés sur l'apprentissage et centrés sur l'apprenant ont débouché sur 6 principes clés et abouti à la diffusion de nouveaux outils. Mais il ne suffit pas de souhaiter que les outils modernes d'information deviennent des outils modernes de formation pour que ceux-ci le soient effectivement. Il faut s'appliquer à soi-même les mêmes règles que celles souhaitées pour les autres : l'évaluation authentique.

Avec Internet, le fossé entre la surinformation disponible et la capacité cognitive avec laquelle les individus peuvent absorber et conceptualiser les problèmes ne fait que s'élargir. La pléthore d'information rend urgent la nécessité d'évaluation critique de ce type de formation.

Les thèmes abordés dans cet atelier seront :

1. Acceptons-nous d'être des professionnels de la formation ?
2. Pouvons-nous être des professionnels de la formation sans avoir été formés ?
3. L'utilisation de l'outil NTIC peut-il nous aider à devenir de bons pédagogues ?
4. comment définir le contexte et l'environnement nécessaire pour que les NTIC soient effectivement un soutien pédagogique complémentaire.

Conclusion : Les NTIC peuvent s'avérer des outils utiles dans la nouvelle conception de l'apprentissage et l'abord nouveau des concepts cognitifs. Comme tous les outils, ils nécessitent une formation spécifique, une pratique adaptée aux objectifs et une évaluation authentique.

N°19

## La démarche qualité dans l'évaluation des stages cliniques.

**Claire DE BURBURE, Véronique GODIN, André GEUBEL et Dominique VANPEE**

Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain - Bruxelles - Belgique

Responsable de la soumission :

Dominique Vanpee, services des urgences, cliniques UCL de Mont-Godinne, 5530, Yvoir Belgique

Email : [dominique.vanpee@uclouvain.be](mailto:dominique.vanpee@uclouvain.be)

Nombre de participants souhaité : maximum 25-30 participants

Contexte : de nombreuses facultés ont mis en place des outils plus ou moins pertinents pour évaluer leur stage hospitalier. Les résultats des évaluations réalisées dans ce cadre restent malheureusement trop souvent sans impact réel sur l'amélioration des pratiques. Les évaluations à elles seules ne sont pas suffisantes et doivent s'intégrer et être repensées dans une démarche plus globale. La démarche qualité utilisée classiquement dans le monde commercial et industriel mérite notre attention et représente un axe intéressant de travail encore trop peu exploré en pédagogie médicale. Nous proposons à partir de notre expérience préliminaire sur l'outil d'analyse SWOT (strengths, weakness, opportunities and threats) emprunté à la démarche qualité d'apporter une réflexion sur ce thème.

But de l'atelier : examiner avec les participants la place que pourrait prendre la démarche qualité dans l'évaluation des stages. Faire découvrir la grille d'analyse SWOT.

Objectifs de l'atelier pour les participants :

A la fin de l'atelier, les participants devraient pouvoir juger de l'intérêt et de l'applicabilité de la démarche qualité à leur contexte de travail.

Méthode : l'atelier sera interactif, fait de présentations et d'échanges avec les participants. La présence de participants de différents horizons permettra un échange d'expériences enrichissant pour structurer cette démarche. Un rapport sera réalisé à la suite de l'atelier.

N°20

## Mieux écrire des articles en éducation appliquée aux sciences de la santé

**ATTENTION !**

*Il est recommandé aux participants de cet atelier de bien vouloir apporter 4 ou 5 copies d'un texte qui, selon eux, pourrait être amélioré.*

**Bernard CHARLIN, Monique CHAPUT, Jean JOUQUAN**

Université de Montréal et Université de Brest

Contexte : L'écriture efficace de projets de recherche et d'articles nécessite de transmettre l'information avec force et concision

But : Aider les participants à bien percevoir les principes de ce style d'écriture

Méthode : Atelier interactif basé sur l'expérience des participants et des animateurs. Des tâches d'amélioration ou de commentaires sur des textes seront réalisées.

Durée : Trois heures

Public cible : Les éducateurs en sciences de la santé intéressés par la diffusion des connaissances et des travaux de recherche.

Nombre maximum : 20 personnes

Références

*Le résumé structuré : un outil de lecture, d'évaluation et de rédaction* - Georges Bordage, Serge Querin, Pédagogie Médicale, 2001, 2 : 81-84

*La préparation d'un article pour publication* - Georges Bordage, Pédagogie Médicale, 2002, 3 :237-248

*Planification d'une étude expérimentale et rédaction d'une demande de subvention en 8 étapes et 28 questions\** - Georges Bordage, Beth Dawson, Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 103-114

*Is the script concordance test a valid instrument for assessment of intraoperative decision-making skills?* Sarkis Meterissian, Brent Zabolotny, Robert Gagnon, Bernard Charlin, Am J Surg., 2007, 193:248-51.

*La recherche en éducation médicale : entre le service et la science.* Mathieu Albert, Pédagogie Médicale, 2006, 7 :73-81

## Ateliers stratégiques (A.S.)

N°1

### Missions et Objectifs institutionnels d'une faculté de médecine

**-Professeur Jean MATHIEU** (Auteur principal) Tel : + 1 450 229 42 18 ; Fax : + 1 450 229 34 02 Courriel : [jeanmathieu@bellnet.ca](mailto:jeanmathieu@bellnet.ca)

**-Professeur Sahloul ESSOUSSI**, Tel : + 216 73 22 14 11 poste 1213 / + 216 73 21 94 94  
Fax : + 216 73 22 48 99 . Courriel : [sahloul.essoussi@ms.tn](mailto:sahloul.essoussi@ms.tn)

**Nombre de participants souhaité :** 20 à 25

#### Résumé:

**Contexte :** L'augmentation exponentielle des connaissances et des techniques au cours de la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle a entraîné la spécialisation d'une proportion croissante de médecins. Ce phénomène n'a pas affecté que les praticiens; le corps professoral des facultés s'est aussi de plus en plus spécialisé, ce qui, partout dans le monde, a profondément modifié les facultés de médecine et les programmes d'études qui ont eu progressivement tendance à s'alourdir.

Comme on ne peut augmenter indéfiniment la durée des études, il est devenu nécessaire d'émonder les programmes, les rendre plus efficaces et surtout répartir autrement les enseignements

Ceci est d'autant plus justifiable qu'il n'est plus nécessaire aujourd'hui que les spécialistes aient acquis une formation complète de généraliste avant d'accéder à un cycle de formation en spécialité. Cette conception est à la fois irréaliste et dépassée.

Par contre, il est devenu nécessaire que les généralistes soient mieux formés pour faire face à une bonne partie des besoins de la population

A l'avenir, le défi pour nombre de facultés de médecine sera de :

-concevoir les 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle comme un tronc commun habilitant l'ensemble des étudiants à accéder à un 3<sup>ème</sup> cycle de formation spécifique en médecine générale ou en spécialité.

-créer un programme spécifique de médecine générale de 3<sup>ème</sup> cycle.

-assumer une responsabilité universitaire complète à l'égard du 3<sup>ème</sup> cycle de spécialités.

Pour relever avec succès un tel défi, les facultés de médecine devront adopter une démarche cohérente fondée sur une définition claire et précise des missions et des objectifs institutionnels qui en découlent.

Le mot *mission* désigne la responsabilité que la Société ou l'Etat ou l'Université confie à une Faculté de Médecine et les mots *objectifs institutionnels* désignent la réponse de la Faculté à ces demandes extérieures

**But de l'atelier :** Faire découvrir par les participants la nécessité et les fondements pédagogiques d'une réforme mettant en place un 3<sup>ème</sup> cycle de formation spécifique en médecine générale familiale ou en spécialités

**Objectifs de l'atelier :** Au cours de l'atelier, les participants auront discuté, adopté les principes et décrit les concepts suivants : Missions des facultés de médecine, Besoins de la population, Objectifs institutionnels, Programmes de 3<sup>ème</sup> cycle, Répercussions sur le tronc commun (1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycles)

**Méthode :** Atelier en petits groupes, échanges en séance plénière, exposé bref de synthèse

N°2

### Formation adaptée aux besoins de la société : un chantier prioritaire

**Dominique PESTIAUX** ([dominique.pestiaux@camg.ucl.ac.be](mailto:dominique.pestiaux@camg.ucl.ac.be))

**Joel LADNER** ([Joel.Ladner@chu-rouen.fr](mailto:Joel.Ladner@chu-rouen.fr))

**Charles BOELEN** ([boelen.charles@wanadoo.fr](mailto:boelen.charles@wanadoo.fr))

#### Résumé :

**Contexte :**

Le groupe de travail de la SIFEM « Santé et Société » s'est engagé à réfléchir sur les rapports entre l'éducation médicale, les institutions académiques et les besoins de la société. L'atelier du congrès de la CIDMEF offrira l'opportunité de lancer les réflexions autour des stratégies de formation et leurs débouchés les mieux adaptés pour répondre aux besoins spécifiques et prioritaires des pays.

**But de l'atelier :**

Faire le point sur ce qui se passe dans les facultés et écoles, analyser les contraintes et réalisations, proposer une démarche plus systématique dans ce domaine.

Un effort d'anticipation est important pour comprendre les besoins actuels de la société et ainsi définir de nouvelles normes.

**Objectifs de l'atelier :**

Au cours de l'atelier :

- Les participants auront d'abord partagé les méthodes et innovations mises en place ainsi que leur expérience d'aujourd'hui dans leur faculté pour intégrer la dimension « santé-société » dans le curriculum.
- Une brève présentation des concepts à prendre en compte dans les services de santé suivra (par exemple : davantage de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité, l'interdisciplinarité, les nouvelles approches de prise en charge des patients, le souci d'une vision centrée sur le malade et non sur la maladie, la dimension sociale de la prise en charge,...).

- Les participants auront alors identifié une ou plusieurs actions à expérimenter dans leur faculté pour rejoindre les attentes et besoins actuels de la société vis-à-vis du système de santé. Une attention particulière devra être apportée aux conditions locales et à la faisabilité des mesures à proposer.

**Méthode :**

- Présentation des participants et animateurs
- Introduction à l'atelier
- Travail en sous-groupes sur les structures actuelles d'enseignement des aspects santé-société
- Restitution comprenant un retour de chaque sous-groupe suivi d'une présentation des concepts clefs
- Travail en sous-groupes sur les modifications envisageables sur un plan local
- Synthèse globale
- Suites à envisager pour l'atelier (poursuites de la réflexion engagée et des travaux, suivi des actions mises en place,...)

**N°3**

### Stratégie de mise en place d'une structure de développement pédagogique dans une faculté des sciences de la santé

**Larbi CHAIEB\***, Faculté de médecine de Sousse Av. M.Karoui, 4002 Sousse Tunisie  
tél + fax : 00 216 73 219 500. [l.chaieb@rms.tn](mailto:l.chaieb@rms.tn) (\*) Auteur principal

**A.Sahloul ESSOUSSI**, Faculté de médecine de Sousse Av.M.Karoui, 4002 Sousse Tunisie  
tel : 00 216 73 219 494 .Fax : 00 216 73 224 899 [sahloul.essoussi@rms.tn](mailto:sahloul.essoussi@rms.tn)

**Nombre de participants souhaité :** 20 à 25

**Résumé (Contexte, but, objectif (s), méthode) :**

- **Contexte :** Dans une démarche qualité, les facultés des sciences de la santé sont tenues d'adapter régulièrement leurs missions, leurs objectifs institutionnels, leur gouvernance et leurs programmes de formation en mobilisant de façon cohérente et efficiente l'ensemble de leurs ressources et moyens. Dans cette optique, le développement pédagogique d'une faculté est un facteur décisif ; il nécessite de mettre en place une structure permanente de prestation de service, au bénéfice de plusieurs partenaires : la direction, les différents comités facultaires, les enseignants et les étudiants ; Le but ultime est de pérenniser la capacité de l'institution à adapter continuellement la formation aux exigences de la pratique professionnelle et aux besoins de la population

- **But de l'atelier :** Engager la réflexion des participants sur la possibilité de monter une structure de développement pédagogique compte tenu du contexte particulier de chaque faculté

- **Objectifs de l'atelier pour les participants :** Au cours de l'atelier, les participants auront à :

- Identifier les étapes de réalisation d'une structure de développement pédagogique dans leur faculté
- Préciser les prestations de cette structure pour les bénéficiaires et notamment la direction, les enseignants et les étudiants
- Identifier les moyens et ressources à mobiliser
- Déterminer les indicateurs de réussite dans les différentes étapes de réalisation du projet

- **Méthode (description de l'activité) :** Atelier en petits groupes, échanges en séance plénière, exposé bref de synthèse

**N°4**

### La reconnaissance de l'enseignement dans les Facultés de médecine

**Lucie BRAZEAU-LAMONTAGNE** ([lucie.brazeau@usherbrooke.ca](mailto:lucie.brazeau@usherbrooke.ca)) **Maryse FICHE** ([maryse.fiche@chuv.ch](mailto:maryse.fiche@chuv.ch))

**Nombre de participants souhaité :** entre 25 et 40

**Résumé (Contexte, but, objectif (s), méthode) :**

- **Contexte :** L'enseignement en faculté de médecine et des sciences de la santé constitue la mission commune à tous les professeurs, qu'ils soient en recherche ou en clinique. Par où passe la reconnaissance de leurs enseignements ? Quels liens peut-on faire entre les enseignements et les enseignants ? L'articulation entre la reconnaissance de l'enseignement et la reconnaissance des compétences des enseignants représente un sujet sensible en Faculté. Par leur cortège d'indicateurs de qualité, les impératifs de reconnaissance des enseignements permettent-ils de voir sur quoi/sur qui repose le fardeau de qualité en Faculté ? En matière de reconnaissance des enseignements, quels signaux institutionnels reçoivent les professeurs recrutés touchant leur promotion académique ?

- **But de l'atelier :** Cerner les liens entre compétences professorales et les réalisations pédagogiques à partir de ce qui est vécu et/ou perçu par des acteurs/observateurs des facultés des sciences de la santé.
- **Objectifs de l'atelier pour les participants :** Clarifier les concepts touchant la reconnaissance des enseignements ; identifier l'influence de cette reconnaissance sur le recrutement et la promotion académiques dans les facultés des sciences de la santé.
- **Méthode (description de l'activité) :** L'atelier se déroulera en plénières alternées de petits groupes où les 3 questions suivantes seront débattues par les participants : *Voire doyen vous a confié d'animer le chantier du renouveau pédagogique de votre Faculté auprès des professeurs. A) Identifier 2 idées et 2 tabous à expliciter pour enclencher la réflexion sur la reconnaissance des enseignements ? B) Identifier 2 indicateurs de reconnaissance des enseignements qui reçoivent l'adhésion des professeurs et 2 autres qui font l'objet d'un refus de leur part dans votre Faculté ? C) Identifier 2 indicateurs de reconnaissance des enseignements qui vous paraissent convaincants et 2 qui ne sont pas pour les « intervenants sociaux » auprès de qui votre Faculté est impliquée.* Chaque question fera l'objet d'une synthèse en plénière où les idées maîtresses seront colligées et redonnées aux participants en séance plénière finale.

N°5

### Partage d'expériences des responsables des formations pédagogiques diplômantes en sciences de la santé.

**D. MAILLARD** (Paris), **L. PRIN** (Lille), **I. RICHARD** (Angers), **A. QUINTON** (Bordeaux), **J. BARRIER** (Nantes), **M. TOURÉ** (Dakar), **O. ARMSTRONG** (Nantes) et al.

Nombre de participants souhaité : 30

Résumé (Contexte, but, objectif (s), méthode) :

- **Contexte :**

Dans le monde francophone, de nombreuses facultés de Médecine ont mis en place une formation pédagogique des enseignants. Les modèles peuvent diverger, même si les objectifs sont globalement les mêmes.

- **But de l'atelier :**

Démarche qualité de la planification et de la formation pédagogique des enseignants en sciences de la santé.

- **Méthode (description de l'activité) :**

Rappel des niveaux de compétence pédagogique des enseignants de Médecine (CIDMEF), résultats de l'enquête ; confrontation des modèles de planification mis en place par les responsables de ces formations. Les consensus et dissensions feront l'objet d'une réflexion visant à améliorer la qualité des formations proposées.

N°6

### Les atouts et les limites d'un cursus médical organisé selon le format LMD

Animateur : **Isabelle RICHARD**, Université d'Angers, [isabelle.richard@univ-angers.fr](mailto:isabelle.richard@univ-angers.fr)

Expert : **P. DETEIX** ; Rapporteur : **Lionel PRIN**

Nombre souhaité de participants : Au maximum 30

**Résumé :**

**Contexte :** De nombreux pays, en Europe ou ailleurs s'interrogent sur la compatibilité du cursus médical avec le format Licence/Master/Doctorat du processus de Bologne. Les réflexions sont souvent cristallisées autour de la longueur du cursus, ignorant de nombreux autres objectifs du processus de Bologne.

**But de l'atelier :** Amener les participants à analyser les différents composants du processus de Bologne, et leur faisabilité dans le cadre de leur cursus national ; Discuter les avantages et inconvénients de la semestrialisation, de la mise en place de crédits transférables, de possibilités de passerelles au niveau L en évoquant notamment un accès plus lisible pour une formation à la recherche ; Discuter les conséquences possibles en terme de mobilité étudiante.

**Objectif de l'atelier pour les participants :** Utiliser les réformes potentielles « LMD » dans un objectif d'amélioration des cursus.

**Méthode (description de l'activité)**

- Rappel du contenu du processus de Bologne et point sur la situation actuelle en Europe, notamment à partir des résultats du réseau Medine ;
- Exercice individuel : Analyser dans le cursus de sa faculté les éléments compatibles ou non compatibles avec le processus de Bologne ; Synthèse par les animateurs de l'atelier
- Exercice collectif : Analyser et Rédiger l'ensemble des obstacles actuels à la mobilité étudiante.
- Exercice collectif : A partir de la synthèse et des obstacles identifiés, déterminer quels changements seraient prioritaires dans un objectif de facilitation de la mobilité.

Une synthèse sera réalisée à distance par les animateurs et adressée par courrier électronique.

N°7

## Vision, stratégie et méthode en faveur du développement professionnel et des organisations de santé. Echange autour de la mise en œuvre d'une approche par compétences intégrées (APCI)

**Florence PARENT** (MD, PhD), Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Ecole de Santé publique, Université Libre de Bruxelles (ULB), Route de Lennik 808, CP 596, 1070 Bruxelles, Belgique (email: [florence.parent@ulb.ac.be](mailto:florence.parent@ulb.ac.be))

### Coauteurs :

**Ali MAPATANO** (Prof.), Unité de Recherche Pédagogie et Santé, Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC), [mapatano@hotmail.com](mailto:mapatano@hotmail.com)

**Roger BAULANA**, Unité de Recherche Pédagogie et Santé, Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC), [rogerbaulana2002@yahoo.fr](mailto:rogerbaulana2002@yahoo.fr)

**Gérard KAHOMBO**, Unité de Recherche Pédagogie et Santé, Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC), [g\\_kahombo@yahoo.fr](mailto:g_kahombo@yahoo.fr)

**Yves COPPIETERS** (MD, PhD), Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Ecole de Santé publique, Université Libre de Bruxelles (ULB), [yves.coppieters@ulb.ac.be](mailto:yves.coppieters@ulb.ac.be)

Nombre de participants souhaité : Entre 10 et 20

### Résumé :

#### - Contexte :

La présentation qui sera faite en atelier a tiré des enseignements à partir de contextes différents, à la fois dans le champ de la formation initiale et dans celui de la formation continue des professionnels de la santé. Ces contextes se situent en Europe (contexte d'un projet Leonardo), au Sénégal, en RDC et au Rwanda (contextes de projets de coopération Belge). La focalisation sur les terrains d'action du sud est liée à une urgence d'amélioration de la qualité des soins et des services dans ces environnements, néanmoins les résultats sont transférables au secteur de la santé publique de manière générale. Etant donné la complexité inhérente à la question de la formation des RHS, les échanges vont se centrer en priorité sur la nécessité de développer des cadres conceptuels, stratégiques (opérationnels) et méthodologiques (ingénierie de la professionnalisation et des compétences) de référence en matière de formation et plus généralement de développement professionnel.

#### - But de l'atelier :

Diffuser et permettre un temps d'appropriation à propos de résultats de recherches participatives sur la question de l'adéquation des formations aux besoins des communautés et systèmes.

#### - Objectifs de l'atelier pour les participants :

1. Comprendre les étapes méthodologiques de construction d'un curriculum dans le cadre particulier d'une approche par compétences intégrées (APCI)

2. Analyser, sur plusieurs niveaux, le *critère de cohérence* dans un programme basé sur une logique de compétences:

- l'organisation de santé

- le programme de formation (incluant l'évaluation dans un cadre d'APC)

- le processus de mise en œuvre d'une réforme

#### - Méthode (description de l'activité) :

L'atelier se déroulera de façon à permettre deux temps d'échanges (en lien avec les objectifs de l'atelier) en petits groupes, suivi de retours en plénière. Un diaporama ainsi que des posters au mur, précisant les cadres de références et les étapes méthodologiques viendront renforcer les temps de structuration. Des exemples, en provenance des terrains, pourront être discutés selon les besoins.

N°8

## L'information/formation sur la prise en charge des maladies rares/orphelines

Animateurs : **C. AGARD** (Nantes), **L. PRIN** (Lille)

Avec la participation de responsables des Facultés, de sociétés savantes, d'associations de patients, d'industriels pharmaceutiques.

### Le contexte :

La société se préoccupe de plus en plus de la prise en charge des patients atteints de maladies rares. En effet, bien que ces pathologies soient séparément exceptionnelles, la population atteinte est globalement considérable. Longtemps considérées comme "orphelines", elles sont maintenant l'objet de nombreuses recherches et ont permis la création de thérapeutiques innovantes. Pour autant, il apparaît que les patients peuvent estimer que les compétences médicales sont insuffisantes.

Quelle information/formation faut-il planifier pour ces nombreuses maladies ? Quelles compétences sont exigibles de l'étudiant en médecine ou du praticien non spécialiste ?

Déroulement de l'atelier :

Participants : tous les acteurs concernés par les maladies rares ; les professionnels de la santé non médecins sont aussi invités à participer à cet atelier.

Résultat d'une enquête auprès des Facultés de Médecine Francophones.

Tour de table des différents acteurs (enseignants en formation initiale et continue, médecins, sociétés professionnelles, patients, industriels).

Définition des points consensuels et discussion sur les éventuels dissension.

Méthode d'élaboration de recommandations pour la formation initiale et continue.

N°9

---

## Atelier sur la gouvernance pour les responsables des Facultés des Sciences de la Santé

**Jean-François DENEFF** (Louvain) [Jean-francois.denef@uclouvain.be](mailto:Jean-francois.denef@uclouvain.be)

Dans la continuité de la réunion organisée à Cotonou en 2004, sur la stratégie de changement au sein des facultés de médecine, le Bureau Permanent de la CIDMEF a décidé d'organiser un séminaire de formation à la gouvernance destiné aux futurs et nouveaux doyens. La première édition a eu lieu à Louvain en 2007.

Public cible : doyens de médecine, pharmacie ou odonto-stomatologie venant d'être élus, doyens dans la première année de leur mandat, et responsables de facultés (vice-doyens ou chefs de département pressentis ou intéressés comme futurs doyens)  
(nombre maximum de participants = 20)

Contenu du séminaire (deux journées complètes)

1° Gouvernance académique : valeurs – vision – stratégie – objectifs.

2° Relations académiques : motivation – relations interpersonnelles – communication – animation de réunions.

3° Gestion académique : administration, organisation, budgets, délégation de tâches.

4° Missions académiques : spécificité de la fonction de doyen de médecine, évaluation, politique de qualité, recrutement, formation.

Approches pédagogiques utilisées

Partage d'expérience, exposés ; travail par petits groupes, Etude de cas, jeux de rôle, digest sur "l'état de l'art", application accompagnée sur le terrain.

La participation au séminaire et la réalisation du projet fera l'objet d'une certification par le conseil pédagogique de la CIDMEF.

Pour tout renseignement complémentaire :

Ou sur le site de la CIDMEF : <http://193.50.104.19/index.php?category=ED>



## Communications affichées en rapport avec les ateliers

### **Etape 5 : Entrer en production/construction d'un référentiel de compétences intégré (RCI) 7 étapes qui balisent le chemin (allers-retours)**

**Florence PARENT<sup>1</sup>, Ali MAPATANO<sup>2</sup>, Roger BAULANA<sup>2</sup>, Gérard KAHOMBO<sup>2</sup>, Yves COPPIETERS<sup>1</sup>, Evelyne D'HOOP<sup>3</sup>**

1 - Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Ecole de Santé publique, Université Libre de Bruxelles (ULB), Route de Lennik 808, CP 596, 1070 Bruxelles, Belgique ([florence.parent@ulb.ac.be](mailto:florence.parent@ulb.ac.be) ; [yves.coppieters@ulb.ac.be](mailto:yves.coppieters@ulb.ac.be))

2 - Unité de Recherche Pédagogie et Santé, Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC), [mapatano@hotmail.com](mailto:mapatano@hotmail.com) ; [rogerbaulana2002@yahoo.fr](mailto:rogerbaulana2002@yahoo.fr) ; [g\\_kahombo@yahoo.fr](mailto:g_kahombo@yahoo.fr)

3 - Haute Ecole Léonard de Vinci, Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI), Belgique

**Etape 5.1:** Identification de(s) la fonction(s) du professionnel dans son organisation, description de son organisation et vérification de l'adéquation du processus

5.1.1. Identifier la fonction principale et/ou le métier et/ou le(s) poste(s) du professionnel de santé. *Identifier les situations professionnelles*

5.1.2. Décrire l'organisation ou les organisations ou le professionnel œuvre

5.1.3. Adaptation du processus et des acteurs concernés par le changement (processus continu (lien dia 12))

**Etape 5.2:** Description de la fonction et du métier

5.2.1. Récolter les données

5.2.2. Lister les données sous forme de verbes d'action

**Etape 5.3:** Catégorisation des activités

- Selon le type d'activités et de savoirs

- Selon le niveau d'observabilité

**Etape 5.4:** Repérer les compétences

5.4.1. Repérer les compétences au départ des activités non observables des différentes catégories

5.4.2. Définir les compétences (à préciser avec l'identification des capacités, *étape 6*)

**Etape 5.5 :** intégrer les compétences

5.5.1. Repérer les catégories de familles de situations au départ des fonctions et lieux de pratique du professionnel concerné

5.5.2. Rédiger les familles de situation

5.5.3. Croiser les compétences et les Familles de situations (FS) → plus qu'une compétence/FS pour assurer l'intégration des compétences en situation.

5.5.4. Rédiger les Objectifs Continus d'Intégration, soit la synthèse des FS → amendement et/ou validation interne des FS

**Etape 5.6 :** Structuration des PC ou capacités

5.6.1. Identifier au sein de chaque compétence, les capacités (ou paliers de compétences) qui les composent, au départ des activités observables et précises

5.6.2. Identifier les critères/indicateurs pour chaque palier ou capacité (sources: grille de critères assortie de leurs définitions et verbes d'action précis)

**Etape 5.7:** validation du RCI (*en lien avec l'étape 1.3*)

- **Validations internes** par le groupe de pilotage, plus ou moins représentatif du changement visé en fonction des contextes et des contraintes.

- **Validations externes** auprès des acteurs représentatifs du changement visé

### **Plan de déroulement et étapes (aller-retour) dans la construction et la mise en œuvre d'un curriculum par compétence.**

**Florence PARENT<sup>1</sup>, Ali MAPATANO<sup>2</sup>, Roger BAULANA<sup>2</sup>, Gérard KAHOMBO<sup>2</sup>, Yves COPPIETERS<sup>1</sup>, Evelyne D'HOOP<sup>3</sup>**

1 - Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Ecole de Santé publique, Université Libre de Bruxelles (ULB), Route de Lennik 808, CP 596, 1070 Bruxelles, Belgique ([florence.parent@ulb.ac.be](mailto:florence.parent@ulb.ac.be) ; [yves.coppieters@ulb.ac.be](mailto:yves.coppieters@ulb.ac.be))

2 - Unité de Recherche Pédagogie et Santé, Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC), [mapatano@hotmail.com](mailto:mapatano@hotmail.com) ; [rogerbaulana2002@yahoo.fr](mailto:rogerbaulana2002@yahoo.fr) ; [g\\_kahombo@yahoo.fr](mailto:g_kahombo@yahoo.fr)

3 - Haute Ecole Léonard de Vinci, Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI), Belgique

1) Clarifier ses finalités (de santé)

2) Se donner une vision « META »

a) de la formation

b) du processus

3) Clarifier son paradigme

a) pédagogique

b) de production

4) Préciser sa définition de la compétence

5) Entrer en production d'un référentiel de compétences intégré (RCI) : 7 étapes décrites dans un autre poster des journées

- 6) Assurer une transposition didactique en cohérence :
  - a) Construire un référentiel de formation intégré (RFI)
  - b) Construire un référentiel d'évaluation intégré (REI)
- 7) Former/intégrer les formateurs/acteurs
- 8) Mettre en place un 'observatoire' de la qualité

## Evaluation du Diplôme Inter Universitaire de Pédagogie et Communication Médicales des Facultés de Médecine d'Angers, Brest, Nantes et Rennes

**O. ARMSTRONG, J.H. BARRIER, Y. MAUGARS, J. JOUQUAN, F. DUBAS, I. RICHARD, Ch. HONNORAT** et les membres de la commission pédagogique du diplôme

En 1994 a été créé un DIU de Pédagogie et Communication Médicales entre les quatre Facultés de Médecine de l'Ouest de la France. Le but était d'atteindre, pour les participants, médecins ou des professions para médicales, les compétences pédagogiques du niveau II de la CIDMEF. Des enquêtes d'évaluation par questionnaire avec plusieurs relances ont été lancées. Le taux de réponse est de 53.6% (75 sur 140). Par rapport aux pratiques enseignantes 68% jugent ce DIU utile pour l'enseignement en FMI, et 88% en FMC. 46% le jugent utile dans la pratique médicale vis à vis des patients et 62% y voient aussi une utilité en dehors de la relation médecin-malade. D'autres résultats quant à l'apport de cette formation au regard de la FMC en pédagogie sont analysés, 69% d'entre eux souhaitant participer à d'autres séminaires de pédagogie.

Des points forts sont relevés (se remettre en cause, interactivité, détection des besoins, communication) ainsi que des points faibles (manque de temps, absence de mise en situation, problèmes des mémoires, volonté réelle des institutions ?).

L'évaluation est globalement satisfaisante et montre qu'un tel DIU devrait être d'avantage recommandé notamment pendant les études médicales mais aussi pour tous ceux s'investissant en FMC ou souhaitant une carrière hospitalo-universitaire.

## A propos d'un dispositif de formation des étudiants en sciences de la santé à la médecine de catastrophe

**TH. PELACCIA<sup>(1)(2)</sup>, J.-L. DANAN<sup>(3)(2)</sup>, B. POMMERET<sup>(2)</sup>, G. LAURENT<sup>(2)</sup>**

(1) SAMU 67 - CESU 67, CHU de Strasbourg, 1 place de l'hôpital, 67000 Strasbourg

(2) Direction régionale du service de santé des Armées, Metz

(3) IFSI de Nancy-Laxou, Laxou

**Contexte.** Dans le contexte actuel de résurgence de l'instabilité mondiale et des risques liés à l'usage d'armes non conventionnelles (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques), la formation des professionnels de santé à la médecine de catastrophe est devenue un enjeu majeur de santé publique, quels que soient leur formation initiale et leur mode d'exercice.

**Description.** Issues d'une collaboration entre les facultés de médecine, les instituts de formation en soins infirmiers et le Service de santé des Armées (SSA) de Metz, les préparations militaires de spécialité santé (PMS) constituent un dispositif de formation aux situations d'exception unique en France. Ce stage de 15 jours se déroule tous les ans sur le camp militaire de Bitche (Moselle). Il est ouvert à l'ensemble des étudiants civils des filières de santé, en particulier du Nord et de l'Est de la France. L'enseignement est assuré par des professionnels de santé réservistes du SSA, travaillant au sein des SAMU, SMUR, services d'urgence, de réanimation et de chirurgie des hôpitaux civils. Il est précédé, dans les facultés de médecine, d'un module optionnel d'une vingtaine d'heures permettant d'appréhender les spécificités d'exercice professionnel du SSA.

**Buts et méthodes.** Conçu dans une perspective socioconstructiviste de l'apprentissage, le stage ambitionne de développer chez les étudiants des aptitudes au raisonnement clinique en situation d'exception, basées sur une démarche hypothético-déductive optimisée par des stratégies non analytiques. L'usage de cas cliniques à développement progressif, de « modèles » et d'exercices de simulation pleine échelle vise en particulier la construction de deux compétences interprofessionnelles majeures en médecine de catastrophe : la catégorisation des victimes, permettant de prioriser les soins et la reconnaissance des symptômes évoquant une contamination par des agents non conventionnels.

**Conclusion.** 1500 étudiants en sciences de la santé ont bénéficié depuis 2002 de ce dispositif original qui doit être considéré comme un complément utile aux enseignements traditionnels proposés par les facultés et par les instituts de formation paramédicale.

## La recherche en éducation dans les Sciences de la Santé

### Communication affichée

#### Création et développement d'une structure de recherche en éducation médicale à la Faculté de Médecine de Nantes : L'ERNEM (Equipe de Recherche Nantaise en Education Médicale)

**POTTIER P.**<sup>1,2</sup>, **BARRIER J.H.**<sup>1,2</sup>, **PLANCHON B.**<sup>1,3</sup> et les membres de l'ERNEM.

1) Service de Médecine Interne A. Hôtel Dieu. C.H.U. Nantes. 44093 Nantes Cedex 1.

2) Département de développement pédagogique. Faculté de Médecine de Nantes. 3. Décanat. Faculté de Médecine de Nantes. 1 rue Gaston Veil. 44000 Nantes

**Objectifs :** L'activité de recherche en éducation médicale étant peu structurée à la Faculté de Nantes, les objectifs de cette structure sont : 1) dynamiser la recherche en Education Médicale, 2) améliorer la méthodologie des études, 3) valoriser l'activité de recherche du groupe par des communications régulières aux congrès et par des publications

**Organisation :** cette structure est intégrée au sein du Département de Formation Médicale Continue et de développement pédagogique. Un groupe composé de 25 membres actifs a été créé en Septembre 2007 comprenant le Vice-doyen chargé de l'enseignement, des experts en Pédagogie Médicale, des membres du département de Médecine Générale, un chef de clinique en Médecine Générale, un médecin de santé publique, des médecins spécialistes, un représentant universitaire en psychologie de la Santé, des étudiants en premier et second cycle des études médicales, deux biostatisticiens et un expert en bioéthique.

**Fonctionnement :** au cours d'une réunion mensuelle sont réalisés 1) des exposés et des discussions sur les questions de recherche, 2) des présentations et critiques des méthodologies proposées, 3) un suivi de l'avancée des travaux si possible jusqu'à leur publication

**Premiers travaux :** le premier travail du groupe a consisté en la mise en place d'un comité d'éthique pour la recherche en éducation médicale qui comprend 5 personnes : un expert en méthodologie, un responsable de l'organisation du concours de PCEM1, un expert en éthique, un médecin juriste et une personnalité extérieure à la Faculté de Nantes (philosophe à la Faculté de Médecine d'Angers). A la demande des différents membres, le groupe élabore les méthodologies de plusieurs études dont les thèmes sont résumés dans le tableau 1.

**Perspectives :** 1) élargir la composition du groupe pour pouvoir demander si besoin des avis consultatifs auprès d'un sociologue, ethnologue, philosophe, juriste ; 2) développer des collaborations avec des équipes extérieures française ou anglophones ; 3) à terme, structurer une équipe de recherche (comprenant des activités d'encadrement et d'accueil) autour d'un ou deux thèmes de prédilection.

### Démarche qualité de l'organisation des études

#### Communications orales

#### L'évaluation des enseignements et des programmes à l'UCL : quelles pratiques dans quelles perspectives ?

**GODIN Véronique,**

Université catholique de Louvain, Faculté des Sciences de la santé, Unité de pédagogie médicale, UCL 7257,  
Avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles, Belgique.

La mise en route de la réforme « Bologne » (Réforme LMD) s'est accompagnée, à l'UCL, de modifications importantes au niveau des programmes tant de 1<sup>er</sup> que de 2<sup>ème</sup> cycle.

L'ampleur de ces modifications rendait obligatoire une démarche d'évaluation des programmes et des enseignements. En outre, les autorités universitaires ont souhaité profiter de la situation pour développer, chez les enseignants, une « culture de l'évaluation ».

Le but de la communication est de décrire la manière dont nous avons parcouru les différentes étapes de la démarche évaluative : pourquoi évaluer ? À quel référentiel de qualité s'adresser ? Quelles sources consulter ? Comment recueillir l'information ? Quel instrument de mesure utiliser ? Comment traiter les données recueillies ? À qui et comment les transmettre ? Quelle utilisation des résultats des évaluations ?

La communication se propose également de dresser le bilan des 3 années écoulées et de faire état des réflexions en cours.

## Projet de réforme LMD à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lomé

**A.E. AYITE, K. N'DAKENA, G. NAPO-KOURA**

BP 13 161 LOME – Togo - [ayite\\_ae@yahoo.fr](mailto:ayite_ae@yahoo.fr)

Les universités du Togo sont membres du Réseau pour l'Excellence de l'Enseignement Supérieur en Afrique de l'Ouest (REESAO). L'espace REESAO est un cadre régional de réflexion pour la mise en place de la réforme LMD dans les universités membres.

Le Conseil des Présidents, Recteurs et Directeurs d'établissements d'enseignement supérieur du REESAO recommande l'entrée dans la réforme à l'horizon 2011.

La Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie prépare cette réforme avec l'appui de la Commission LMD de l'Université de Lomé. Les travaux effectués par le décanat et les enseignants de la faculté ont abouti à un projet que nous souhaitons présenter pour susciter un débat sur la mise en œuvre de cette réforme dans les facultés des sciences de la santé.

## Evaluation de la formation initiale en Odontologie à la faculté de Clermont-Ferrand

**Valérie ROGER-LEROI et Emmanuel NICOLAS**

EA3847, UFR Odontologie, 11 boulevard Charles de Gaulle, 63000 Clermont-Ferrand, France

**Contexte :** Evaluer la qualité de sa formation est indispensable à un UFR car ce dernier doit en permanence s'interroger sur le profil que doit avoir le jeune diplômé et si celui-ci répond aux besoins en santé de la population.

**But :** Des étudiants et des jeunes diplômés en Odontologie ont évalué leurs compétences professionnelles afin de mettre en évidence celles qui sont parfaitement acquises et celles qui ne le sont pas, ceci dans le but d'améliorer la formation initiale donnée au sein de l'UFR.

**Méthode :** Un questionnaire en deux parties a été distribué aux deux dernières années du cursus ainsi qu'aux jeunes diplômés sortis depuis un et trois ans. La première partie concernait le profil du répondant (âge, sexe, type d'exercice, habitudes de formation continue...). La deuxième partie permettait au répondant de s'auto-évaluer de 0 à 10 grâce à une échelle visuelle analogique (EVA) sur 52 compétences professionnelles élaborées par le réseau thématique européen DentEd. Les répondants devaient également préciser les cinq compétences qui selon eux devaient être approfondies au cours du cursus. Cette étude était anonyme et basée sur le volontariat.

**Résultats :** Les compétences obtenant les meilleurs scores sont celles généralement reconnues comme étant les plus facilement assimilables dans la littérature. 13 compétences ont obtenu un score inférieur à 5/10 montrant un besoin de formation supplémentaire notamment dans les domaines de l'implantologie, de la chirurgie parodontale, des pathologies de l'articulation temporo-mandibulaire et de la gestion du cabinet dentaire. Parmi ces treize compétences, on retrouve logiquement les cinq que les répondants veulent voir approfondies. Par contre ces cinq compétences ne sont pas obligatoirement celles qui ont obtenu les scores les plus faibles ce qui tendrait à montrer que certaines compétences, selon les répondants, ne font pas partie du profil du chirurgien-dentiste français.

**Conclusion :** Il est maintenant du devoir de notre UFR d'améliorer la qualité de sa formation notamment en réorganisant certains de ses enseignements et en intensifiant la pratique des stages en milieu professionnel qui permettront notamment d'améliorer l'acquisition de compétences difficilement assimilables en milieu hospitalier comme la gestion du cabinet dentaire.

## Etat d'avancement de la rénovation pédagogique à la faculté de Médecine de Sfax (Tunisie) soutenue par un projet Tempus

**KH.ZEGHAL<sup>1</sup> ; M. LEBRUN<sup>2</sup> ; PH.ISIDOR<sup>3</sup> ; G. SOULA<sup>4</sup> ; J.M.DUBOIS<sup>3</sup> ; I.CAILLEAU<sup>5</sup> ; B. DE BÉNITO<sup>6</sup> ; A.HAMMAMI<sup>1</sup>**

1 : Faculté de médecine de Sfax – Tunisie ; 2 : Université catholique de Louvain – Belgique ; 3 : Université Bordeaux II – France ; 4 : Université de Marseille II – France ; 5 : Université de technologie de Compiègne – France ; 6 Université des Baléares - Espagne

Une évaluation externe conduite par le conseil d'évaluation de la CIDMEF en 2000 de la qualité de l'enseignement médical de base dispensé à la faculté de médecine de Sfax (Tunisie) a recommandé la révision des contenus des programmes et l'intégration de l'auto apprentissage comme principe pédagogique.

Les autorités nationales de tutelle recommandent depuis l'année 2004 des mesures pour améliorer l'attractivité et l'efficacité de cet enseignement. Le contexte international a été marqué également par le développement des TICE avec leur mise au service de la pédagogie. Dans ce contexte général, la faculté de médecine de Sfax a décidé alors de procéder à une rénovation pédagogique. Elle a pu bénéficier pour 3 ans (2006- 2007- 2008) d'un soutien dans le cadre d'un projet européen de type Tempus dénommé DEM@TICE : « Développement de l'enseignement médical avec les technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement à la faculté de médecine de Sfax » (JEP \_ 32040 \_ 2004). Le projet comporte l'assistance d'un consortium européen dont les membres interviennent selon leurs champs de compétence.

Pour guider cette réforme, une charte pédagogique a été rédigée. Elle prône une évolution progressive d'un enseignement présentiel enrichi vers un enseignement présentiel allégé avec un tutorat approprié pour l'enseignement médical de base en s'aidant des apports des TICE dans le domaine pédagogique.

Ce projet a permis de financer le renforcement de l'infrastructure pédagogique. Une grande salle multimédia a été aménagée pour faciliter l'accès des étudiants (40 microordinateurs). Les amphithéâtres et deux grandes salles d'enseignement ont été dotés d'un équipement audiovisuel moderne. Les activités de formations technico-pédagogiques à l'intention des enseignants de la faculté de médecine de Sfax, animées par les partenaires européens, chacun dans son domaine de compétence, ont permis de stimuler l'activité de production de ressources pédagogiques numériques. Ces ressources sont actuellement accessibles aux étudiants depuis la rentrée universitaire 2007-2008 sur une plateforme de FAD e-médecine Sfax : <http://dematice.org/emed/>  
Des rencontres entre coordinateurs d'enseignements et leurs homologues européens sont en cours pour la révision des contenus et l'échange d'expériences dans l'utilisation des TICE. Des mesures garantissant la diffusion et la pérennité du projet ont été programmées. Une évaluation interne et externe est également programmée

## Favoriser la réussite des étudiants en médecine : L'expérience du Bureau-Interface-Professeurs-Etudiants (BIPE), Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris 6

**MARRA D<sup>1</sup>, LEBLOND V<sup>2</sup>, CHRISTIN-MAITRE S<sup>3</sup>, ALLILAIRE JF<sup>1</sup>, UZAN S<sup>4</sup>, ROUBY JJ<sup>5</sup>**

1 : Sce de Psychiatrie ; 2 : Sce d'hématologie ; CHU Pitié-Salpêtrière, 47 Bd de l'Hôpital, 75013 Paris/ 3 : Sce d'endocrinologie, CHU ST-Antoine, 75012 Paris.  
4 : Doyen de la Faculté de Médecine Paris VI; 5 : Vice-Doyen aux Etudes, 91 Bd de l'Hôpital, 75013 Paris.

Les études de médecine sont parmi les formations les plus difficiles sur le plan humain (durée et charge de travail) et les plus coûteuses pour l'étudiant et pour la Société. Peu de programmes d'aide à la réussite de ces études ont été développés. En PCEM1 ils se résument souvent à un tutorat par des étudiants. Au delà, les interventions sont très limitées alors que des échecs persistent: redoublement ou rendement pédagogique inférieur aux capacités réelles de l'étudiant. Après 2 ans de fonctionnement, le BIPE, avec le double objectif : 1/détection des problèmes d'organisation de l'enseignement 2/ détection, évaluation et orientation des étudiants en difficultés, confirme :

- Sa capacité à détecter rapidement les problèmes d'organisation de l'enseignement
- Son plébiscite par les étudiants : jugé intéressant ou très intéressant par 96% de 168 étudiants de D3 et D4.
- Les difficultés des étudiants issus de milieux défavorisés ou ayant des problèmes financiers
- Des problèmes individuels (83 étudiants), parfois d'origine psychologique, interférant avec la réussite universitaire
- Leur crainte des retombées d'une aide personnalisée sur leur dossier universitaire
- Le succès d'interventions stimulant leur motivation: Forum d'aide aux choix des carrières ; gestion du stress, performance intellectuelles et activités physiques ...

Quels que soient les moyens de sélection des étudiants lors de l'admission en Facultés de Médecine, cette expérience plaide pour une véritable réflexion quant aux soutiens pédagogiques qu'une Faculté doit mettre en place : détection précoce des étudiants en difficultés, formation des enseignants-tuteurs, ...

1. Ferguson E, et coll. Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. *BMJ* 2002; 324: 952-7
2. Rosenthal JM et coll. White Coat, Mood Indigo-Depression in Medical School. *N Engl J Med* 2005;353; 1085-8
3. Cleland J et coll. Failing finals is often a surprise for the student but not the teacher: identifying difficulties and supporting students with academic difficulties. *Med Teach*. 2005, 27:504-8
4. Parry J, et coll. Admissions processes for five year medical courses at English schools: review. *BMJ* 2006;332;1005-9

## Espérances et affectations des étudiants lors des Epreuves Classantes Nationales (ECN) : une étude sur trois années à l'UFR de Médecine de Rouen (France).

**J. LADNER, F. ROUSSEL, O. MOUTERDE, A. LIARD, J.F. GEHANNO, C. GIRAULT, A. FORET,  
J.L. HERMIL, L. SIBERT, J. LECHEVALLIER, J. DOUCET.**

Commission Pédagogie et Evaluation, Bureau Pédagogique, UFR de Médecine, Rouen (France).

**Objectif :** Comparer les souhaits (espérances) des étudiants avant les ECN et les affectations obtenues à l'issue des ECN.  
**Méthodes :** En 2005, 2006 et 2007, quatre mois avant les ECN, les étudiants de DCEM 4 ont complété un questionnaire recueillant leur mode de préparation aux ECN, leurs espérances pour les filières et villes (échelle de Lickert à 5 points) et l'influence éventuelle d'une incitation financière (prime mensuelle entre 200-400 € et plus de 500 €). Les affectations ont été comparées aux espérances.  
**Résultats :** Au total, 319 étudiants ont été inclus (93 en 2005, 110 en 2006 et 116 en 2007). Le sexe ratio H:F=0,64 (respectivement de 2005 à 2007, 0,69, 0,64 et 0,53). Pour les trois années, 120 étudiants ont choisi la médecine générale (MG), 61 la filière spécialités médicales et 41 les spécialités chirurgicales. Chez les hommes, les plus fortes corrélations ont été retrouvées pour les spécialités chirurgicales (tau de Kendall  $[\tau]=0,54, p<10^{-4}$ ), l'anesthésie réanimation ( $\tau=0,43, p<10^{-4}$ ) et la MG ( $\tau=0,42, p<10^{-4}$ ). Chez les femmes, les spécialités chirurgicales ( $\tau=0,44, p<10^{-4}$ ), les spécialités médicales ( $\tau=0,39, p<10^{-4}$ ), la psychiatrie ( $\tau=0,38, p<10^{-4}$ ) et la MG ( $\tau=0,35, p<10^{-4}$ ) sont les quatre premières corrélations retrouvées. Pour les villes, la plus forte corrélation concernait Rouen ( $\tau=0,44, p<10^{-4}$ ), puis Paris ( $\tau=0,28, p<10^{-4}$ ). Concernant l'exercice de la MG, 77,0% des étudiants estimaient licite une incitation financière pour un exercice en milieu rural isolé, 73,2% dans une banlieue défavorisée, 63,6% pour un exercice solitaire (20% pour un exercice en cabinet de groupe) ; un étudiant sur quatre pour un exercice en milieu urbain. Il n'y avait pas de différence significative entre ceux qui souhaitaient et ceux qui ne souhaitaient pas faire de la MG.

**Conclusion :** L'attitude des étudiants paraît assez stable entre l'espérance et l'affectation. Pour une majorité d'étudiants, la relation entre la filière possible et celle choisie est forte dans les deux sexes. Ceci souligne aussi la lucidité des étudiants sur leur possibilité d'intégrer une filière. L'affectation en MG ne semble pas être une contrainte. Le principe d'une prime à l'exercice de la MG pour des exercices en milieux difficiles semble rencontrer l'assentiment des étudiants.

## Les étudiants ayant passé les Epreuves Classantes Nationales évaluent leurs compétences.

**A. QUINTON<sup>1</sup>, C. BELAUBE<sup>2</sup>, P. CHARAIRE<sup>2</sup>, L. ETCHANDY<sup>2</sup>, C. HEUGAS<sup>2</sup>, M. MATHARAN<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>CRAME, <sup>2</sup>Tutorat - Université Bordeaux 2 – 146, rue Léo Saignat – 33076 - Bordeaux

Cette étude a demandé aux étudiants ayant passé les Epreuves Classantes Nationales (ECN) en 2007 d'estimer au plan général la corrélation entre le rang aux ECN et la compétence, d'estimer leurs compétences et d'évaluer la part de leur faculté, des stages, des conférences, de leurs efforts personnels dans leurs acquisitions.

**Méthode:** Un questionnaire a été adressé à 870 étudiants sur 4905 (1/5,6). Les réponses à 25 questions étaient données sur des échelles de Likert, la 26<sup>ème</sup> sollicitait un commentaire libre.

**Résultats:** Le taux de réponses a été de 54,5 %, dont 78 % avec des commentaires.

Les taux d'estimation de la corrélation entre le rang aux ECN et les réelles compétences sont largement distribués de part et d'autre de 45 %, quelles que soient la classe de classement (classes de rangs de 500) ou la faculté de formation. Seulement 6 % des étudiants estiment à 0,8 ou plus la corrélation entre le classement aux ECN et la compétence.

Les estimations de leurs compétences de l'ensemble des étudiants sont présentées ci-contre. Il n'y a pas de différences entre les classes de rangs.

La quasi-totalité des étudiants critiquent les ECN, font état de leur intérêt pour les stages, contestent tout ou partie de leur formation.

Une analyse plus détaillée des résultats sera présentée.

**Conclusion:** Les étudiants français sont classés par un examen que 6 % seulement identifient comme un bon reflet de la compétence. Les taux bas de l'estimation de leurs compétences par les étudiants sont-ils acceptables au terme du tronc commun de 6 ans d'études ?

| Estiment                     | Assez bien | Bien |
|------------------------------|------------|------|
| Savoir interroger            | 25%        | 29%  |
| Examiner                     | 18%        | 15%  |
| Faire un examen cardiaque    | 21%        | 44%  |
| Faire un examen neurologique | 17%        | 25%  |
| Faire un examen abdominal    | 17%        | 31%  |
| Faire un diagnostic          | 27%        | 27%  |
| Conduire les investigations  | 25%        | 18%  |
| Prescrire un traitement      | 10%        | 11%  |
| Exécuter des gestes          |            |      |
| - une IV                     | 10%        | 14%  |
| - une ponction pleurale      | 3%         | 6%   |
| - un sondage vésical         | 6%         | 10%  |
| - massage cardiaque          | 8%         | 16%  |
| - des points de suture       | 15%        | 62%  |

## État des lieux des départements de Médecine Générale français, dans la mise en place d'un nouveau paradigme de formation et d'évaluation, dans le cadre du DES de la discipline.

**GHASAROSSIAN C., RENARD V., ATTALI C.**

Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

**Contexte :** Le collège national de la discipline a fait le choix depuis la création du DES de Médecine Générale, d'une pédagogie constructiviste centrée sur l'acquisition des compétences, structurée par un tutorat adapté et évolutif, dans une perspective à terme de certification.

**But :** Faire l'état des lieux de la mise en place de ces orientations pédagogiques dans les 33 départements de Médecine Générale français afin de mettre en évidence les avancées et les difficultés liées à ce choix.

**Méthode :** Etude descriptive quantitative et qualitative, par questionnaire adressé par courriel de Septembre à Octobre 2007 aux 33 directeurs de département de Médecine Générale du territoire.

**Résultats :** 88% de réponses, 89% des répondants ont suivi le choix d'une pédagogie constructiviste, 76% ont mis en place un tutorat, 73% ont des difficultés liées au manque de tuteurs. En moyenne, un tuteur tuteurise 7 internes sur les trois ans du DES. Les missions dévolues aux tuteurs sont variables. Plusieurs outils spécifiques sont utilisés. 93% utilise un portfolio, dont 52% un e-Portfolio. Concernant la validation, 96% déclarent vouloir à terme certifier les internes du DES de Médecine Générale, mais 74% déclarent ne pas être ou être peu en situation de le faire! Les différents outils utilisables pour la certification seront analysés. 71% sont convaincus de la pertinence de ce choix pédagogique, mais seulement 39% le pensent actuellement réalisable!

**Conclusion :** Cette enquête illustre les avantages et difficultés actuelles de mise en place nationale d'un changement de paradigme dans l'enseignement et l'évaluation du DES de Médecine Générale. Son objectif est de pouvoir faire émerger des pistes de résolutions des problématiques pointées dans le but de certifier l'ensemble des internes du DES de Médecine Générale.

## Application du questionnaire PHEEM en environnement francophone : apports et faiblesses dans l'évaluation des stages des étudiants de 7<sup>e</sup> année de médecine à l'UCL.

*Claire de BURBURE<sup>1</sup>, Véronique GODIN<sup>2</sup>, Dominique VANPEE<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> : Unité des Stages <sup>2</sup> : Pédagogie Médicale  
Université catholique de Louvain, 53 av. Mounier, bte 5360, 1200 Bruxelles.

**Contexte** : L'évaluation des stages est un véritable challenge pour les facultés de médecine. En 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> années, nos étudiants effectuent douze mois de stages obligatoires et recommandés, qui déterminent souvent les concours de spécialisation et les stages qu'ils choisissent pour leurs 6 derniers mois.

**But** : dans un effort de standardiser les évaluations des stages et afin d'étudier l'application du Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) à l'UCL, les auteurs l'ont traduit en français et testé sur les étudiants en 7<sup>e</sup> année.

**Méthode** : à la fin de leur année de rotation de stages, les 7<sup>e</sup> années furent invités à une après-midi retour d'évaluations libres et dirigées (divers questionnaires). Dans un souci d'anonymat, leurs instructions étaient de remplir le PHEEM pour leur dernier stage, indiquant seulement le type de spécialité et d'hôpital (universitaire/non-universitaire).

**Résultats** : la participation fut active et enthousiaste : 119/157 étudiants (37 hommes (31,1%), 82 femmes (68,9%)), répondirent à l'invitation (75,8%), 119 lots de questionnaires furent ainsi analysés (100%). L'analyse de questions groupées du PHEEM permit d'évaluer l'impression globale des étudiants au cours du stage (Cronbach  $\alpha$  0,876), leurs perceptions d'autonomie ( $\alpha$  0.725), d'enseignement ( $\alpha$  0.834) et soutien social ( $\alpha$  0.417 non valable) : les stages étaient bien évalués, malgré un enseignement jugé très mauvais pour 3 stages. Alors qu'il n'y avait pas de différence significative globalement, les perceptions entre hommes et femmes étaient significativement différentes pour 6/40 questions (15%), et entre stage universitaire et non-universitaire pour 8/40 questions (20%). Malgré quelques questions jugées non appropriées, les étudiants se sont dits prêts à accepter le PHEEM s'il était complété par certains points spécifiques du questionnaire UCL usuel.

**Conclusion** : le PHEEM présente l'avantage d'une analyse quantitative globale et thématique, mais perd en spécificité par rapport au questionnaire UCL usuel. Le PHEEM est transposable en environnement clinique francophone moyennant adaptation locale.

## L'enseignement des sciences médicales en Algérie : Problématique des sciences fondamentales.

*Dr Abdelhak SLAMA, Pr Kaouel MEGUENI, Pr Necib BERBER*

Faculté de médecine de Tlemcen, Algérie

**Contexte** : L'enseignement des sciences fondamentales en médecine représente un pré requis à la compréhension des aspects pathologiques, avec en perspective l'ouverture d'un champ de recherche infini, mais devant la disparition de certaines de ces disciplines et le désintérêt manifeste suscité par cette situation, se pose la question de l'avenir des ces disciplines.

**But** : Nous tenterons ici de faire l'inventaire de cette situation et de proposer des ébauches de solutions.

**Problématique** : L'analyse de l'état des lieux met en exergue les points suivants

- des difficultés en rapport avec la langue d'enseignement, une réglementation et programme peu flexibles et l'absence de relation enseignant – enseigné.
- des difficultés liées à l'enseignant, en partie l'absence de formation pédagogique, et la faible motivation.
- Des difficultés liées à l'étudiant, avec un produit non préparé à l'enseignement universitaire, perte de repères, spectateur plutôt qu'acteur, évaluation aléatoire.

**Conclusion** : une sérieuse prise en charge des problèmes pédagogiques des enseignants et des enseignés, ainsi que plans de carrière permettraient de donner une place à ces disciplines.

## Questionner les sciences et leurs relations avec les autres domaines de la vie : une expérience en 1<sup>ère</sup> année de formation médicale.

GODIN Véronique<sup>1</sup>, LAURENT Nathanaël<sup>2</sup>

1 - Université catholique de Louvain, Faculté des Sciences de la santé, Unité de pédagogie médicale, UCL 7257, Avenue Mounier, 50, 1200 Bruxelles, Belgique.

2 - Université catholique de Louvain, Institut Supérieur de Philosophie, Centre de Philosophie des Sciences, Place Cardinal Mercier, 14, 1348 Louvain-La-Neuve.

Le décret « numerus clausus » adopté par la Communauté française de Belgique prévoit l'introduction, en 1<sup>ère</sup> année de médecine (PCEM1), d'un cours intitulé « Approche transdisciplinaire de problèmes biomédicaux ». Ce cours doit permettre à l'étudiant de « mobiliser les connaissances acquises dans les cours généraux de 1<sup>ère</sup> année dans l'analyse de problèmes biomédicaux ».

A l'UCL, nous avons choisi non seulement d'étudier les problèmes retenus à la lumière des données des sciences fondamentales mais également de les aborder dans une démarche questionnante, réflexive et critique. Cette démarche permet à l'étudiant d'examiner, en observateur extérieur, non seulement les apports de l'approche scientifique mais également ses limites et ses relations avec les autres domaines de la vie (social, politique, économique, culturel,...)

Le dispositif pédagogique construit associe ainsi, dans l'étude d'un même problème, des conférences magistrales et des séminaires interactifs.

Le but de cette communication est de décrire la manière dont le dispositif a été conçu :

critères de choix des problèmes, choix et articulation des situations et des activités d'apprentissage, supports mis à la disposition des étudiants et évaluation.

La communication fera également état des réactions des étudiants à son égard.

## Intégrer l'enseignement sur la prévention et le bien-être à la démarche clinique : projets de l'Université de Sherbrooke.

*PÉLISSIER-SIMARD L., XHIGNESSE M., DONOVAN D.*

Université de Sherbrooke. 3001, 12e Avenue Nord, Bureau Z7-3021, Sherbrooke (Québec), Canada, J1H 5N4

Intervenir auprès des individus pour prévenir les maladies chroniques et soigner les personnes atteintes représente un des défis majeurs actuel pour les pays développés. Le rôle du médecin est non seulement de diagnostiquer et de traiter les maladies, mais de les prévenir en conseillant les patients sur les habitudes de vie tout en soulageant les personnes malades en visant leur bien-être. Ces rôles permettent réellement de viser la santé telle que définie par l'OMS. Pratiquer ces différents rôles de façon harmonieuse s'avère souvent ardu. La démarche de raisonnement clinique se focalise sur la recherche du diagnostic pour orienter un traitement ciblé de la maladie en cause. Ce faisant, les préoccupations, les ressources et le contexte de vie du patient sont souvent relégués au second plan. Bien que les facultés de médecine incluent l'approche centrée sur le patient dans leur curriculum, certaines activités d'enseignement donnent des contre-messages. Pour que les futurs médecins adoptent cette approche, les messages doivent être congruents. Créer un cours parallèle d'approche centrée sur le patient, ou de médecine préventive ne suffit pas. Une action concertée est nécessaire pour intégrer ces enseignements à tous les niveaux. Les membres du corps professoral doivent partager ces valeurs et agir comme modèles de rôle. À la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, la Chaire Lucie et André Chagnon pour l'enseignement d'une approche intégrée en prévention travaille, de concert avec les différentes instances facultaires, pour que la prévention et la préoccupation pour le bien-être des patients soit enseignées de façon intégrée avec la démarche clinique. A partir d'exemples, la présentation illustrera certaines situations où un message non congruent est donné aux étudiants et proposera des moyens pour les recadrer. Un outil pédagogique simple sera présenté pour aider les enseignants et les étudiants à tenir compte non seulement de la maladie mais du bien-être des patients dans leurs interventions cliniques.

## Création d'un Master Nancy - Université, mention : Éthique de la santé et Médecine légale

*Francis JANOT*

Faculté d'Odontologie de Nancy, 96 Av. de Lattre de Tassigny, BP 50208, 54004 Nancy Cedex

Dans le cadre général d'un projet de Master inter-université Nancy 1 et 2 qui définit deux spécialités intitulées : « criminalistique et archéologie », « éthique, communication, expertises et droit de la personne », la Faculté d'Odontologie a particulièrement supervisé le domaine thématique : « criminalistique et archéologie » en regroupant, dans une approche lorraine, la complémentarité des compétences et des savoirs.

Ainsi, l'ossature, en cours d'élaboration, associe les Facultés de sciences de la santé (Médecine, Odontologie et Pharmacie) de l'UHP avec l'UFR de Sciences Historiques de Nancy 2, L'Unité de Psychologie de Nancy 2, l'Institut National de Recherches Archéologiques Préventives (INRAP) du Grand Est nord, la Faculté de Droit de Nancy 2, le Laboratoire Lorrain de Recherche en Informatique et ses Applications (LORIA) et la Police Nationale.

D'évidence, ce projet autorise une union forte des différentes filières des Universités de Nancy 1 et de Nancy 2 avec un rapprochement des cursus.

## La formation médicale en région : réflexion sur les facteurs de succès de l'expérience de Chicoutimi, Québec, Canada

*Mauril GAUDREAU<sup>1</sup>, Jean-Claude OTIS<sup>2</sup>, Paul GRAND'MAISON<sup>3</sup>*

1 - Doyen associé, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke  
305, rue St-Vallier, Chicoutimi, Québec, Canada, G7H 5H6

2 - Directeur des affaires universitaires, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

3 - Vice-doyen aux études médicales prédoctorales, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Depuis quelques années, les efforts consentis afin de mieux préparer les futurs médecins à des conditions de pratique variées nécessitent l'expansion des réseaux de stages et le développement d'une mission universitaire dans des établissements traditionnellement centrés sur la clinique. L'expérience de l'Hôpital de Chicoutimi en cette matière nous permet de réfléchir sur les conditions gagnantes d'un partenariat avec les facultés de médecine pour le mieux-être des populations en région.



À la fin des années 1980, l'Hôpital de Chicoutimi est un établissement de soins généraux et spécialisés avec une responsabilité régionale. Malgré son grand potentiel, il n'est pas actif en enseignement et rien ne laisse présager de ce qu'il deviendra au cours des vingt années suivantes.

En début de l'année 2008, avec le partenariat des facultés de médecine de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke, l'Hôpital de Chicoutimi est devenu un établissement officiellement désigné centre affilié universitaire régional par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il est au cœur de la délocalisation des études médicales prédoctorales de l'Université de Sherbrooke, il est un lieu de stages important tant au niveau médical prédoctoral que postdoctoral, les stages dans les professions paramédicales dépassent les 20 000 jours par année, la recherche y est solidement implantée.

Que peut-on apprendre de l'expérience de l'Hôpital de Chicoutimi et de son partenariat avec les facultés de médecine ? Peut-on identifier certains facteurs de succès qui favoriseraient l'implication des établissements en région dans la préparation des futurs médecins ?

---

---

## Démographie médicale : vers de nouvelles voies

**Benjamin DENEUVILLE, Patrick LEROUGE, Raymond GLANTENET, Jean-Marc LEFEBVRE,**

Département de MG. Faculté de médecine Henri Warembourg. Université de Lille2. Pôle formation, 59045 Lille Cedex. Tél : 03 20 62 69 21 Fax : 03 20 02 18 94

**Introduction :** L'inadéquation entre demande et offre de soins s'aggrave dans la région Nord Pas de Calais. Le nombre d'internes de médecine générale (IMG) augmente (200 pour les prochaines promotions), et les maîtres de stage (MDS) restent stables en nombre et ont déjà tous des stagiaires.

**Contexte :** La région Nord Pas de Calais a une densité médicale inférieure à la moyenne nationale. La population médicale est vieillissante et répartie de façon inhomogène sur le territoire avec des zones de désert.

**Objectif :** Ouvrir de nouvelles voies d'optimisation de la démographie médicale.

**Méthode :** Des prises de contact avec les partenaires institutionnels ont permis une autre analyse et de nouvelles propositions pour tenter d'améliorer la situation.

**Résultats :** L'URCAM a accepté de financer la formation de 30 MDS, à condition qu'ils soient recrutés dans les zones désertifiées. Ils seront ensuite regroupés par trois pour créer dix nouveaux trinômes et augmenter le nombre de terrains de stage pour les IMG.

**Conclusion :** Les institutions s'impliquent concrètement dans la problématique de la démographie médicale et de la formation initiale. Les mesures prises vont permettre aux IMG de découvrir le travail des médecins généralistes dans des zones sous médicalisées, en espérant favoriser des installations futures.

**Communications affichées :**

---

---

## Financement des trajets pour le stage en autonomie des internes du DES de médecine générale à Lille

**Sébastien LERUSTE, Benoît TAVERNIER, Jean-Marc LEFEBVRE**

Département de MG. Faculté de médecine Henri Warembourg. Université de Lille2. Pôle formation. 59045 Lille Cedex. Tél : 03 20 62 69 21 Fax : 03 20 02 18 94

**Introduction :** l'indemnisation partielle des frais de déplacement des internes en SASPAS par le Conseil Régional Nord Pas de Calais (CR) vers les zones sous médicalisées et éloignées est demandée pour 2008.

**Contexte :** la région Nord Pas de Calais est victime, comme d'autres, d'une désertification médicale. La démographie médicale accentue le phénomène dans certains cantons trop éloignés de la faculté pour être choisis comme terrains de stage.

**Question de recherche :** est-il possible d'orienter le choix des internes pour le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) vers une zone éloignée et désertifiée pour qu'ils y effectuent leur formation dans l'espoir d'une installation ultérieure ?

**Méthode :** un travail de thèse de médecine générale à la faculté de Lille a analysé les besoins démographiques de la région, quantifié les dépenses de déplacements des internes et analysé leurs critères de choix pour le SASPAS. Une demande de financement de leurs frais a ensuite été faite auprès du CR.

**Résultats :** l'incitation des internes en SASPAS à se former dans les zones cumulant :

- une population âgée
- une faible densité médicale
- des praticiens plus âgés
- dans des cantons éloignés des centres urbains

est l'un des paris lillois pour remettre en adéquation demande et offre de soins locale. Une évaluation est prévue pour évaluer l'impact de cette mesure sur l'installation future des médecins dans ces zones.

## Formation à la communication scientifique et interpersonnelle en anglais pour la santé : quelle prise en charge en formation initiale et en formation continue ? Vers une harmonisation de l'enseignement en France métropolitaine.

CAMARÉ-QUERCY R., PASTORÉ F.

Faculté de médecine Toulouse Purpan - 37 Allées Jules Guesde, B.P. 7202 - 31073 TOULOUSE CEDEX 7 - France

**Contexte :** Enseignement obligatoire depuis 1992, jusqu'ici diversement respecté.

**But :** Bilan, et perspectives ouvertes par le partenariat entre l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) et le Groupe d'Etude et de Recherche en Anglais de Spécialité (GERAS) membre de la Société des Anglicistes de l'Enseignement Supérieur (SAES).

**Méthode :** Revue des publications (articles, DEA, thèses, manuels) et enquêtes, groupe de travail GERAS – ANEMF, effets observés de la réforme adoptée à Toulouse Purpan.

**Résultats :** Les enseignants de médecine, d'abord confrontés à la difficulté d'introduire un nouvel enseignement, avec une diminution du volume horaire des matières médicales et la nécessité de déployer des ressources matérielles et humaines, participent à présent à l'enseignement de l'anglais. Les difficultés initiales rencontrées par les enseignants d'anglais sont compensées par des succès visibles dans certaines facultés. L'enseignement de l'anglais, loin d'être au mieux une remédiation, au pire une perte de temps, vise une compétence effective en communication écrite, orale et interpersonnelle des professionnels de la santé du XXIème siècle. La réforme mise en œuvre à la faculté de médecine Toulouse Purpan remporte l'adhésion des étudiants en formation initiale et en formation continue au niveau local, et suscite l'intérêt des étudiants au niveau national. Longtemps hostiles à l'enseignement de l'anglais, ils souhaitent désormais une harmonisation nationale des contenus, conscients de la nécessité pour eux de pouvoir travailler en anglais.

**Conclusion :** La mise en œuvre et le succès de la Charte d'enseignement de l'anglais élaborée par l'ANEMF et le GERAS dépendront étroitement du soutien apporté par les autorités compétentes de chaque Faculté à ce projet, dont la visée est une aide au déroulement de la carrière et de l'activité clinique aussi bien qu'au développement personnel des futurs professionnels de la Santé.

## Quel roulement pour le stage ambulatoire chez le praticien ?

Anne DEMARET<sup>1</sup>, Patrick LEROUGE<sup>2</sup>, Christophe BERKHOUT<sup>3</sup>

1 - Interne de médecine générale de Lille [anne\\_demaret@yahoo.fr](mailto:anne_demaret@yahoo.fr), 76 rue de sailly 59390 Sailly

2 - Chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Lille- LILLE 2 Droit et santé, [lerouge.patrick@wanadoo.fr](mailto:lerouge.patrick@wanadoo.fr), 79 bis bd Clemenceau 59510 HEM

3 - Maître de conférence à la faculté de médecine de Lille- LILLE 2 Droit et santé, [c.berkhout@wanadoo.fr](mailto:c.berkhout@wanadoo.fr)

**Question :** Quels sont les avantages et inconvénients du roulement trihebdomadaire par rapport au roulement bimestriel en stage ambulatoire chez le praticien dans le cadre du DES de médecine générale?

**Contexte :** La maquette du DES de médecine générale comporte 5 stages obligatoires: urgences, médecine polyvalente, pôle mère-enfant, hôpital universitaire et stage ambulatoire chez le praticien.

Ce stage habituellement est découpé en 3 fois 2 mois avec un maître de stage différent pour chaque bimestre.

Nous avons expérimenté un autre type de roulement : après 2 mois passés chez un premier maître de stage, l'interne adopte un roulement trihebdomadaire : chaque semaine il passe 1 journée chez chacun des trois maîtres de stage.

**Objectif :** Mieux encadrer les Internes afin de leur permettre d'améliorer leur progression et leur autoévaluation. Evolution plus rapide dans le but d'une autonomisation précoce et solide.

**Résultats :**

Les avantages :

- Complémentarité des 3 maîtres de stage car abords de la médecine générale différents, personnalités et activités différentes.
- Différence de relation entre les patients et l'interne.
- Différences d'argumentaires dans les échanges.
- Synergie dans l'évolution de la formation en parallèle.
- Suivi du patient sur 4 ou 6 mois au lieu de 2.
- Evolution plus rapide de l'interne vers l'autonomie.
- Désacralisation de la pratique du maître de stage qui apparaît moins comme modélisante, et développement d'une compétence personnalisée de l'interne.

Les inconvénients:

- Adaptation difficile à trois environnements sur une semaine.
- Difficulté pour le maître de stage à accompagner 3 internes de niveau différent.

**Conclusion :** Réels avantages du roulement trihebdomadaire demandant beaucoup plus d'efforts d'adaptation pour l'Interne en début du stage mais montrant une autonomisation plus rapide ainsi qu'un développement plus important d'une compétence personnalisée de l'Interne.

## Mise en place et évaluation du stage de second cycle en Médecine Générale à Lille.

**Eric LENGAGNE**, *Patrick LEROUGE*, *Raymond GLANTENET*, *Jean-Marc LEFEBVRE*

Département de MG. Faculté de médecine Henri Warembourg. Université de Lille2. Pôle formation, 1 Place de Verdun. 59045 Lille Cedex.

**Introduction :** Le stage de second cycle en médecine générale (MG) est une obligation régie par la loi du 04/03/1997, confirmée par l'arrêté de Novembre 2006.

**Contexte :** Le contexte lillois est complexe par le nombre d'étudiants (450 par promotion) et de Maîtres de stages (MDS) nécessaires pour les encadrer (60 au moins).

**Question de recherche :** Comment relever ce défi à Lille ? Cela provoquera-t-il une augmentation des choix pour la MG après l'examen classant national (ECN) ?

**Méthode :** Une thèse lilloise de MG a montré l'arrivée proche de zones sous médicalisées dans la région, et la nécessaire formation de MG suffisants pour pallier au « papy boom » médical.

Un financement de l'URCAM Nord Pas de Calais permet une formation de MDS dès 2008.

Il faut d'abord former 21 nouveaux MDS dans Lille et sa métropole (pour réduire les déplacements) à une pédagogie dédiée à l'accompagnement des externes de DCEM III. Cette formation est assurée par un séminaire du CNGE de deux jours.

Ensuite, les étudiants seront répartis chez les MDS formés regroupés par trois (trinômes).

Ce stage s'effectuera à mi-temps ou à temps plein en alternance avec les cours dès Avril 2008.

**Résultats :** L'impact du stage sera évalué qualitativement et quantitativement par un travail de recherche de MG. L'augmentation des choix pour la MG par les internes sera appréciée lors de l'ECN dès 2009.

## Le programme M.D. de Sherbrooke délocalisé à Saguenay et à Moncton : leçons apprises après 20 mois de fonctionnement.

**Mauril GAUDREAU**<sup>1</sup>, *Paul GRAND'MAISON*<sup>2</sup>, *Aurel SCHOFIELD*<sup>3</sup>, *Guy WADDELL*<sup>4</sup>,  
*Marcel COUTURE*<sup>5</sup>, *Sylvie LAMARCHE*<sup>6</sup>, *Réjean HÉBERT*<sup>7</sup>

1 - Doyen associé, Saguenay, Université de Sherbrooke - Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi - Chicoutimi (Québec) G7H 5H6 - [mauril.gaudreault@usherbrooke.ca](mailto:mauril.gaudreault@usherbrooke.ca) - 2 - Vice-doyen, études médicales prédoctorales, Université de Sherbrooke - 3 - Doyen associé, Moncton, Université de Sherbrooke - 4 - Directeur du programme MD, Université de Sherbrooke - 5 - Coordonnateur du programme MD, Moncton, Université de Sherbrooke - 6 - Coordonnatrice à l'implantation de la délocalisation, Université de Sherbrooke - 7 - Doyen, Université de Sherbrooke

La Faculté de médecine et des sciences de la santé a implanté en septembre 2006, deux sites de formation extérieurs qui offrent l'ensemble du programme M.D. à Moncton, province du Nouveau-Brunswick et à Saguenay, province du Québec. Les deux sites ont reçu en septembre 2006 leur première cohorte de 24 étudiants. Actuellement 48 étudiants sont formés à Saguenay et Moncton. Le projet a débuté suite à deux ans de planification extensive du travail, d'élaboration de partenariat et de développement professoral et administratif. Après 20 mois d'implantation, une série de leçons concrètes peuvent être partagées.

La cohésion entre les partenaires est complexe et en changement continu. Les étudiants sont aidants et enthousiastes mais aussi critiques. Les membres du corps professoral sont bien préparés par le programme de formation du site central sur le contenu et les méthodes pédagogiques. Le support constant qu'offre Sherbrooke est apprécié par les professeurs de Saguenay et Moncton. Assurer la comparabilité de l'enseignement et de l'apprentissage entre les trois sites demande plusieurs stratégies innovantes. Les technologies de l'information offrent des promesses attrayantes mais plusieurs difficultés surviennent qui ne touchent pas nécessairement la technologie mais plutôt des problèmes reliés au curriculum, les professeurs et les étudiants. L'administration d'un programme sur trois sites demande une clarification des tâches et des règles claires de fonctionnement mais de façon plus importante des lignes de communication avec une touche personnelle, et ce, à tous les niveaux de l'organisation. L'évaluation du projet doit être faite de façon rigoureuse et doit mettre l'emphase sur la collaboration entre les partenaires et l'utilisation de l'expertise de tous; la synergie doit être assurée. Les coûts sont toujours plus grands que ce qui avait été prévu.

## Première évaluation des effets du concours de fin de première année de médecine sur les résultats en deuxième année à l'Université Libre de Bruxelles.

**S. LOURYAN**<sup>(1, 2)</sup>, *M. OKOKO*<sup>(2)</sup>, *N. VANMUYLDER*<sup>(1,3)</sup>

Pôle Universitaire Européen Bruxelles-Wallonie.

1 : Laboratoire d'Anatomie, Université Libre de Bruxelles, 2 : Cellule de Pédagogie Médicale, Université Libre de Bruxelles, 3 : UER Biomédicale, HEFF, Bruxelles.

**Contexte :** Depuis l'année académique 2005-2006, le passage en deuxième année de médecine (med 2) est conditionné à la réussite d'un concours à la fin de la première année (med 1). Il suppose un classement des étudiants, et impose aussi des critères de réussite plus stricts qu'antérieurement (notamment aucune note inférieure à 10/20). Ces critères s'ajoutent à ceux issus du décret dit « Bologne » de la Communauté Française de Belgique qui a rehaussé le seuil de réussite globale de 11 à 12/20 pour la moyenne de l'année. On notera qu'en 2005-2006, tous les étudiants ayant satisfait aux critères académiques de réussite ont été retenus pour le passage en med 2. Il n'y a donc pas eu de « reçu-collé ».

**Matériel et méthodes :** 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, Prof. Normand) a permis d'évaluer les indices de difficulté des différents cours de med 2 dans les 2 cohortes.

Résultats : 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.

Discussion : L'étude n'est pas exempte de biais : parmi ceux-ci, la présence de redoublants, et aussi le transfert d'un enseignement de med 2 en med 3 à partir de 2006. Néanmoins, le caractère assez systématique des résultats, trop préliminaires encore pour en tirer des conclusions statistiques, nous permet d'observer une amélioration des performances des étudiants en med 2 depuis l'instauration du concours. Ce progrès n'est pas lié directement à une sélection des plus aptes, puisque le concours n'a pas produit de « reçus-collés ». Il semble dû au durcissement global des critères de réussite en med 1 suite aux effets cumulés des deux réformes (décret « Bologne » et concours) et aux modifications des comportements et des stratégies des étudiants qui y font suite.

Des études longitudinales et prolongées devraient être entreprises pour confirmer ou infirmer les présentes données.

## Tutorat au cours du troisième cycle de médecine générale à la faculté de Lille : enseignants et internes en synergie pour une réforme

*DURIEZ Sylvain<sup>1</sup>, LEROUGE Patrick<sup>2</sup>, ANDREGNETTE Paul, LERUSTE Sébastien<sup>3</sup>*

1 - rue de la Libération 51360 VAL DE VESLE ; 2 - bd Clemenceau 59510 Hem ; 3 - rue du Dr Deffontaines 59310 Landas ; Faculté de Médecine de Lille

Contexte : le diplôme d'études spécialisées de médecine générale est un cycle de formation spécifique et d'apprentissage professionnel. En 2004, le département de médecine générale de Lille a choisi le tutorat comme accompagnement des internes et le portfolio comme outil pédagogique. Après trois ans, le constat est sans appel : le tutorat dans sa forme actuelle ne fonctionne pas.

But : pour améliorer le tutorat et le portfolio, des enseignants et des internes ont décidé de travailler ensemble pour proposer des voies de réforme nécessaire du tutorat.

Méthode : suite à un sondage d'opinions des internes de médecine générale de Lille, des groupes d'échanges thématiques d'internes et d'enseignants ont été organisés en juin 2007. La réflexion des groupes portait sur le tutorat et le portfolio.

Résultats : l'enquête préalable auprès des internes a permis de révéler le désintérêt et les groupes d'échanges thématiques de confirmer l'inefficacité du tutorat. Les raisons de cette inefficacité sont partagées : l'implantation du tutorat a privilégié la quantité au détriment de la qualité, le manque de formation des tuteurs et des internes a entraîné l'absence d'appropriation du concept et des outils pédagogiques.

Conclusion : un certain nombre de propositions ont été émises par les internes et présentées au département de médecine générale au cours d'une réunion de synthèse. Les points de convergence entre internes et enseignants ont été repris pour élaborer une réforme du tutorat et du portfolio.

## A propos d'un dispositif de formation des étudiants en sciences de la santé à la médecine de catastrophe

*Th. PELACCIA<sup>(1)(2)</sup>, J.-L. DANAN<sup>(3)(2)</sup>, B. POMMERET<sup>(2)</sup>, G. LAURENT<sup>(2)</sup>*

1 - SAMU 67 - CESU 67, CHU de Strasbourg, 1 place de l'hôpital, 67000 Strasbourg ; 2 - Direction régionale du service de santé des Armées, Metz  
3 - IFSI de Nancy-Laxou, Laxou

Contexte. Dans le contexte actuel de résurgence de l'instabilité mondiale et des risques liés à l'usage d'armes non conventionnelles (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques), la formation des professionnels de santé à la médecine de catastrophe est devenue un enjeu majeur de santé publique, quels que soient leur formation initiale et leur mode d'exercice.

Description. Issues d'une collaboration entre les facultés de médecine, les instituts de formation en soins infirmiers et le Service de santé des Armées (SSA) de Metz, les préparations militaires de spécialité santé (PMS) constituent un dispositif de formation aux situations d'exception unique en France. Ce stage de 15 jours se déroule tous les ans sur le camp militaire de Bitche (Moselle). Il est ouvert à l'ensemble des étudiants civils des filières de santé, en particulier du Nord et de l'Est de la France. L'enseignement est assuré par des professionnels de santé réservistes du SSA, travaillant au sein des SAMU, SMUR, services d'urgence, de réanimation et de chirurgie des hôpitaux civils. Il est précédé, dans les facultés de médecine, d'un module optionnel d'une vingtaine d'heures permettant d'appréhender les spécificités d'exercice professionnel du SSA.

Buts et méthodes. Conçu dans une perspective socioconstructiviste de l'apprentissage, le stage ambitionne de développer chez les étudiants des aptitudes au raisonnement clinique en situation d'exception, basées sur une démarche hypothético-déductive optimisée par des stratégies non analytiques. L'usage de cas cliniques à développement progressif, de « modèles » et d'exercices de simulation pleine échelle vise en particulier la construction de deux compétences interprofessionnelles majeures en médecine de catastrophe : la catégorisation des victimes, permettant de prioriser les soins et la reconnaissance des symptômes évoquant une contamination par des agents non conventionnels.

Conclusion. 1500 étudiants en sciences de la santé ont bénéficié depuis 2002 de ce dispositif original qui doit être considéré comme un complément utile aux enseignements traditionnels proposés par les facultés et par les instituts de formation paramédicale.

## Evaluation d'une stratégie d'enseignement sur les risques sanitaires

**E. LECARPENTIER, C. PENTIER, C. JBEILI, P. JABRE, J. SENDE, D. MICHEL, J. MARTY, J.F. FARCET C. BERTRAND**

CESU SAMU 94 – Hôpital H. Mondor - 94010 CRETEIL France

**Contexte :** Les étudiants en médecine doivent valider un séminaire sur les grandes menaces depuis 2007. La stratégie adoptée a pris en compte le nombre d'étudiants à former (120) les disponibilités en temps et en locaux. Une séance plénière en amphithéâtre a été organisée. La thématique des plans de secours a été abordée selon la méthode MIGG. Une information sur les risques NRBC a été délivrée après avoir évalué les connaissances antérieures des étudiants.

Une formation pratique par groupe de 15 étudiants a été réalisée la semaine suivante dans un centre équipé de matériel de décontamination.

**But :** la variété des rythmes et techniques avait pour but de faciliter l'apprentissage. Notre objectif a été d'évaluer les connaissances antérieures et les représentations sur les risques NRBC au cours de la session plénière et après la session pratique.

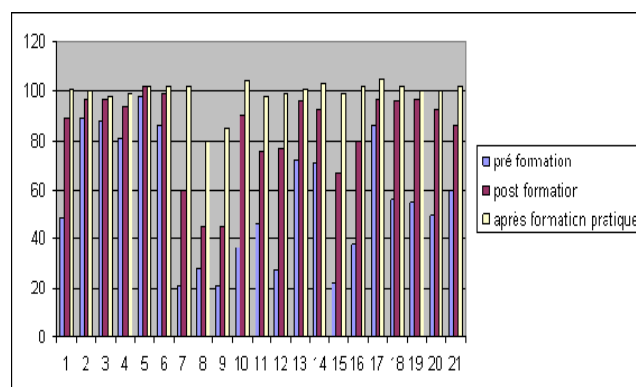
**Méthode :** Un questionnaire d'opinion de 21 questions selon une échelle de Lickert à 4

propositions a été proposé lors de la session plénière (en pré et post formation) et à l'issue de la formation pratique. L'avis des étudiants sur la stratégie adoptée a été sollicité à la fin de la formation pratique (5 questions).

**Résultats :**

Les résultats montrent que la proposition « accord total » sur les 21 questions est de 53.4% en préformation, 80.5% en post formation et 94.5% après la formation pratiques. Le questionnaire de satisfaction a révélé un taux de satisfaction de 68% pour la session théorique et un taux de 95% pour la

session pratique, malgré les difficultés notées par les étudiants pour travailler dans les tenues NRBC.



**Conclusions :**

Le même questionnaire a été présenté trois fois en 8 jours d'intervalle, constitue un biais pour l'analyse des résultats.

Cependant le questionnaire d'opinions a éveillé la curiosité des étudiants qui ont été très attentifs durant la séance plénière.

La séance pratique a permis de réactiver les connaissances et de les parfaire. Le réalisme des travaux pratiques peut être à l'origine de l'adhésion des étudiants. La matérialisation a permis la compréhension par les étudiants de données abstraites.

## Evaluation des thèses de l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan de 1995 à 2002

**AKA Joseph\*, N'GUETTA-BROU Ama Isabelle\*, KRA Antoine\*, NIGUE Luc\*, DIOMANDE Mohenou Isidore Jean Marie\*\***

\*Laboratoire de Biostatistique et Informatique Médicale, Département de Santé Publique - \*\* Doyen UFR Sciences Médicales d'Abidjan

L'UFR-SMA est le lieu de la formation initiale des médecins ivoiriens et non ivoiriens mais aussi de la recherche médicale pour l'amélioration de la santé des populations. La thèse qui est l'aboutissement de cette formation doit être basée sur des méthodes rigoureuses. Dans notre pratique quotidienne, de nombreux travaux de thèse qui nous sont soumis manquaient de rigueur méthodologique.

Devant ce constat, le laboratoire de Biostatistique et Informatique Médicale a mené une réflexion sur l'approche évaluative des thèses soutenues à l'UFR Sciences Médicales d'Abidjan sur la base de la méta-analyse.

Aussi, dans l'optique d'une évaluation future des thèses réalisées après l'introduction de la méthodologie de la recherche dans le programme d'enseignement depuis 2002, nous avons voulu à la suite d'une première évaluation réalisée sur les thèses de 1968 à 1995, faire une évaluation des thèses de 1995 à 2002.

Notre échantillon était constitué de 516 thèses tirées au hasard selon la méthode de sondage aléatoire systématique.

Au terme de notre analyse, il ressort :

- un taux de perte de 15,70% de thèses ;
- une proportion de 49,60% de thèses dont le titre et la justification sont incorrects ;
- une proportion de 98,20% de thèses dont la méthodologie est incorrecte ;
- une proportion de 91,00% de thèses dont la production des résultats est incorrecte ;
- une proportion de 57,71% de thèses dont la conclusion est incorrecte.
- une proportion de 72,64% de thèses dont le résumé est incorrecte.

Cette étude révèle un nombre important de problèmes méthodologiques dans la réalisation des thèses à l'UFR-SMA avec une très faible proportion (1,8%) de thèses « correctes ». D'où la nécessité d'organiser les années de clinique (7<sup>ème</sup> année) et de thèse (8<sup>ème</sup> année), mais également de mettre en place et de façon urgente une commission des thèses.

**Mots clés :** Evaluation - Thèse - Méthodologie

## Stratégies d'introduction des concepts sur la qualité des soins dans les programmes de formation initiale et continue de l'Université Marien NGOUABI de Brazzaville. Difficultés et perspectives.

**BILECKOT Richard\***, **ABENA Ange\*\***, **MOYEN Georges\*\*\***

\*Chef de Département des Sciences Infirmières, \*\*Doyen, \*\*\*Recteur. Faculté des Sciences de la Santé. Université Marien NGOUABI. BP 69 Brazzaville Congo.

L'amélioration de la qualité des soins nécessite la maîtrise par une masse critique des professionnels de santé, des aspects actuels de la pratique médicale orientée vers l'application raisonnée de connaissances cumulées et enrichies, basée sur des niveaux de preuves. Outre, l'organisation des soins et les ressources économiques, la performance des médecins dépend d'abord de leur compétence acquise au cours d'un processus d'apprentissage. Ainsi, les programmes de formation doivent inclure des enseignements de la qualité et de la sécurité des soins.

Dans les pays à ressources limitées, cette démarche rencontre les limites suivantes :

Enseignants peu nombreux, insuffisamment avertis sur les concepts et outils tels : l'EBM, l'évaluation des pratiques professionnelles, la démarche qualité. Faiblesse de la motivation par la formation continue et l'intéressement financier. Surcharge de travail par les activités de soins créant un handicap de temps. Priorité accordée aux grandes endémies (paludisme, VIH/sida, tuberculose) et aux problèmes de santé de la mère et de l'enfant. Contingences administratives ralentissant les processus d'évaluation des programmes et de leur révision. Obstacles culturels sur les pratiques populaires des soins.

Nonobstant ces difficultés, une stratégie d'introduction des concepts sur la qualité et la sécurité des soins pourraient être mise en œuvre. Cette perspective consisterait à :

démontrer la non-qualité des soins ; déterminer le degré de perception des attentes des usagers du système de soins par les professionnels de santé ; évaluer leur niveau de connaissance du concept de la qualité des soins ; échanger avec les comités d'éthique, les conseils scientifiques, les organisations ordinales et non ordinales sur la qualité et de la sécurité des soins ; informer et communiquer sur les concepts de qualité et sécurité ; former un groupe de travail sur la qualité et la sécurité des soins ; élaborer un programme d'apprentissage sur la qualité et la sécurité des soins ; définir les modalités d'introduction de la qualité des soins dans le curriculum de formation, exécuter le programme, évaluer le programme.

Cette stratégie nécessite pour sa mise en œuvre, un financement national et un appui international institutionnel ou associatif.

Mots clés : qualité, soins, formation.

## Stratégies d'implantation de l'enseignement de l'éthique à l'Université des Sciences de la Santé.

**NGOU-MILAMA E**, **LENDOYE E**, **KOUNA P**, **OVONO F**, **NGOU-MVE-NGOU JP**, **ASSENGONE NZE Y**.

Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé ; BP : 4009 Libreville.

**Contexte** : La formation des futurs médecins à l'éthique de la santé et de la médecine relève de la responsabilité sociale des Facultés de Médecine. Les enseignements des sciences humaines ont été récemment institués dans notre établissement. Il convient aujourd'hui de révéler les objectifs de l'enseignement de l'éthique et d'obtenir ainsi la modélisation du curriculum de formation.

**But** : Comprendre la perception de l'apprenant du cycle pré clinique vis-à-vis de l'éthique en vue d'implanter les enseignements.

**Méthode** : Nous avons effectué une évaluation de la perception de l'éthique à l'aide d'un questionnaire adressé à 147 étudiants de PCEM1, comportant six items centraux et des items accessoires basés sur la justification des items principaux.

**Résultats** : Le pourcentage global de réponse (R) à l'ensemble des items est de 66,72%. Les enseignements de l'éthique médicale sont considérés comme nécessaires chez 86,40% des étudiants répondants. Cet enseignement peut aboutir à une modification des comportements des étudiants, médecins, infirmiers et enseignants pour 83% des répondants. Cet enseignement de l'éthique devra se faire sous forme d'études de cas par situations problèmes, modules à type de forum de discussion ou d'échange et de mini cours TD.

**Conclusion** : La pédagogie médicale dans le cycle pré clinique procède d'un environnement particulier s'adressant à un nouvel étudiant avec de nouveaux besoins de formation et face à une offre de formation. L'enseignement de l'éthique à la Faculté est une exigence évoluant des sciences humaines dans le 1<sup>er</sup> cycle pré clinique à l'éthique dans le cycle clinique.

Dans tous les cas, ce sont les enseignements reçus en formation qui constituent la meilleure sensibilisation et, ajoutés à la pratique, conduisent le mieux au professionnalisme et à l'éthique.

## Place de l'évaluation dans le processus de diplomation d'une faculté de médecine : apport de la charte éthique de la CIDMEF dans un pays du Sud.

*E. NGOU-MILAMA, E.B. NGOUNGOU, E. LENDOYE, F. M. BOUYOU-AKOTET, F. OVONO ABESSOLO*

Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé, Libreville, Gabon

De la politique d'évaluation des apprentissages d'une faculté dépend son imputabilité sociale. Elle est gage de l'excellence. L'apport de la charte éthique dans ce processus d'évaluation et donc de diplomation d'une faculté de médecine est aussi une démarche d'assurance-qualité de l'évaluation des enseignements dispensés.

La faculté de médecine se doit non seulement d'assurer la qualité des médecins qu'elle forme mais aussi d'apporter à ceux-ci des dimensions morales, humaines et politiques des comportements. Toutes les personnes concourant à l'action d'une faculté de médecine (étudiants, personnels enseignants et personnels de toutes autres fonctions) se doivent de respecter une certaine démarche éthique dans les différentes activités d'évaluation. Toute faculté de médecine doit s'engager à développer tous les programmes de formation en concertation au sein d'équipes d'enseignement, et à participer collectivement à l'encadrement des étudiants ; à aider chaque étudiant à construire son avenir professionnel, sans processus discriminatoire, en donnant l'accès à tous aux : cours magistraux, travaux dirigés, stages, à la recherche etc... En aval, il y a nécessité de mettre en place un cadre de réflexions sur des pratiques qui concernent des manquements à l'agir éthique, à l'agir d'homme et à l'accréditation : confidentialité des sujets d'exams, consultation des corrections et affectation des notes (notation par excès, par défaut etc...). Aux étudiants, ils doivent proscrire de la pratique toute démarche que celle de l'apprentissage et ne pas attendre la « spécialité » pour apprendre la médecine. Aux formateurs aussi d'adopter les attitudes de remise en question donc le réflexe formation continue.

La formation des médecins par l'institution universitaire est un acte majeur qui impose aux acteurs chargés de l'exécuter d'avoir une dimension morale à la hauteur du service à la société. L'accréditation des facultés de médecines est de plus en plus évoquée. Il est nécessaire aussi que l'on parle d'accréditation des enseignants pour imposer les agir d'homme, la vertu, le sens moral et l'éthique professionnelle.

## Stratégies d'introduction des concepts qualité et sécurité des soins dans les programmes de formation initiale et continue à l'Université des Sciences de la Santé.

*NGOU-MILAMA E, LENDOYE E, OVONO F, ASSENGONE NZE Y, GAHOUMA D.*

Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé ; BP : 4009 Libreville.

**Contexte :** La prise en charge des patients est le résultat de la mobilisation du processus de l'offre de soins. L'ensemble de ce processus est décliné sous forme de compétences à acquérir dans les établissements de formation en médecine. Or, l'assurance qualité est un pré-requis dans le cadre de la sécurité des soins. La qualité et la sécurité sont pour l'Afrique et pour le Gabon en particulier, des nouveaux besoins qu'il faut intégrer à l'offre de formation pour la rendre beaucoup plus efficiente et au total professionnelle.

**But :** Poursuivre la refonte des curricula de formation actuellement en cours à la faculté de Médecine des Sciences de la Santé de Libreville en intégrant cette composante.

**Méthode :** Il s'est agit de faire une analyse de situation sur la qualité et la sécurité des soins dans un hôpital pilote, fruit de la coopération Canada-Gabon, au nord du Gabon ; mais aussi une analyse des besoins de formation avec l'implication de l'Université des Sciences de la Santé dans le projet CRESAC-SANTE (Evaluation en Santé, Assurance qualité et Accréditation des Structures Sanitaires en Afrique noire).

**Résultats :** La qualité et la sécurité des soins, ces deux nouveaux paradigmes dans l'offre de soins, doivent être enseignés en formation initiale dans les cycles cliniques et en aval par la formation médicale continue.

**Conclusion :** La non qualité et le déficit de sécurité dans la distribution des soins coûtent très cher à la communauté. La qualité et la sécurité étant au carrefour de la prévention, de l'efficacité, du curatif et du suivi, leur enseignement constitue la meilleure sensibilisation.

## Démarche qualité des pratiques enseignantes

### Communications orales :

#### Pour lutter contre l'oubli des plus élémentaires notions de sciences fondamentales, les examens de fin de 2<sup>ème</sup> cycle doivent comporter des questions de "physiopathologie".

A. QUINTON, F. ZERBIB

Service d'Hépatogastroentérologie – Hôpital Saint-André 1, rue Jean Burguet – 33075 - Bordeaux

Il est inhabituel de vérifier en fin de 2<sup>ème</sup> cycle si les étudiants maîtrisent les connaissances fondamentales élémentaires nécessaires à la compréhension de la pathologie. En hépatogastroentérologie une dizaine de schémas anatomiques indispensables sont mis en exergue lors de séances d'analyse de situations en 2<sup>ème</sup> année (module digestif intégrant anatomie, histologie, physiologie et sémiologie), et rappelés en 4<sup>ème</sup> année lors du module de pathologie ; à l'examen il est toujours demandé la réalisation d'un schéma à propos d'un cas clinique.

Cette étude montre que ces mesures sont insuffisantes.

**Méthode:** Lors d'un examen (janvier 2008) portant sur un cas d'ictère par obstacle, il a été demandé un schéma de l'ensemble foie, voies biliaires, pancréas, duodénum et d'y figurer l'obstacle évoqué. Une version simple de ce schéma avait été rappelée lors de deux cours

**Résultats:** Sur 159 étudiants

- 44 % ont fait des schémas absurdes (62) ou se sont abstenus (8). La communication présente quelques uns de ces schémas.
- 42 % ont fait un schéma correct (36) ou avec des erreurs "acceptables" (31),
- 14 % (22) ont fait un schéma fonctionnel mais anatomiquement fantaisiste.

**Commentaires:** Cette étude est exemplaire : 44 % des étudiants n'avaient pas lors de cet examen une "image mentale" anatomique correcte permettant de comprendre la situation.

Pour d'autres questions aussi élémentaires de matières fondamentales en histologie ou en physiologie, 30 à 50 % des étudiants ont oublié des notions pourtant apprises "dans un contexte", n'ont pas révisé.

Il n'est pas exclu qu'ils gèrent volontairement l'impasse.

A leur décharge des schémas aberrants sont présentés dans des ouvrages ou des sites web.

**Conclusion:** Il est banal que les étudiants "boudent" les disciplines fondamentales. Les enseignements intégrés (l'APP et ses avatars) contextualisent l'apprentissage des données fondamentales mais, en l'absence de révision, elles s'estompent dans l'oubli. Introduire des questions de matières fondamentales comme éléments de "physio-pathologie" dans les contrôles de fin de 2<sup>ème</sup> cycle (en France les Epreuves Classantes Nationales) contraindrait les étudiants aux révisions indispensables à une mémorisation durable.

#### Evaluation de la satisfaction des stagiaires d'une formation aux Gestes et Soins d'urgence (AFGSU) au Centre d'Enseignement et de soins d'urgence (CESU)

N. ASSEZ<sup>1</sup>, C. DELANGUE<sup>1</sup>, A. FACON<sup>1,2</sup>

(1) Pôle de l'Urgence, SAMU -CHRU de LILLE, France - (2) CESU du Nord, LILLE, France

**Contexte :** La formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) est obligatoire pour les professionnels exerçant au sein de structures médico-sociales. Elle assure les connaissances nécessaires à la prise en charge d'une personne en situation d'urgence...et l'utilisation des moyens de protection individuels et collectifs face à un risque sanitaire. Elle se décline en 3 niveaux.

**But :** Nous évaluons le degré de satisfaction des stagiaires de l'AFGSU.

**Méthode :** étude monocentrique prospective, observationnelle conduite du 1/01 au 14/07/2007 au CESU, incluant 380 stagiaires (professionnels, n=96 et étudiants, n=114) de niveau 1 et 2, interrogés par questionnaires anonymes. Chaque stagiaire a été soumis à 3 questionnaires (Q1, Q2, Q3): Q1 recueille les données démographiques en prétest (T1). Q2 et Q3 apprécient la satisfaction en fin de stage (T2) et à 2 mois (T3) selon une échelle à 4 degrés «*Totalement*», «*Assez bien*», «*Insuffisamment*», «*Pas du tout*» et commentaires libres. Les réponses sont analysées pour 3 groupes de 70 sujets : médicaux (M), paramédicaux (PM) et non soignants (NS). Des comparaisons intergroupes sont réalisées (U 2 et Wilcoxon) avec  $p < 0,05$ .

**Résultats :** On compte 69 % de femmes vs 31 % d'hommes, âgés de 28 ans +/-10. A T1 2 % (n= 4) pensent que la formation sera utile. A T2 la progression de l'acquisition des compétences est ressentie par l'ensemble des stagiaires ( $p < 0,0001$ ). L'intérêt est professionnel et personnel (2/3). Elle correspond pour 99% à leurs besoins, avec des variantes selon les catégories ( $p < 0,001$ ). L'enseignement des risques sanitaires est jugé trop « dense » (10%) ou inutile par les NS. Si 82 % des stagiaires sont satisfaits des modalités pédagogiques 15% trouvent qu'il y a « trop de théorie ». A T3 ils estiment pouvoir gérer une situation d'urgence (50-70%). Mais 65% (n=47) disent avoir déjà oublié et 50% déclarent ne pas maîtriser certains gestes.

**Conclusion :** Les stagiaires proposent une réactualisation des connaissances tous les 2 ans (86%) et plus de pratique (11%). Ces premiers résultats sont encourageants, mais des réajustements sont nécessaires pour répondre aux objectifs pédagogiques de la formation.



## Validation du journal de bord lors des stages dans le D.E.S. de Médecine Générale à Créteil Paris 12.

**Laurence COMPAGNON<sup>o</sup>**, Vincent RENARD<sup>o</sup>, Julien LE BRETON<sup>o</sup>, Michel MÉDIONI<sup>o</sup>, Jacques CITTÉE<sup>o</sup>, Claude Attali<sup>o</sup>

(<sup>o</sup>DUERMG de Créteil Paris 12, Faculté de Médecine de Créteil, 8 avenue du Général Sarail 94000 Créteil)

### Contexte :

A Créteil Paris12, nous avons opté pour une pédagogie par apprentissage. Le port folio constitue le mémoire de DES. Le journal de bord (JDB) demandé durant les stages ambulatoires et hospitaliers fait partie intégrante de ce port folio.

### But :

- 1/ Faire réaliser lors des stages pratiques un journal de bord valable sous la responsabilité de responsable local du stage
- 2/ Faire évaluer ce travail par les tuteurs afin de validation du stage et de certification de la compétence

### Méthode :

Nous avons élaboré un outil critérié permettant à la fois l'auto évaluation et l'évaluation du journal de bord.

Nous avons impliqué les référents pédagogiques dans la supervision du journal de bord, et formé les tuteurs à l'évaluation via le port folio numérique.

Un courrier a été envoyé en début de stage aux chefs de services expliquant le rôle de supervision et fournissant à tous les acteurs la grille d'évaluation comportant les 8 items devant être obligatoirement présents dans le journal de bord : situations biomédicales inédites, prescriptions nouvelles, incidents iatrogènes, problèmes relationnels, procédures médico-administratives, apports d'article de la littérature, apports de la supervision de l'encadrement, lecture critique d'un article.

Pour chaque item, un nombre minimum est requis pour que le journal de bord soit valable.

### Résultat :

Les procédures mises en place permettent d'améliorer progressivement la qualité des productions qui restent encore très inégales. Les deux principales difficultés sont la faisabilité en milieu hospitalier et l'utilisation de la grille comme unique objectif du JDB. Un guide de rédaction des traces d'apprentissages est actuellement en cours de réalisation.

## Utilisation des « cartes conceptuelles » lors des « groupes de pratique ».

**Jean TIBOUT**

1 Place du Vieux Marché, 28150 VOVES (DUMG –TOURS)

Le « paradigme » de la pratique débusque des domaines de compétences inexplorés.

Les internes en médecine générale, réunis en groupes restreints, travaillent sur des situations cliniques authentiques qu'ils ont vécues. Ces groupes de pratique, permettent d'authentifier des stratégies et la mobilisation de ressources, compilées.

Les cartes conceptuelles\*, issues de la réflexion métacognitive des participants, se révèlent être un moyen pédagogique puissant pour authentifier la complexité de l'élaboration des compétences.

L'auteur, propose d'exposer des exemples concrets, tirés de son expérience, proposant ainsi, un axe de recherche pédagogique.

\* « Les cartes conceptuelles dans les formations de santé » Claire MARCHAND, Jean François d'IVERNOIS

## Evolution des performances des étudiants hospitaliers à travers la grille d'évaluation de stage

**J.F. PAPON<sup>1</sup>**, P. CLAUDEPIERRE<sup>2</sup>, F. ZERAH<sup>3</sup>, M. PREVEL<sup>4</sup>

1 - CHU H Mondor Service ORL 51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny 94010 Créteil CEDEX ; 2 - CHU H Mondor Service Rhumatologie 51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny 94010 Créteil CEDEX ; 3 - CHU H Mondor Service Physiologie 51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny 94010 Créteil CEDEX  
4 - CH Delafontaine Service des Urgences 93200 Saint-Denis

**Contexte :** Depuis la réforme du deuxième cycle des études médicales (2001), il est devenu essentiel d'évaluer tous les champs de performance constituant la compétence (cognitif, attitude et manière de travailler, relations interpersonnelles, habiletés techniques). Cependant, la compétence des étudiants en médecine reste difficile à évaluer et la note de stage hospitalier est, en France, le seul critère objectif utilisé.

**But** Etudier l'évolution des performances à travers les notes de stage hospitalier.

**Méthode :** Quatre vingt dix dossiers ont été tirés au hasard dans trois promotions d'étudiants. A chaque stage, neuf items étaient évalués sur une grille standardisée. Les résultats ont été corrélés au sexe, à l'âge en PCEM-1, au redoublement de PCEM-1 et au rang de classement au concours de PCEM-1.

**Résultats :** Parmi les 90 dossiers, 75 étaient exploitables. La population d'étude comportait 57,3% de femmes (56,9% dans la population source). Sur l'ensemble des stages, la note d'évaluation globale moyenne était de  $15,8 \pm 0,3$  (extrêmes 15,4 à 16,4). Il n'existait pas de différence des notes d'évaluation globale au cours du temps. L'analyse individuelle des items a montré une variation significative au cours du temps des notes de « qualité des observations médicales », d'« acquisition des connaissances », de « capacités de synthèse » et de « mise en situation ». Les femmes avaient toujours des notes supérieures aux hommes pour 8 des 9 items. Les étudiants n'ayant pas redoublé PCEM-1 avaient toujours une note supérieure aux redoublants pour 6 des 9 items. L'âge en PCEM-1 était significativement corrélé avec l'écart entre la note globale du premier et du dernier stage.

**Conclusion :** L'absence de variation des résultats des évaluations globales et l'absence d'évolution des champs de performance non cognitifs suggèrent une mauvaise utilisation ou une insuffisance de la grille d'évaluation.

## L'auto-évaluation concomitante et sommative des assistants (internes) en médecine générale

*Valérie DORY, Jan DEGRYSE, Dominique VANPEE*

Avenue Mounier 53 ; 1200 Bruxelles, Belgique

**Contexte :** La capacité d'évaluer les limites de ses compétences est une capacité professionnelle fondamentale du médecin. Or la littérature montre que cette capacité est souvent déficiente chez les étudiants et professionnels de la santé. Toutefois des critiques ont été émises sur les études habituellement menées dans ce domaine, tant d'un point de vue méthodologique (Ward, Gruppen, et Regehr 2002) que conceptuel (Eva et Regehr 2005).

**But :** Explorer l'auto-évaluation sommative de manière plus précise: est-elle liée au domaine? Est-elle meilleure lorsque la tâche à évaluer est plus spécifique ?

Explorer l'auto-évaluation concomitante qui serait plus pertinente d'un point de vue pratique.

**Méthode :** Tous les assistants (internes) en médecine générale inscrits à l'UCL en 2005 ont été conviés à une journée de retour obligatoire pendant laquelle l'expérience a eu lieu. Les résidents ont passé un examen écrit de type QCM (questions à choix multiples) à appariement étendu portant sur 4 domaines en médecine générale (thorax, uro-génital, appareil locomoteur, dermatologie). Les participants se sont évalués de manière sommative sur leurs compétences en médecine générale dans les quatre domaines étudiés sur une échelle à 7 points, et ce avant et après l'examen écrit. Ils ont également estimé leur score au QCM après celui-ci. L'auto-évaluation concomitante a été mesurée par l'analyse spectrale des degrés de certitude attribués à chaque item du QCM.

**Résultats :** 127 résidents (sur 168) ont participé. L'auto-évaluation sommative était faiblement corrélée aux scores au QCM et ce quel que soit le domaine considéré. Les résidents ne se sont pas montrés meilleurs auto-évaluateurs de leur performance au QCM. L'analyse spectrale a montré une faible capacité à s'auto-évaluer. Il n'y avait pas de lien entre la capacité d'auto-évaluation et le sexe, l'année de résidanat, le score au QCM.

**Conclusion :** Notre étude confirme que s'auto-évaluer est une compétence rarement démontrée. L'analyse spectrale est un instrument de mesure prometteur tant d'un point de vue pédagogique (évaluation et feed-back) que d'un point de vue de la recherche dans ce domaine.

## Résultats de l'utilisation d'une rubrique d'évaluation dans la formation clinique et son effet sur l'effet de halo et de complaisance.

*Diem-Quyen NGUYEN, Petronela DASCALU*

Faculté de médecine, Université de Montréal

### Contexte

Les échelles de mesures utilisées dans les évaluations des performances cliniques ont bien évolué depuis les vingt dernières années : les échelles de mesure globales remplacent progressivement les listes de vérification détaillées. Mais lorsqu'un grand nombre de professeurs cliniciens sont impliqués dans l'évaluation des performances cliniques, des études ont montré que l'effet de halo et de complaisance affecte souvent la fidélité des mesures recueillies par l'échelle de type Likert. Ces biais sont attribués souvent à une confusion lors de l'utilisation quant aux niveaux de performance. Dans une étude antérieure, nous avons ajouté des descripteurs l'échelle de mini-CEX pour améliorer la compréhension des performances attendues et avons pu démontrer que cet ajout, utilisé dans un contexte d'évaluation formative des performances cliniques (ÉFPC), n'affecte pas la fidélité de mesure. Par contre, il semble persister un effet de halo ainsi qu'une tendance vers des scores élevés.

### But

Nous allons donc vérifier si une rubrique d'évaluation dont le contenu a été validé préalablement, lorsqu'elle est utilisée à une plus grande échelle, pourrait diminuer cet effet de halo et de complaisance dans l'évaluation clinique.

### Méthode

A l'Université de Montréal, depuis 2006, les sessions structurées d'ÉFPC pour des résidents en Médecine Interne utilisent la rubrique d'évaluation comme grille d'appréciation. Cette rubrique est essentiellement une échelle descriptive globale de 9 items reflétant les démarches cliniques et 4 niveaux de performance (1 étant inacceptable, et 4 exceptionnel). Tous les niveaux comportent une description détaillée des comportements désirables et indésirables. Chaque session d'ÉFPC dure une heure (30 minutes avec le patient et 30 minutes de rétroaction) et cible le problème clinique principal du patient.

### Résultats

Les rubriques de 148 sessions qui ont eu lieu ont été analysées. Le coefficient alpha de Cronbach de cette grille est de 0.86. L'analyse descriptive montre que la moyenne de performances pour chaque item se situe entre 2.73 à 3.28; 25% des scores attribués se situent aux niveaux 1 et 2, 54% au niveau 3. Seul 18% des performances ont été au niveau 4.

De plus, l'analyse de la variance intra-sujet par rapport à la variance inter-sujet donne un ratio de 1.5; impliquant que la variabilité est plus grande entre les items pour chaque étudiant qu'entre eux.

### Discussion

Nos résultats semblent montrer que la rubrique d'évaluation utilisée dans le contexte d'ÉFPC de façon élargie pourrait diminuer l'effet de halo et de complaisance lors de l'évaluation des performances cliniques. Reste à savoir si ces résultats persistent dans le temps et qu'ils sont aussi observés avec d'autres programmes de formation.

## Sources de biais dans l'évaluation de stages cliniques

**Diem-Quyen NGUYEN**

Faculté de médecine, Université de Montréal

La formation médicale au niveau postdoctoral a pour but de développer les compétences cliniques à de futurs médecins généralistes et spécialistes. Pour cela, elle est principalement composée de stages dans différents milieux cliniques afin de mieux les préparer à leur futur milieu de travail. Malgré plusieurs avantages qu'on lui reconnaît, les difficultés de planification des activités évaluatives ont toujours été un défi. Ces difficultés découlent des problèmes inhérents à la nature même de ce type de formation: un cheminement variable de chaque étudiant, l'incertitude des problèmes cliniques rencontrés au cours des stages et le nombre élevé des professeurs impliqués dans l'enseignement clinique.

Traditionnellement, et peut-être aussi pour contourner ces problèmes, l'évaluation des étudiants se fait principalement par une fiche d'évaluation globale. Ces fiches ont l'avantage d'être souples et faciles à utiliser mais elles sont aussi souvent décriées pour leur manque de fiabilité. Les biais qui les affectent sont l'effet de complaisance, de halo et la tendance à une déviation vers les scores élevés.

Les recherches en mesure et évaluation en pédagogie médicale se multiplient depuis les dernières années afin de mieux contrôler ces biais mais le problème reste encore important.

Nos réflexions, à ce stade-ci, visent alors à explorer les liens entre les contraintes rencontrées dans une formation par stage et les différents types de biais afin de proposer l'utilisation de la rubrique d'évaluation comme une des pistes de solutions.

Nous décrivons ce qu'est une rubrique d'évaluation, comment l'appliquer à l'évaluation des compétences cliniques, le contexte de son utilisation au programme de formation en Médecine Interne à l'Université de Montréal, et les résultats de la validation de ce nouveau type de grille d'évaluation.

## Planifier la formation et l'évaluation dans un cadre d'Approche par compétences intégrées

**D'HOOP E.<sup>1</sup>, PARENT F.<sup>2</sup>, BAULANA R.<sup>3</sup>, KAHOMBO G.<sup>3</sup>, LEMENU D.<sup>4</sup>, DURY C.<sup>5</sup>, COPPIETERS Y.<sup>2</sup>, MAPATANO A.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Haute Ecole Léonard de Vinci, Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI), Belgique

<sup>2</sup>Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Ecole de Santé publique, Université Libre de Bruxelles (ULB), Belgique et Association pour le renforcement de l'enseignement et l'apprentissage en santé (ARE@ Santé)

<sup>3</sup>Unité de Recherche Pédagogie et Santé, Ecole de Santé Publique de Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC)

<sup>4</sup>Haute Ecole de Namur, Belgique

Contexte : Présentation d'une adaptation de la pyramide de Miller, sous forme de pyramide « BCQ » (Belgique Congo Québec), développée au cours d'une formation aux méthodes d'évaluation (Kinshasa 2007) dans le cadre d'un projet de coopération universitaire au développement (CUD), le projet « PédasantéKin » qui associe des partenaires au sud, ESP/Unikin, UPN et ISTM et au nord, ESP/ULB, FUCAM et HELV/ISEI.

But : La pyramide illustre les liens entre les référentiels de compétences, de formation et d'évaluation et vise à repérer l'intégration des composantes d'une compétence, les contextes et outils de formation et d'évaluation et la planification. Nous argumentons la nécessité de réaliser un cadre de référence cohérent et actualisable. Nous montrons combien, dans une approche par compétences intégrée, le fait de donner du poids à l'intégration et l'authenticité des situations est au centre de l'apprentissage et de l'évaluation.

Les résultats confirment la faisabilité d'une évaluation qualitative qui prend en compte la complexité et la cohérence. La pyramide permet de visualiser qu'il ne s'agit pas seulement d'évaluer la maîtrise des ressources mais également leur intégration dans des situations complexes explicitées. Elle clarifie les interactions entre les éléments. Elle aide à construire la planification de l'évaluation et de la formation ainsi que la place qu'occupent les dispositifs dans le processus. La séparation des savoirs, capacités et compétences pour à nouveau les relier lors de l'intégration se décline dans des dispositifs basés sur la logique des pédagogies actives et du constructivisme. L'interdisciplinarité générée est le garant des différents axes d'intégration. Ceci apporte une proposition alternative à la construction et l'évaluation de compétences fragmentées. Par ailleurs, les situations *intégratrices* favorisent la vision du profil professionnel attendu.

Cette cohérence porte en elle un puissant levier en faveur d'un changement de pratiques enseignante, apprenante et d'évaluation.

## La Formation à la Communication Médecin-Patient. Enquête auprès des étudiants en médecine

**S. RICHARD, D. PIQUARD, D. PARDOEN, P. FOSTIER, J.M. THOMAS**

Département de Médecine Générale. ULB. Campus facultaire Erasme. Route de Lennik 808. BP612/1-1070. Bruxelles sandra.richard@ulb.ac.be

Contexte : La communication est au cœur de toute pratique médicale. Une communication pauvre est associée à plus de plaintes, de poursuites judiciaires et de burn-out. La technologie de la médecine actuelle met l'accent sur le savoir, le faire, le savoir-faire plutôt que sur le savoir être, le faire savoir et le savoir ne rien faire. Le Conseil Supérieur d'Hygiène souligne une diminution quantitative et qualitative de la formation médicale initiale concernant les aspects communicationnels. **Objectif** : approcher la manière dont les étudiants belges et étrangers perçoivent l'enseignement reçu en matière de communication. **Matériel et méthodes** :

Un questionnaire a été envoyé en anglais, français et espagnol via courriel aux facultés de Médecine de 300 universités belges et étrangères. Après transmission du questionnaire aux étudiants, les réponses nous étaient adressées par retour de courriel.

Résultats: Nous avons obtenu 13,6 % de réponses de 99 étudiants appartenant à 41 Facultés originaires de 22 pays. 55,6 % des répondants estiment être bien formés à la communication médecin-patient, 44,4 % considèrent ne pas l'être suffisamment. 85,9 % des étudiants bénéficient de cours théoriques et seulement 64,6 % d'entre eux ont la possibilité de potentialiser leurs acquis par des travaux pratiques : mise en situation, simulation, jeux de rôle, groupe de parole, feedback interactif immédiat, la gestion des conflits, etc. La majorité des répondants (79,8 %) et 70 % de ceux s'estimant « suffisamment formés » demandent plus de travaux pratiques dans l'apprentissage à la communication. Il est intéressant de noter une grande hétérogénéité de l'enseignement dispensé. Il s'étend tout au long d'un continuum allant de 1 à 240 heures, avec une moyenne de 28,3 heures de cours théoriques et 24,4 heures de formation pratique. 8 sujets (8 %) de 7 facultés différentes n'ont reçu cet enseignement, ni en théorie, ni en pratique.

Conclusion: A l'instar de la société qui réclame des médecins qui communiquent mieux et des chercheurs en communication qui soulignent le rôle central de la communication médecin-patient dans la démarche clinique et thérapeutique, les étudiants aussi sont demandeurs d'une meilleure formation comprenant plus de travaux pratiques.

## Clarification des compétences requises par le patient coronarien lors de sa prise en charge par les équipes préhospitalières.

N. ASSEZ<sup>1,2</sup>, P. GOLDSTEIN<sup>1</sup>, R. GAGNAYRE<sup>2</sup>

(1) Pôle de l'Urgence -CHRU de LILLE, France ; (2) Laboratoire de Pédagogie de la santé UE 3412 - UFR, Bobigny, Paris XIII, France

Confrontés à l'urgence "coronaire" le patient et sa famille doivent décider et agir seuls. Reconnaître les signes évocateurs et prendre les mesures adaptées ne s'improvisent pas, mais peuvent s'apprendre.

But : Notre travail est centré sur les compétences à faire atteindre au patient pour qu'il puisse gérer " la crise".

Méthode : Des entretiens individuels au SAMU ont permis d'établir une liste de 20 compétences (C) mises en œuvre " en urgence" par les patients et de les comparer à la perception qu'en ont les équipes. Il s'agit d'une enquête prospective, multicentrique, menée d'avril à juillet 2007 auprès de 58 « experts » exerçant dans 4 SMUR de la région, interrogés par questionnaires (n=100). Des questions fermées déterminent le profil démographique, une échelle d'opinion (likert) de 0 à 10 mesure l'intensité de la réponse. Un abaque visualise les accords et désaccords. On réalise une analyse quantitative (U2, Wilcoxon) et de contenu.

Résultats : On obtient 58 questionnaires: 41 hommes vs 17 femmes dont 50% de médecins. Ils sont âgés de 38 ans (DS 5,8). Ils exercent au CHU (56,9 %) et 81% ont plus de 5 ans d'ancienneté professionnelle. Ils prennent en charge 13 SCA par mois (DS 7,1). On obtient un fort consensus pour certaines compétences pour C1 « alerter ses proches »; C2 « repérer les signes d'un SCA »; C3 « appeler un service de secours ». A l'opposé certaines ne semblent pas souhaitées comme C12 « s'automédiquer ». L'analyse de contenu clarifie ces compétences à mobiliser selon 10 domaines taxonomiques : *cognitif* - 1-Alerter, passer un bilan, 2-Faire appel au service de Santé, 3-Repérer les signes du SCA et ses complications ; *psychomoteur* - 4-Assurer son confort et gérer l'attente, 5-Organiser l'espace de soins, 6-Préparer les documents utiles, 7-Participer, pratiquer l'auto-soin et enfin *socio-affectif* - 8-Etablir une relation avec son entourage, 9-Etablir une relation avec les soignants, 10-Exprimer ses besoins, son vécu, agir et décider. Conclusion : le patient développe des compétences pour traiter des informations essentielles à ses choix en urgence. Leur identification par consensus d' « experts » permet de les intégrer au cours de programme d'éducation thérapeutique.

## La carte conceptuelle comme outil de recherche en éducation dans les sciences de la santé

C. MARCHAND, J.F. D'IVERNONIS

Laboratoire de pédagogie de la santé : Education et Observance, UPRES EA 3412, UFR SMBH de Bobigny, Université Paris 13

Contexte : Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, nous nous intéressons à la façon dont les patients atteints de maladie chronique apprennent et acquièrent des compétences d'auto soins leur permettant de mieux vivre avec leur maladie et leur traitement.

But : Utiliser les cartes conceptuelles pour investiguer et décrire les connaissances et représentations antérieures de patients ainsi que leur évolution suite à l'éducation thérapeutique.

Méthode : Une première carte conceptuelle est construite par le chercheur au cours d'un entretien individuel avec un patient, avant l'éducation thérapeutique. Cette carte initiale est ensuite relue avec le patient et complétée au cours d'un deuxième entretien individuel réalisé le dernier jour de l'éducation (deuxième carte conceptuelle). L'analyse qualitative des cartes conceptuelles s'attache à décrire la nature et l'organisation des connaissances des patients.

Résultats : L'analyse des cartes conceptuelles réalisées avant éducation consiste à repérer les grands domaines dans lesquels se regroupent les connaissances des patients ainsi que les liens existant entre ces différents domaines, apprécier la richesse et la qualité des connaissances en les quantifiant et en jugeant de leur validité. L'évolution de la structure cognitive des patients est analysée à partir des modifications et compléments apportés par le patient à sa première carte : apparition de nouveaux domaines de connaissances, compléments ou modifications des connaissances préalables, nouvelles mises en lien entre domaines de connaissances mais aussi incompréhension, obstacles à la mise en lien des connaissances nouvelles, erreurs de raisonnement ou lacunes pouvant être à l'origine de comportements d'auto soins erronés.

**Conclusion :** L'analyse en profondeur de la structure cognitive des patients à l'aide des cartes conceptuelles met en évidence les rapports complexes qu'entretiennent connaissances, croyances, émotions, et vécu chez les patients atteints de maladie chronique. Elle permet aussi de mieux comprendre les difficultés d'apprentissage rencontrées par les patients dans l'acquisition de nouvelles connaissances. L'extension de cette méthodologie à l'exploration du raisonnement clinique chez les étudiants en médecine pourrait être intéressante.

## Lille et les GAPP (Groupes d'Analyse des Pratiques Pédagogiques)

**Denis DELEPLANQUE, Benjamin DENEUVILLE, Benoît TAVERNIER, Bertrand STALNIKIEWICZ**

Département de MG. Faculté de médecine Henri Warembourg. Université de Lille2. Pôle formation, 1 Place de Verdun. 59045 Lille Cedex

**Introduction :** Les enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) se forment peu à la pédagogie pour des raisons géographiques, de temps et de motivation.

La formation des Internes de médecine générale (IMG) dépend essentiellement de la qualité pédagogique des ECA

**Question de recherche :** Comment amener les ECA à améliorer leur compétence pédagogique?

**Méthode :** Regrouper géographiquement les ECA au sein de trinômes afin de favoriser la mise en place de réunions régulières à proximité de leur lieu d'exercice.

Les groupes d'échange s'effectuent en respectant les procédures de fonctionnement des groupes d'échanges de pratiques validés par la Haute Autorité de Santé (peer-review).

Chaque ECA rapporte une situation pédagogique vécue avec l'interne, cette situation est tirée au hasard.

Les ECA échangent et comparent leurs pratiques, identifient les difficultés, les méthodes utilisées, analysent les comportements des internes et des ECA.

Les pratiques médicales sont exclues des débats.

Une synthèse des démarches et des outils pédagogiques émanant du groupe sont colligés et permettront l'élaboration d'un référentiel.

**Résultats :** Cela permet l'évaluation des pratiques professionnelles pédagogiques et respecte le modèle de la roue de Deming. (planifier, faire, analyser et améliorer).

Cela permet aux ECA l'évaluation et la coordination des apprentissages des internes qu'ils accompagnent au sein de leur trinôme.

Les GAPP permettent aux ECA d'échanger entre pairs, de perfectionner, d'homogénéiser leurs compétences pédagogiques et de réaliser un référentiel professionnel d'ECA.

Une expérimentation est en cours et l'impact sur les IMG et les ECA sera évalué.

## Elaboration d'une grille de recueil pour les enseignants en groupe d'analyse de pratique pédagogique : expérience lilloise

**Bertrand STALNIKIEWICZ**

31 rue Paul Vaillant Couturier - 59 770 MARLY

**Contexte:** Les enseignants de médecine générale de la faculté de médecine de Lille se sont engagés dans une analyse réflexive de leur pratique pédagogique au sein de groupe d'analyse de pratique pédagogique, au fonctionnement similaire au groupe de pratique professionnelle. Dans le cadre de ces groupes de pratique, un groupe de réflexion a élaboré une grille de recueil des situations pédagogiques.

**Objectifs :** élaborer une grille facilitant le recueil, la présentation, et l'analyse des situations pédagogiques présentées en groupe d'analyse de pratique pédagogique.

**Méthode :** sur les bases de la grille utilisée par les groupes de pairs®, un groupe de réflexion a élaboré une grille de recueil de situations pédagogiques détaillant des items utiles à une rétroaction pédagogique.

**Résultats :** la grille individualise sept items :

- Conditions de réalisation de l'acte et de la supervision
- Recueil d'informations par la consultation du dossier et l'entretien avec le patient
- Analyse de la démarche de la relation médecin-patient
- Confrontation de la décision de l'interne et de l'enseignant
- Place des données de la science, des attentes du patient, des attentes de l'interne
- Analyse de l'autoévaluation de l'interne
- Méthode pédagogique utilisée par l'enseignant

**Conclusion :**

La grille de recueil de situations pédagogiques facilite et structure les échanges entre les enseignants au sein des groupes d'analyse de pratique pédagogique.

Sa place dans l'évaluation des groupes d'analyse de pratique pédagogique devra être évaluée.

## La guidance des travaux de recherche de fin d'études dans le domaine de la santé : contrôle ou accompagnement ?

**Monique LAVAUD**

Ecole de sages-femmes-Hôpital La Grave – TOULOUSE - 31059

**Contexte :** La guidance des travaux de recherche de fin d'études (TRFE) dans le domaine de la santé est une activité pédagogique complexe, où le rôle de la personne habituellement désignée comme *directeur* ou *guidant* est mal défini, voire non formalisé.

**But :** Le but de ce travail a été de clarifier cette fonction et d'en identifier les repères dans une approche praxéologique pour contribuer à l'amélioration des pratiques.

L'auteur a d'abord dégagé les nombreux concepts théoriques se rattachant à cette activité, les principaux étant ceux de *direction*, de *guidance* et d'*accompagnement*, ainsi que celui, anglo-saxon, de *supervision*.

A l'issue de cette analyse conceptuelle, un positionnement *directif* (au sens d'exercer une autorité) semblait freinateur alors que celui d'*accompagnement* (basé sur l'écoute, l'empathie, la confiance) se révélait le plus attirant, dans une dualité relationnelle favorable au cheminement et à la maturation de l'étudiant dans son rôle d'*apprenti-chercheur*.

Les intentions de recherche ont alors été d'identifier les postures des personnes réalisant un encadrement de TRFE, à partir de la perception et de la conception de leur rôle, puis d'en distinguer la variabilité.

**Méthode et population :** L'approche exploratoire a été réalisée auprès de six praticiens confrontés à l'encadrement de TRFE dans différents domaines de la santé, au moyen d'entretiens compréhensifs semi-directifs: un guide d'entretien thématique, élaboré sous forme d'opposition entre deux énoncés, a été destiné à servir de base à l'élaboration du discours et permettre l'engagement de l'enquêté.

**Résultats :** La *posture directive* est adoptée majoritairement pour ce qui concerne l'organisation et la conformité du produit-mémoire, car la responsabilité du directeur est engagée au regard de la faisabilité, de l'orientation méthodologique et de la qualité de la production. La *posture accompagnatrice* est privilégiée dans toutes les étapes où l'interaction est nécessaire à la maturation de l'étudiant; elle implique une réciprocité d'engagement. Néanmoins les enquêtés s'accordent à reconnaître que les *variabilités* inter-individuelle et inter-groupe influencent leur pratique.

**Conclusion :** Cette activité pédagogique nécessite une souplesse de positionnement entre un cadrage théorique (aide méthodologique, expertise), la création d'un espace de réciprocité (engagement, motivation, co-responsabilité) et une adaptabilité (ajustement) face à la variabilité des situations et l'hétérogénéité des étudiants. Il s'agit pour le *directeur-guidant* de faire preuve d'une habilité articulatoire, sorte de *navigation*, entre contrôle impositif et posture d'accompagnement.

Communications affichées :

## Méthodologie des groupes d'échanges de pratique d'interne du DES de médecine générale : une expérience lilloise

**Bertrand STALNIKIEWICZ, Sébastien LERUSTE, Laurent VERNIEST, Benjamin DENEUVILLE**

Département de MG. Faculté de médecine Henri Warembourg. Université de Lille2. Pôle formation, 1 Place de Verdun. 59045 Lille Cedex

**Objectifs :** définir les modalités et les règles de fonctionnement et d'évaluation des groupes d'échanges de pratique d'internes au cours du DES de médecine générale

**Méthodes :** groupe de travail formé d'enseignants, qui partant de leurs réflexions et de leurs expériences respectives sur les groupes d'échanges de pratique d'interne ont défini les règles de fonctionnement du groupe d'échanges de pratique d'internes

**Résultats :**

**Pré requis :** Chaque réunion est supervisée par un enseignant. Les enseignants sont préalablement formés à l'animation et au mode de fonctionnement des groupes d'échanges de pratique.

Les internes sont également formés sur les règles et mode de fonctionnement des groupes d'échanges de pratique et sur la grille de recueil qui leur est proposée pour présenter leur patient.

**Modalités de fonctionnement :** Les internes participent à une réunion par mois pendant le stage ambulatoire. Ces réunions se déroulent en l'absence de l'industrie pharmaceutique.

Avant la réunion l'interne remplit une grille de recueil à propos d'un patient qu'il a pris en charge, défini de façon aléatoire.

En début de séance un secrétaire de séance est nommé, il rédigera le compte rendu de séance.

Chaque interne présente à tour de rôle le patient sélectionné au préalable, et échange avec ses pairs de façon à enrichir l'analyse, permettre l'émergence de pistes de travail, de recherche et donc d'améliorer les pratiques.

L'enseignant aide à préciser les axes d'apprentissages favorise l'explicitation des compétences mise en jeu et peut apporter l'expertise de la discipline si nécessaire. Il produit un compte-rendu pédagogique.

**Conclusion :** Le fonctionnement des groupes d'échanges de pratique d'interne s'appuie sur le pré requis fondamental de la formation des enseignants et des internes aux principes de ces groupes d'échanges de pratique. L'interne devra s'approprier la grille de recueil ce qui permettra une homogénéisation de la démarche d'analyse réflexive des pratiques. Une évaluation de ces groupes est prévue.

## Validation d'une nouvelle grille de correction des résumés de l'épreuve de lecture critique d'article : analyse à partir de 250 copies.

**Fabrice MUSCARI**<sup>1</sup>, **Jean-Louis MONTASTRUC**<sup>2</sup>, **Gilles FOURTANIER**<sup>1</sup>

1. Service de Chirurgie Digestive, CHU Rangueil, Toulouse ; 2. Service de Pharmacologie, CHU Purpan, Toulouse

**But** : Tester une nouvelle grille de correction des résumés afin d'obtenir une réduction de la variation des notes en fonctions des correcteurs.

**Matériel et Méthode** : La grille de correction comprenait une partie aspect globale et une partie mots clés qui en faisait l'originalité. Cinquante copies ont été recueillies pour ce travail. Chaque copie a fait l'objet d'une correction par 5 correcteurs différents. Les critères de jugement étaient : la dispersion des cinq scores obtenus par chaque copie en calculant la moyenne ; le pourcentage de variation des notes en fonction des correcteurs ; la dispersion des notes de chacun des scores pour chaque correcteur par rapport à la moyenne calculée avec son écart type sur l'ensemble des copies.

**Résultats** : Cette nouvelle grille de correction avec l'ajout de la partie mots clés n'entraîne pas de diminution des variations des notes en fonction du correcteur. La notation de la partie mots clés entraîne même une grande variation des notes d'un correcteur à l'autre : 50 % des copies avaient une variation de note inter-correcteur de plus de 40 %. De même, cette nouvelle grille de correction entraîne une grande dispersion des notes en fonction de l'expérience du correcteur.

**Conclusion** : Cette nouvelle grille de correction du résumé diminue peu les variations de notation d'un correcteur à l'autre pour une même copie. Il faut donc tester d'autre grille de correction du résumé de la lecture critique pour assurer une équité de correction pour les étudiants.

## Les bénéfices d'être à l'écoute des résidents de médecine.

### Résultats d'une enquête réalisée auprès des résidents stagiaires à la clinique antidouleur de l'hôpital Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'université de Montréal.

**Grisell VARGAS-SCHAFFER**, **Aline BOULANGER**

Clinique Antidouleur Hôtel-Dieu, Centre Hospitalier Université de Montréal - Canada

**Contexte** : Cette étude est faite suite aux résultats d'une évaluation négative de la part des résidents d'anesthésie lors du stage universitaire de la clinique antidouleur. Un questionnaire a été créé afin de connaître les besoins et les attentes des étudiantes et mieux combler leurs demandes pédagogiques.

**But** : Améliorer la formation académique au sein du stage universitaire de la douleur afin d'adapter l'enseignement aux nouvelles méthodologies, comme être à l'écoute des suggestions faites par les résidents permettant ainsi de satisfaire les besoins des groupes.

**Méthode** : Traditionnellement une interview personnelle est réalisée avec les résidents, le responsable de l'enseignement et le chef du service pour connaître les points forts et les faiblesses du stage. Pour mesurer les attentes et les besoins des résidents en stage à la clinique antidouleur nous avons réalisé un sondage auprès de tous les résidents d'anesthésie, de psychiatrie, et de médecine générale en stage à la clinique antidouleur pendant la période de septembre 2006 à décembre 2007. Le recueil s'est fait au moyen d'un questionnaire anonyme, donné à chaque résident, à la fin de chaque session (2 mois).

**Résultat** : La compilation des commentaires recueillis lors des entrevues et l'analyse des 12 questionnaires anonymes a conduit à la décision d'ajouter 4 cours : introduction au traitement et management de la douleur chronique, sémiologie et examen physique, 2 cours de psychologie, ainsi que la présentation d'un article médical par les résidents à la fin du stage. De plus, les résidents sont maintenant impliqués dans l'aspect enseignement en présentant le résumé d'un article médical à la fin de leur stage.

**Conclusion** : Pour améliorer la qualité des programmes d'enseignement en sciences de la santé et de mieux les adapter aux besoins des étudiants, des interactions entre les étudiants et les professeurs doivent être privilégié et obtenir ainsi plus de bénéfices. Les suggestions et la participation active dans le processus d'apprentissage des étudiants en sciences de la santé, jouent un rôle primordial dans leur formation professionnelle.

## Quelle formation pédagogique pour les professionnels de la santé ?

**AYADI Aii**<sup>1</sup>, **MSEDDI Abdelwaheb**<sup>2</sup>

1-Faculté de médecine de Sfax, laboratoire de parasitologie-mycologie et directeur de l'école supérieure des sciences et techniques de la santé de Sfax - Tunisie

2-Ecole supérieure des sciences et techniques de la santé de Sfax - Tunisie

**Contexte** : L'école supérieure des sciences et techniques de la santé de Sfax est une institution spécialisée dans la formation du personnel de la santé. Créée en 1990, elle comporte actuellement 9 sections, 700 étudiants encadrés par 55 enseignants paramédicaux.

**But** : assurer une formation pédagogique du corps enseignant professionnel pour une meilleure efficacité de notre système.

**Méthodes** : ce souci de formation a été dissipé par l'instauration au cours de chaque année universitaire :

- d'un cycle de formation pédagogique de 10 à 13 séminaires par an assurés par des experts nationaux et internationaux avec des thèmes variés relatifs aussi bien à une formation de base (technique de communication, conception d'un cours, l'évaluation des

étudiants...) qu'à une formation plus spécifique (pédagogie des stages hospitaliers, l'apprentissage par problèmes chez les paramédicaux, place de l'enseignement à distance ....)

- d'un cycle de formation continue en sciences paramédicales destinée au personnel de la santé en exercice dans les différentes structures sanitaires de la région de Sfax avec 29 thèmes dans l'année préparés et assurés par les enseignants eux même en étroite collaboration avec les médecins hospitalo-universitaires.

Résultats : cette formation pédagogique a couvert tous nos enseignants qui ont manifesté une grande motivation avec des retombées conséquentes et sûres sur l'encadrement de nos étudiants : 127 conférences et communications ont été assurées et 1650 professionnels toute spécialité confondue ont suivi les séminaires de formation continue.

Conclusion : À l'instar de la formation des médecins hospitalo-universitaires, la formation du cadre paramédical est un impératif permettant une bonne synergie dans la formation des personnels de la santé et garantissant ainsi une meilleure qualité de la formation des étudiants dans les sciences de la santé.

## « Ignorance avouée vaut mieux que connaissance mal assurée ». Evaluation de l'acquisition des connaissances de 210 stagiaires « AFGSU » par analyse du degré de certitude.

*N. ASSEZ<sup>1,2</sup>, C. DELANGUE, R GAGNAYRE<sup>2</sup>, A FACON<sup>1</sup>*

(1) Pôle de l'Urgence - SAMU -CHRU de LILLE, France ; (2) Laboratoire de Pédagogie des Sciences de la santé EA 3412 - UFR, Bobigny, Paris XIII, France

Contexte : L'action pédagogique navigue entre « le souhaitable et le possible ». De principe la « connaissance incertaine » est plus dangereuse que l'« ignorance avouée ».

But : Nous proposons une évaluation par les stagiaires de la Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) en appréciant l'acquisition des connaissances et leur niveau de certitude (NC).

Méthode : Cette évaluation formative menée de janvier à juillet 2006 inclut 210 professionnels de santé exerçant dans un CHU. Nous avons analysé les réponses de 3 groupes professionnels de 70 stagiaires (médecins, paramédicaux et non soignants) avant (T1, n=210), au décours (T2, n=210) et à 2 mois (T3, n=73). Pour tester l'acquisition des connaissances théoriques sur l'ensemble du programme le stagiaire doit répondre à 30 affirmations qu'il estime vraies ou fausses. Pour chaque réponse il doit s'exprimer selon 4 NC:1) réponse correcte mais très peu sûre < 50% : la connaissance est très insuffisante ;2) réponse correcte mais peu sûre 50-70% : la connaissance est insuffisante ;3) réponse correcte et assez sûre 70-90% : la connaissance est satisfaisante; 4) réponse correcte très sûre 90-100% : la connaissance est totale. La progression des acquis est calculée par un test de Mc Nemar et un Wilcoxon apparié teste les degrés de certitude ( $p < 0,05$ ).

Résultats « L'ignorance avouée » (réponse fausse) représente 35,3% à T1,14,8% à T2, 17,6% à T3.L'amélioration du NC est significative pour tous les professionnels et pour toutes les questions à T2, avec 87,9% de réponses correctes et très sûres. On observe simultanément une diminution du taux de réponses et des NC compris entre 50 et 90%. Le pourcentage d'incertitude (NC< 50%) diminue au cours du temps ( T1 :15,7% vs 0,5% à T2, T3 : 3,3%). A T3 on constate une inflexion du NC chez les répondants, avec 75,1% de connaissance totale.

Conclusion : Aux différents tests de connaissance, il est avantageux d'associer des degrés de certitude montrant qu'il ne suffit plus de savoir si l'étudiant sait mais s'il est sûr de ce qu'il sait.

## Evaluation du SASPAS à Lyon : étude descriptive de mai 2004 à mai 2006

*Carol RENAUDIER<sup>\*</sup>, Sylvie ERPELDINGER<sup>\*\*</sup>*

<sup>\*</sup> 98 rue saint pierre de vaise, 69009 LYON. <sup>\*\*</sup> 22 rue cité saint jean 69100 VILLEURBANNE.

Le stage ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) est mis en place à Lyon depuis novembre 2003. Il a été créé pour répondre à la demande de stage préférentiellement ambulatoire lors de l'instauration du sixième semestre. C'est le seul stage qui place les étudiants en situation réelle de soins ambulatoires, en autonomie totale.

Les objectifs de cette étude sont de décrire le déroulement du stage, l'activité, les conditions de travail et le ressenti des étudiants, puis secondairement d'analyser les problèmes rencontrés et de proposer des solutions pour y remédier.

La méthode employée est une étude descriptive par analyse des questionnaires d'évaluation que remplissent les internes en fin de stage. L'étude est menée sur une période de quatre semestres ; de mai 2004 à mai 2006 et elle inclue 53 étudiants.

Les résultats montrent :

- une activité variée des étudiants
- une satisfaction globale des étudiants en terme d'autonomie, d'acquisition de compétence, de prise de responsabilité, d'acquisition de confiance en eux.
- Que la supervision différée est un élément essentiel pour le bon déroulement du stage.
- Quelques points négatifs : le manque d'activité chez certains maîtres de stage, l'éloignement géographique de quelques stages, une supervision aléatoire pour 8% des internes.

En conclusion, le SASPAS répond aux attentes des étudiants malgré quelques points à améliorer et leur permet une formation complète et complémentaire avec les autres stages de l'internat et l'acquisition de compétences utiles à l'entrée dans la vie professionnelle.



## Evaluation des enseignements par les étudiants à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

*A. EL IDRISSE DAFALI, M. BOUSEKRAOUI, A. ALAOUI YAZIDI.*

Commission pédagogique. Faculté de Médecine et de Pharmacie. BP 7010. Sidi Abbad. 40000. Marrakech. Maroc.

**But du travail :** dans le cadre de la structuration pédagogique de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, le comité d'évaluation (sous commission de la commission pédagogique) a procédé à une évaluation des cours dispensés au cours du 2<sup>ème</sup> semestre de l'année universitaire 2006 – 2007 par les étudiants.

**Méthodes et matériel d'étude :** la commission a élaboré et validé un questionnaire de 10 items portant sur les objectifs des cours, leur structuration et la clarté des exposés, les supports didactiques utilisés, la disponibilité de l'enseignant, l'exposition des moyens d'évaluation et un commentaire ouvert. Les réponses étaient sous forme d'en accord total, plutôt en accord, plutôt en désaccord et en désaccord total. Le taux de couverture était de 87% pour les matières et de 92% pour les enseignants. Le taux de réponse était de 96%.

**Résultats :** l'analyse des résultats a montré une satisfaction pour tous les items d'au moins de 70% sauf pour l'item concernant l'exposition des moyens d'évaluation qui est de 50%.

Les commentaires ouverts des étudiants ont soulevé surtout l'inadéquation entre l'importance des informations et le temps qui leur est imparti.

**Conclusion :** Cette évaluation a montré un taux de satisfaction relativement important des étudiants. Néanmoins une 2<sup>ème</sup> évaluation faite par des pairs s'impose s'adressant tout d'abord aux enseignants volontaires dans l'attente de son institution.

## Place des ateliers pratiques thématiques en sciences infirmières. Expérience dans une école professionnelle.

*O. ARMSTRONG<sup>1</sup>, F. SAGOT<sup>2</sup>, Y. MAUGARS<sup>1</sup>, J.H. BARRIER<sup>1</sup>*

1 - Faculté de Médecine de Nantes:Département de Formation Médicale Continue et de Développement Pédagogique

2 - Ecole d'infirmières de la Croix Rouge de Nantes

La formation en sciences infirmières est planifiée de façon différente selon les pays francophones. Elle peut être universitaire ou gérée par des institutions hospitalières, publiques ou privées. En France il s'agit d'écoles professionnelles souvent dépendantes des hôpitaux ou d'institutions privées comme la Croix Rouge française.

Le problème des plaies et cicatrisations est fondamental tant en pratique de ville qu'hospitalière pour les infirmières. Une formation pilote pratique a été programmée dans une école nantaise d'infirmières suite à la présentation au congrès français des plaies et cicatrisations d'un diaporama à ce sujet, et répondant à un besoin spécifique exprimé. Une matinée a donc été organisée avec un objectif pédagogique pratique par présentations de diaporamas, mises en situation de cas cliniques concrets et discussions des attitudes thérapeutiques avec la cadre infirmière et un chirurgien. Les résultats de l'évaluation anonyme montrent une grande satisfaction.

Entre des cours magistraux et des stages sur le terrain, il nous semble que des séminaires pratiques thématiques, où des experts universitaires ont un rôle à jouer, peuvent avoir une place

## Qualité de la supervision clinique perçue par les résidents de chirurgie.

*Elie NEMR, Fadi ABI-AZAR, Simon ABOU-JAOUDE, Alexandre YAZIGI, Fady HADDAD*

Faculté de Médecine, Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban

**Introduction :** L'importance et l'efficacité de la supervision clinique ont été démontrées dans le développement professionnel des résidents. L'objectif de notre étude est d'examiner comment les résidents des spécialités chirurgicales d'un hôpital libanais, perçoivent la supervision de leurs médecins-enseignants.

**Matériel et Méthodes :** 64 résidents ont évalué les 10 services de chirurgie selon le questionnaire élaboré par le Cleveland Clinic (Cleveland Clinic's Teaching Effectiveness Instrument). Ce questionnaire se compose de 15 points qui reflètent une bonne capacité à enseigner. Chaque point est évalué sur une échelle de Likert de 5-points (1 = jamais/faible, 5 = toujours/superbe).

Résultats :

| Fonction de supervision   | Moyenne | Ecart-Type |
|---|---------|------------|
| Donne des explications / raisonnements clairs pour les opinions, les conseils, les actes, ...       | 3.70    | 1.03       |
| Incorpore les résultats des études et/ou les guidelines à l'enseignement                            | 3.68    | 1.11       |
| Établit un bon environnement pour l'éducation   | 3.64    | 1.00       |
| Pose des questions qui favorisent l'enseignement  | 3.52    | 1.05       |
| Enseigne les compétences diagnostiques  | 3.47    | 1.02       |
| Stimule à apprendre indépendamment  | 3.43    | 1.00       |
| Offre des feedbacks régulièrement (positifs et négatifs)  | 3.39    | 1.04       |
| Adapte l'enseignement à mes besoins   | 3.35    | 0.96       |
| Adapte l'enseignement aux diverses situations   | 3.26    | 1.02       |
| Entraîne aux compétences cliniques / techniques   | 3.18    | 1.05       |
| Indique clairement ce que je suis sensé apprendre (connaissance et savoir-faire) durant la rotation | 3.11    | 1.11       |
| Accorde une autonomie adéquate à mon niveau   | 3.10    | 1.02       |
| Organise le temps en tenant compte autant de l'enseignement que des soins des patients              | 3.03    | 0.98       |
| Enseigne les compétences de communication efficace  | 3.02    | 1.05       |
| Enseigne la pratique coût- efficacité en médecine   | 3.01    | 1.01       |
| Supervision globale   | 3.33    | 1.05       |

Conclusion : Les résidents reçoivent une supervision directe et didactique satisfaisante, cependant, les chirurgiens devraient leur accorder plus d'autonomie adéquate à leur niveau et les stimuler à apprendre indépendamment, et mieux leur enseigner la communication.

## Élaboration d'une grille de recueil pour les internes en groupe d'échange de pratique : une expérience à Lille

*LERUSTE Sébastien, STALNIKIEWICZ Bertrand, LEROUGE Patrick, DENEUVILLE Benjamin*

Faculté de Médecine de Lille

**Objectifs :** élaborer une grille pour aider l'interne dans le recueil des éléments bio-psychosociaux concernant un patient, en respectant la démarche en soins primaire. Cette grille doit favoriser la démarche réflexive de l'interne et les échanges, lors du groupe d'échange de pratique d'internes.

**Méthode :** en prenant pour base la grille de recueil élaborée par la SFMG pour les groupes de pairs®, nous avons repris en les individualisant, les éléments de la démarche en soins primaires et renforcer les éléments psychosociaux, le questionnement et l'auto évaluation des compétences.

**Résultats :** La grille de recueil comporte quatre parties :

La première recueille des données administratives et précise les circonstances d'apprentissage.

La seconde est centrée sur le patient avec les six étapes de la démarche.

La troisième permet à l'interne de formaliser son questionnement.

La dernière est axée l'auto évaluation des compétences.

**Conclusion :** Devant les difficultés des internes à présenter un cas patient, un groupe d'enseignants de Lille a élaboré une grille de recueil. Elle permet, à l'interne, de formaliser sa démarche et son questionnement en situation clinique authentique. La grille et son utilisation doivent faire l'objet d'une évaluation.

## L'autopsie médico-judiciaire au secours de la pédagogie en Algérie

**OUSSADIT Abdessamad**

Service de médecine légale - CHU de TLEMCEM - TLEMCEM 13000 ALGERIE

Les difficultés rencontrées au niveau des facultés de médecine pour procéder à des démonstrations d'anatomie et à des dissections pour les étudiants et les résidents (internes) sont liées à l'indisponibilité de cadavres.

Cette situation découle d'un ensemble de facteurs propres à la société algérienne dont le poids des traditions, les tabous, la rigueur du dogme religieux et l'absence de textes réglementaires autorisant l'accès au cadavre dans un but pédagogique et scientifique.

L'autopsie médico-judiciaire demeure actuellement la seule possibilité qui permet aux étudiants en médecine d'observer, de toucher et aussi de disséquer un cadavre dans le strict respect des procédures légales.

Son apport à la pédagogie et à la recherche est incontestable aujourd'hui.

Nous avons procédé à une lecture critique de la législation actuelle et en nous appuyant sur la « chariaa » nous essayons de lever les verrous culturels et juridiques qui s'opposent à l'utilisation des cadavres dans l'enseignement de la médecine.

## L'examen clinique objectif structuré ECOS à la Faculté de Médecine de Sousse.

**Abdelaziz HAYOUNI**

Sousse - Tunisie

L'examen clinique objectif et structuré est une méthode d'évaluation des apprentissages au cours des stages hospitaliers à plusieurs niveaux des cycles de la formation médicale

L'évaluation classique est très variable d'un établissement à l'autre et dans le même établissement d'un service hospitalier à l'autre. Cette évaluation porte le plus souvent sur l'examen de patients et l'étude de dossiers en plus de l'assiduité et des tâches accomplies au cours des stages

La Faculté de Médecine de Sousse a organisé au début de l'année 2004 un séminaire national de formation des formateurs sur ce thème. Ce séminaire, d'une semaine, a été animé par des experts Canadiens de l'Université de Montréal, il s'agit des Professeurs : Serge Normand, Christian Bourdy, Louise Authier. Ce séminaire a vu la participation de 25 enseignants des quatre Facultés de Médecine de Tunisie dont 10 de la Faculté de Sousse.

Depuis le mois d'avril 2004, ce groupe assure la formation des autres collègues au cours d'un séminaire annuel de deux jours avec la participation de 20 enseignants par session.

Nous avons aujourd'hui une centaine d'enseignants formés dans ce cadre et qui sont impliqués dans la préparation et l'organisation des examens de stage

Nous avons commencé par évaluer le stage de sémiologie de la deuxième année du PCEM depuis le mois de juin 2004, les stations sont pour la majorité basées sur l'anamnèse. Nous utilisons six stations qui couvrent le maximum d'objectifs de ce stage, les étudiants sont répartis sur 5 centres d'examen (40 par centre)

## Evaluation des performances cliniques des étudiants en Odontologie

**B. PELLAT** (Paris)

L'étudiant en odontologie devient, dès qu'il franchit la porte de l'hôpital, un acteur du soin, au sens littéral du terme. En effet, il prend en charge lui-même les patients qui se présentent à la consultation ; il est certes encadré par des praticiens hospitalo-universitaires.

L'étudiant en odontologie est confronté à toutes les facettes de la démarche clinique :

- Le diagnostic qui n'est pas toujours la phase la plus complexe, et auquel il peut être préparé par l'apprentissage préalable au raisonnement clinique. De plus, il peut conduire sa démarche diagnostique sans compromettre l'intégrité de son patient.
- L'établissement du plan de traitement, qui est souvent complexe, mais là encore n'est pas nouveau pour lui, et peut être sans difficulté, revu par le référent avant mise en œuvre.
- La phase opérationnelle du traitement qui relève le plus souvent de gestes de nature chirurgicale et aux conséquences irréversibles pour les tissus concernés. C'est à cet aspect de la compétence clinique que nous nous intéresserons.

Le soin, qu'il concerne les tissus durs ou les tissus mous, qu'il soit conduit à l'aide d'un instrument manuel ou d'un dispositif mécanisé a toujours été pratiqué au préalable en simulation lors de l'apprentissage pré-clinique. Le passage sur patient doit tenir compte de deux nouvelles contraintes :

- Le patient n'est pas « indifférent » au soin, et ses réactions ne sont pas toujours prévisibles par l'étudiant. De plus, bien évidemment, l'environnement *in vivo* est très différent du modèle de simulation (douleur, annexes anatomiques, salive, sang, degré d'acceptation du soin par le patient...).
- Le geste chirurgical (ouverture d'une dent, incision muqueuse, cathétérisme canalaire, syndesmotomie...) ne saurait supporter l'approximation, ou une seconde tentative.

Le principe fondamental du soin pratiqué par l'étudiant, sous la responsabilité d'un praticien hospitalo-universitaire, est qu'il doit être réalisé à un niveau de qualité optimum. Il en va du respect de l'éthique professionnelle et de la charte d'éthique des facultés des sciences de la santé. Cela suppose un contrat clair entre l'étudiant et les responsables de la formation clinique.

Les bases de ce contrat sous-tendent les modalités d'évaluation des performances cliniques de l'étudiant en odontologie.

A partir de plusieurs modèles développés sur divers sites universitaires (Québec, Maroc, France), nous engagerons un débat sur cette question qui nous préoccupe tous. Nous espérons repartir après avoir mis en place un réseau de réflexion et de partage d'expériences centralisé sur un site dédié à cette problématique.

## Relations Formation Médicale Continue Evaluation des Pratiques Professionnelles

Communications affichées :

### FMC dans les Annales de Dermatologie : enquête de lectorat

**BONNETBLANC J.M.**

Comité de Rédaction des Annales de Dermatologie - Service de Dermatologie, CHRU Dupuytren, 2 av ML King, 87042 Limoges cedex

**But :** Les Annales de Dermatologie ont un double but scientifique et de formation professionnelle. Leur rôle dans la formation des dermatologues est mal connu. La FMC demande à être évalué, dans le contexte de l'EPP d'une revue.

**Méthodes :** Une enquête de lectorat menée en février 2006 portait sur la partie scientifique et la FMC. Un questionnaire a été envoyé par courrier à 2060 abonnés, particuliers et institutionnels.

**Résultats :** Le taux de réponse a été de 17%. La répartition activité privée/public des dermatologues ayant répondu à l'enquête était proche de celle des dermatologues en général. Les rubriques de FMC ont été jugées très intéressantes ou intéressantes pour la thérapeutique (98%), la clinique (97%), les cas pour diagnostic (96,5%), les actualités (96%), la question du mois (90%), les documents iconographiques (90%), la pharmacovigilance (87,5%), la chronique génomique (85,5%), les fiches d'éviction (83%), l'histopathologie cutanée (82%), la technique chirurgicale (73%).

La rubrique lue en premier était « le cas pour diagnostic » (45%). Les rubriques de thérapeutique, de clinique et « le cas pour diagnostic » étaient souhaitées plus fréquentes et également trouvées comme modifiant le plus les connaissances et les pratiques. D'autres rubriques en particulier d'aide à la pratique quotidienne étaient demandées. Quatre-vingt-deux pour cent des dermatologues consultaient les anciens numéros (sans précision sur la partie scientifique ou FMC).

**Discussion :** Le taux de réponse de 17% était plus important que celui des enquêtes antérieures ; il est élevé pour ce type d'enquête. Le questionnaire avait été travaillé par le Comité de rédaction avec des questions souhaitées motivantes, mais on peut aussi penser qu'il témoigne de l'intérêt des lecteurs pour la revue. La population qui a répondu reflète la répartition générale des dermatologues. La satisfaction des lecteurs concernant la FMC est globalement très bonne. Les rubriques les moins lues correspondent à des rubriques plus spécialisées. Si les rubriques de clinique et de thérapeutique étaient attendues dans les premiers rangs, la place du « cas pour diagnostic » et le fait qu'il soit lu en premier fait discuter la pertinence de sa modification récente en rubrique d'auto-évaluation [1]. Enfin dans la mesure où le taux de consultations des anciens numéros est élevé il est logique de considérer la FMC des Annales de Dermatologie comme satisfaisante et participant à la modification des pratiques des lecteurs dermatologues. Les Annales de Dermatologie est un journal valable pour l'EPP.

Réf. Bonnetblanc JM. Le cas pour diagnostic des Annales de Dermatologie : nouvelle structure d'un outil pédagogique. *Ann Dermatol Venereol* 2003 ;130 :1101-3

### Formation Médicale Continue Urgences au Vietnam. Bilan de dix ans de Coopération Inter-Universitaire

**O. ARMSTRONG<sup>1</sup>, L. PHUNG NAM<sup>2</sup>, T. NGUYEN<sup>3</sup>, P. MARTIN<sup>4</sup>, J.J. BERNATAS<sup>5</sup>, J.M. DESMONTS<sup>6</sup>**

1. Faculté de Médecine de Nantes ; 2. Faculté de Médecine d'Hanoï ; 3. Centre Universitaire de Formation (CUF) des professionnels de santé d'Ho Chi Minh Ville ; 4. CHR d'Orléans ; 5. Ambassade de France à Hanoï ; 6. Faculté de Médecine de Bichat, Président de COFORMED (Comité Formation Médicale) Vietnam.

Répondant à des besoins de santé publique et devant l'absence de formation aux urgences, une coopération a été instituée depuis dix ans avec la Faculté de Médecine d'Hanoï et le Centre Universitaire de Formation des professionnels de santé d'Ho Chi Minh Ville, sous forme de FMC à un niveau équivalent de la Capacité de médecine d'Urgence française. Avec l'appui logistique et financier du Ministère français des affaires Etrangères (MAE), toutes les provinces vietnamiennes sont intéressées ainsi que de nombreuses villes françaises. Cette formation a évolué vers un DIU validé par l'Université de Nantes.

L'enseignement est réalisé par cycle de deux ans, 3 modules par an. Chaque module est assuré par deux experts pendant deux semaines (une à Hanoï, l'autre à Ho Chi Minh Ville). Evaluation chaque année sous forme de QCM. Cette opération est évaluée régulièrement par l'Université de Nantes, COFORMED, le MAE, les Autorités Universitaires Vietnamiennes. Au total 271 médecins vietnamiens ont obtenu ce DIU Urgences.

Ce type de coopération inscrite dans la durée, bénéficiant d'appuis institutionnels au plus haut niveau, peut être considérée comme une FMC pionnière pouvant servir de modèle aux autres filières FFI (Faisant Fonction d'Internes) évoluant vers la mise en place de DIU (Anesthésie-Réanimation). La possibilité d'attribution de postes de FFI en France pour les meilleurs médecins vietnamiens francophones est un atout.

La reconnaissance de la formation urgences en tant que telle étant acquise, l'intégration officielle de ce DIU validé par l'Université de Nantes, dans le cursus vietnamien post-universitaire, constitue une étape innovante et majeure. La formation des urgences par les médecins vietnamiens eux-mêmes doit être l'étape de transition.

## L'étudiant maître de son apprentissage – Outils technologiques

### Communications orales :

#### TICE en Odontologie Pédiatrique. Le cours et son évaluation

**Jean Claude ROBERT**

Faculté d'Odontologie, Sylvie GERARD, Ingénieur en Pédagogie, CIRM, Université Rennes 1

L'objectif du cours dispensé pendant le premier semestre 2007-2008 aux étudiants de D2, première année clinique, reste l'acquis des connaissances nécessaires à un apprentissage clinique de chirurgien dentiste.

A Rennes, le Centre d'Ingénierie et de Ressources Multimédia (CIRM), met à disposition des enseignants un accompagnement, à la fois technique (formation à la plate-forme de téléformation Moodle, chaîne éditoriale « chainedit » pour les mises à jour de documents...) et surtout pédagogique (conception pédagogique d'un cours destiné à être enseigné en ligne), nécessaire à la réalisation de nos objectifs.

Le cours d'Odontologie Pédiatrique comporte 5 modules et est dispensé en bi-modalité : enseignements à distance conclus par 5 TD en présentiel pour valider les connaissances et permettre d'échanger sur les cas cliniques étudiés.

Chaque module comporte un cas clinique d'introduction, puis des éléments de cours avec beaucoup d'illustrations (photos, radios, vidéos), des QCM, des questions et des cas cliniques d'application. Certains des cas cliniques font l'objet de forums d'échange, d'autres sont à rendre au tuteur et sont repris en TD pour correction. Un tuteur guide 15 étudiants et reste disponible pour guider les parcours d'apprentissage. Chaque TD se termine par une nouvelle évaluation comptant pour 20% de la note finale du cours.

A l'issue du semestre, une évaluation est réalisée par le CIRM auprès des apprenants et des tuteurs. Les résultats sont les suivants :

- Formateurs : Le module tutoré remplace avantageusement l'UE classique. Les enseignants ont bien été formés à l'enseignement en ligne et à l'usage de la plate-forme de téléformation.

Les formateurs sont restés facilement accessibles, en particulier via le forum, et ont corrigé les activités dans les délais.

- Apprenants : Le contenu du module est amélioré par l'apport des médias (animations, bandes vidéo...). Le cours en ligne a répondu aux attentes (84,5%) et la plate-forme est facile d'utilisation. Les étudiants aimeraient renouveler l'expérience (78,79%).

La difficulté majeure est l'inégalité des moyens informatiques et des abonnements. Pour répondre au module, les étudiants ont utilisé un ordinateur à leur domicile (38,46%), chez leurs parents ou autres (48,72%), dans une salle de l'Université (20,51%). 5 étudiants sur 39 ont acheté un ordinateur et 20,51% se sont abonnés à l'ADSL.

Cette expérience est reprise par le collège des enseignants en Odontologie Pédiatrique qui s'est réunie au mois de mars pour mutualisation des cours et des cas cliniques et élaborer de nouveaux programmes. Elle constitue la base d'une évolution de la pédagogie dans les différentes facultés d'odontologie.

#### « Autoformation en ligne : expérimentation d'un module d'Histologie-Embryologie à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université ABDOU MOUMOUNI de Niamey »

**MOUMOUNI H.<sup>1</sup>, BODJRENOU A.J.<sup>2</sup>, KOUAWO A.<sup>3</sup>, DARBOUX R.<sup>4</sup>**

1 - Histo-Embryologie Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni, Niamey, Niger ; 2 - Université Virtuelle Africaine, Niamey ;  
3 - École des Cadres, Niamey ; 4 - Histo-Embryologie Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi ; Bénin

Nous avons expérimenté au sein de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Niamey un module d'Histologie-Embryologie sur l'estomac en autoformation en ligne et en enseignement magistral traditionnel. Un échantillon de 50 étudiants a été tiré au hasard des 462 étudiants de première année de médecine ayant reçu les cours d'histologie et d'embryologie générales. Un groupe expérimental de 25 étudiants a suivi le cours par autoformation en ligne, rendu accessible à partir d'un site web qui leur a été indiqué. Le second groupe de 25 étudiants, servant de groupe témoin, a suivi le cours en enseignement magistral traditionnel dispensé par l'enseignant habituel, concepteur du module.

A l'issue de cette expérimentation nous avons tiré certaines leçons notamment :

- La formation en ligne est réalisable à la FSS de Niamey, même avec les ressources actuelles : disponibilité d'une antenne V-SAT, de 2 salles informatiques totalisant 20 microordinateurs connectés, enseignants ayant suivi des stages de formation à la mise en ligne des cours, étudiants ayant les pré requis
- Les étudiants sont plus motivés lors de la formation en ligne que lors de formation traditionnelle
- Les étudiants ayant suivi l'autoformation en ligne ont enregistré les meilleures performances lors de l'évaluation unique réalisée simultanément pour les 2 groupes dans les conditions habituelles des évaluations à la FSS.

La prise en compte de ces résultats a conforté les autorités de la Faculté dans la perspective de développement de ce domaine de formation, avec création de partenariat en direction d'autres Facultés.

*Mots Clés :* Formation ouverte à distance/ Cours en ligne/ Cours magistral/Faculté des Sciences de la Santé Niamey, Histologie-Embryologie

## Intérêt de la technologie 3D pour l'enseignement de l'anatomie

**THIRIET P.<sup>1</sup>, HOYEK N.<sup>1</sup>, GUILLOT A.<sup>1</sup>, COLLET C.<sup>1</sup>, RASTELLO O.<sup>2</sup>, BIZOT F.<sup>2</sup> et BATIER C.<sup>2</sup>**

1 : CRIS ; 2 : Service PRACTICE - Université Lyon 1 - 69622 - Villeurbanne

Des études récentes concluent que l'enseignement de l'anatomie devrait s'organiser de façon différenciée et davantage intégrer une éducation au repérage spatial et à la rotation mentale. Dans cet objectif, l'université Lyon 1 réalise des animations 3D mises en ligne sur sa plate forme Spiral et sur le site de l'UMVF (*UV2S, nouveautés*).

Deux ans d'expérimentation démontrent que cette technologie permet une ingénierie pédagogique originale qui réduit considérablement les difficultés des apprenants insuffisamment préparés à recevoir le discours type de l'anatomie. Elle structure un enseignement à distance efficace. Technologie familière aux jeunes apprenants, elle constitue un puissant facteur de motivation.

La projection commentée d'animations destinées à un public non initié (étudiants en STAPS) met en évidence l'intérêt de la 3D :

- une aide majeure à la structuration de l'espace
- une pédagogie basée une construction mentale progressive : une comparaison simple détermine une image mentale simple, celle-ci étant progressivement complexifiée. L'élément anatomique se construit ainsi mentalement par un modelage sans rupture.
- une modalité de compréhension différente

Le scénario prend en compte les difficultés habituelles de l'apprenant. La projection image par image constitue un discours graphique qui peut se substituer au discours verbal durant une première phase d'apprentissage.

- une véritable « animation » de l'anatomie

La 3 D permet de reconstituer des « événements » anatomiques (mouvement, traumatisme) avec un degré de précision adapté au public: le rôle des éléments est montré avec un réalisme étonnant, les détails parasitant la compréhension sont éliminés. Elle met en évidence la logique de construction de notre squelette, de la physiologie de nos articulations, du déroulement de certains traumatismes ou de certaines techniques chirurgicales. Elle favorise l'intuition.

Dans ce cadre, la 3D peut constituer un moyen exceptionnel de vulgarisation de l'anatomie et, pour le praticien, d'aide à l'information des patients.

Un nouvel outil est présenté au cours des projections : il libère l'enseignant des contraintes de la souris de l'ordinateur et lui permet d'évoluer librement dans un amphithéâtre tout en animant des images 3D en temps réel.

## Méthodes pédagogiques utilisées en auto apprentissage de Biologie Cellulaire pour les étudiants de la Faculté de Médecine de Casablanca

**ABOUSSAOUIRA T.<sup>1</sup>, CHEHAB F.<sup>2</sup>**

1 : Laboratoire d'Histologie- Embryologie – Faculté de Médecine de Casablanca

2 : Service De Chirurgie Générale - CHU Ibnou Rochd – Casablanca

La Faculté de Médecine de Casablanca a lancé une expérience d'auto apprentissage en Biologie Cellulaire pour les étudiants de première année qui ont eu des séances d'auto apprentissage (n=5) à la place des séances de travaux dirigés. Le cours théorique a eu lieu en amphithéâtre pour toute la promotion (n=580) en utilisant le logiciel Mediamatic.

Pendant les séances d'auto apprentissage, une variété de matériel et méthodes pédagogiques a été utilisée dont l'analyse de banques d'images numérisées, l'analyse de vidéos thématiques recherchée pendant la séance sur le Web (ex : le fonctionnement de la cellule lors de l'extravasation des leucocytes), la résolution de cas pré cliniques permettant de mobiliser les acquis théoriques et de réaliser des recherches bibliographiques préliminaires sur la question (ex : caractéristiques de la membrane d'hémodialyse, mécanisme d'échange d'eau pendant la diarrhée, etc.), la réalisation de documents médias autour d'un thème (Diaporama, Portfolio) et finalement des autotests avec des QCS et des QCM avec et sans iconographie.

L'objectif de ces séances d'auto apprentissage avec une telle variété de matériel et méthodes pédagogiques est de :

- initier l'étudiant à l'auto apprentissage et au plaisir d'apprendre seul tout en le préparant à la formation continue (Life Long Learning)
- rendre ludique et agréable une discipline morphologique abstraite enseignée au premier semestre des études médicales
- aider l'étudiant à être maître de son apprentissage en sachant gérer la base de ses connaissances, les spécificités documentaires, le temps et l'espace d'apprentissage
- apprendre à l'étudiant à tester ses stratégies cognitives et à travailler en groupe.

Les résultats de cette expérience ont révélé un taux, significativement plus important, de présence et de participation à ces séances qu'à celles de travaux dirigés, une émulation entre les étudiants initiés aux TIC (Techniques d'Information et de Communication) et les adeptes des méthodes d'apprentissage classiques avec l'apparition d'éducateur pair dans le domaine et finalement un meilleur interface enseignant/enseigné. Les inconvénients sont d'une part le travail didactique de l'encadrant à convaincre et rassurer les réticents à tout changement et d'autre part la mauvaise gestion de l'évaluation sur ces séances d'auto apprentissage faute de recul surtout.

## Les choix de carrière professionnelle chez les étudiants en médecine : facteurs liés à l'intérêt pour la médecine générale.

*J. LADNER, F. ROUSSEL, A. FORET, J.F. GEHANNO, C. GIRAULT, O. MOUTERDE, J.L. HERMIL,  
A. LIARD, L. SIBERT, J. LECHEVALLIER.*

Commission Pédagogie et Evaluation, Bureau Pédagogique, UFR de Médecine, Rouen (France).

**Objectifs :** Etudier les choix de carrière professionnelle et identifier des facteurs liés au choix de la médecine générale (MG).

**Méthodes :** En 2006 et 2007, une étude transversale a été conduite chez les étudiants en DCEM 1. Les étudiants volontaires ont rempli un questionnaire sur leur choix de carrière, l'attractivité des filières et sur des facteurs liés à la pratique de la médecine générale (échelles de Lickert à 5 points).

**Résultats :** Au total, 195 étudiants (exhaustivité : 55%) ont été inclus (92 en 2006, 103 en 2007). Le sexe ratio H:F=0,37 ; l'âge moyen était de 20,8 ans. Soixante huit étudiants (34,9%) ont déclaré avoir fait un choix ferme de filière (21 la chirurgie, 16 la MG) ; 2/3 étudiants déclaraient attendre les stages hospitaliers pour faire leur choix. Pour ceux ci, les filières les plus attractives étaient les spécialités médicales (81,3% d'intérêt ou d'intérêt majeur), la pédiatrie (62,5%), la médecine générale (53,9%). Chez les étudiants ayant un intérêt ou un intérêt majeur pour la MG, comparativement (régression logistique) à ceux ayant peu ou aucun intérêt, étaient significativement associés: la qualité de la relation médecin patient ( $OR_a=41,0$  95% IC=4,9-110,1), la connaissance de l'exercice de la MG ( $OR_a=7,5$ , IC=1,2-44,3), la diversité des patients ( $OR_a=6,8$ , IC=1,9-25,3), l'exercice libéral ( $OR_a=5,1$ , IC=1,5-17,8), et la liberté d'installation ( $OR_a=3,6$ , IC=1,1-11,9). Aucune relation n'était trouvée avec le genre et la possibilité d'une éventuelle incitation financière. Trois quarts des étudiants estimaient leur connaissance de l'exercice de la MG faible ou moyenne ; 83,4% ont déclaré vouloir faire le stage en MG dans le second cycle.

**Conclusion :** Au début du 2<sup>ème</sup> cycle, un tiers des étudiants répondant à l'enquête déclare avoir déjà fait un choix de carrière, dont un quart en faveur de la MG, même si on ne sait pas encore dans quelle proportion ces choix se concrétiseront à l'ECN. La relation patient-médecin, la possibilité d'exercice libéral et la liberté d'installation sont des facteurs d'orientation vers une MG, encore largement méconnue. La généralisation du stage en MG au cours du 2<sup>ème</sup> cycle devait renforcer fortement l'attractivité de cette spécialité.

## Stage de Médecine Générale en 1<sup>er</sup> Master : quel impact sur la représentation qu'ont les étudiants des fonctions du Médecin Généraliste et sur leurs perspectives d'orientation ?

*Didier GIET – Valérie MASSART*

Département de Médecine Générale de l'Université de Liège (DUMG – ULg) - CHU Sart-Tilman B 23 - Avenue de l'Hôpital, 1 - 4000 Liège – Belgique  
[D.Giet@ulg.ac.be](mailto:D.Giet@ulg.ac.be) ; [V.Massart@chu.ulg.ac.be](mailto:V.Massart@chu.ulg.ac.be)

**Contexte :** Un enseignement d'introduction à la médecine générale (MG) est inscrit au programme de la 4<sup>ème</sup> année des études de médecine. Il est organisé en 3 étapes : (1) cours magistral relatif aux fonctions du médecin généraliste ; (2) stage de 3 demi-journées en duo d'étudiants chez un Maître de stage généraliste suivi de la rédaction d'un rapport selon un canevas formaté ; (3) séance de débriefing basée sur le vécu du stage confronté à la définition de la MG de la WONCA.

**But :** L'objectif du dispositif est de promouvoir la connaissance de la MG, de ses fonctions spécifiques dans le système de santé et de susciter des vocations chez les étudiants.

**Moyens :** Le rapport de stage fournit de nombreuses données. Par ailleurs, les étudiants complètent anonymement un pré-test et un post-test, respectivement avant et après avoir participé à l'ensemble du dispositif d'enseignement.

**Résultats :** Au pré-test, les étudiants perçoivent presque exclusivement le médecin généraliste comme ayant un rôle de référence aux spécialistes. Au post-test, l'éventail des fonctions du médecin généraliste s'élargit. Les étudiants lui attribuent une large gamme de fonctions spécifiques.

L'analyse des pré- et post-tests semble montrer un impact du dispositif sur les perspectives d'orientation des étudiants. Au terme du dispositif, le nombre d'étudiants qui envisagent de s'orienter ultérieurement vers la MG, sans exclure d'autres spécialités, a augmenté.

L'analyse des rapports montre que le stage a un effet supplémentaire inattendu : la rencontre avec des patients à leur domicile suscite chez beaucoup d'étudiants une intéressante réflexion sur l'importance d'un apprentissage ultérieur en matière de communication médecin - malade.

**Perspectives :** Les auteurs envisagent la mise en place d'un stage de MG en 5<sup>ème</sup> année visant une connaissance plus approfondie et diversifiée de la MG et de ses fonctions dans le système de soins. Ce stage aurait également comme objectif l'acquisition de compétences en communication médecin-malade.



## Les ePortfolios : un outil au service de l'auto apprentissage collaboratif pour le D.E.S. de médecine générale.

*JC SCHWARTZ, C GHASAROSSIAN, S GILBERG*

Département de médecine générale Faculté Paris Descartes

**Contexte :** Le DES de médecine générale doit permettre aux internes d'acquérir les compétences utiles à l'exercice de leurs missions. Pour atteindre cet objectif nous avons fait le choix d'une pédagogie constructiviste basée sur l'auto apprentissage en situation réelle. Afin d'attester de l'acquisition des compétences, les internes doivent produire des « traces d'apprentissage ». Le tutorat permet de les guider dans ce processus par des échanges permanents. Les internes colligent leurs travaux et leur parcours dans un portfolio support d'un apprentissage réflexif (Challis. Med Teach 99).

**But :** Exposer et échanger sur la mise en place d'un auto apprentissage collaboratif, présenter un outil pédagogique électronique configuré pour la relation duelle tuteurs et tutorés, et adapté aux échanges entre groupes.

**Méthode :** Présentation du « ePortfolio », espace en ligne, personnel, interactif et modulable, permettant à l'étudiant de documenter l'acquisition effective de ses compétences génériques résultant d'un apprentissage contextuel.

Echanges avec les participants à propos de l'apport pédagogique des nouvelles technologies informatiques et confrontation sur les différentes expériences.

**Résultats :** Le ePortfolio facilite le travail des enseignants. Les preuves d'apprentissage des tuteurés sont « traçables ». Tuteurs et tuteurés peuvent créer des groupes de travail : les informations sont échangeables. Les rencontres tutorales sont exposées et les personnes ressources identifiées.

Le ePortfolio permet une visualisation modulable de tous les éléments intégrés.

Les ePortfolios font partie intégrante de la plateforme de « blogs de la faculté » contenant la communauté « ePortfolio département de médecine générale ».

Cet outil électronique dynamise l'accompagnement des étudiants, en facilitant l'évaluation des compétences acquises, simplifiant ainsi l'organisation du département et la certification.

**Conclusion :** Le ePortfolio vise à développer la composante métacognitive de la compétence professionnelle et l'autonomie du futur professionnel dans sa démarche d'identification. Il sera le support numérique de sa certification.

## Consolidation de l'implantation du dossier d'apprentissage à Poitiers

*José GOMES, Jacques BERNAT, Célia BORNERT, Maud JOURDAIN, Thierry VALETTE, François BIRAULT, Bernard GAVID*

Département de Médecine Générale - Faculté de Médecine et de Pharmacie - Rue de la Milétrie - 86000 POITIERS

### Contexte

Dans le cadre de l'implantation de la pédagogie d'apprentissage et de l'évaluation de l'acquisition des compétences, le département de médecine générale de la faculté de médecine de Poitiers a instauré il y a 4 ans le tutorat et son outil le portfolio, devenu dossier d'apprentissage (DDA). Après quatre années de succès mitigé, les responsables ont voulu remotiver les enseignants comme les étudiants pour une bonne utilisation du DDA. Un atelier de trois heures a ainsi été élaboré et proposé à tous les enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) de la faculté.

### But

Harmoniser le niveau de tous les ECA concernant le contenu et les objectifs du DDA par une redéfinition de ces notions.

Redéfinir les exigences vis-à-vis des étudiants comme des enseignants.

Elaborer des critères d'évaluation du DDA, en vue de la validation du DES.

### Méthode

Un atelier de 3 heures a été élaboré au cours duquel les participants ECA travaillent en 2 sous-groupes : un premier sous groupe doit construire le contenu, pendant que l'autre élabore les éléments d'évaluation du DDA.

Un représentant du premier sous-groupe jouera ensuite, au cours d'un entretien simulant un entretien tuteur-tutoré, le rôle d'un interne alors qu'un représentant du deuxième sous-groupe jouera le rôle d'un ECA. Chacun devra tenir compte et mettre en avant les propositions de son sous-groupe.

Pendant le jeu, les participants auront à observer :

- l'abord des 11 compétences qui auront été décrites en début d'atelier,
- les outils d'acquisition de chaque compétence.

Enfin, après une phase d'échange, il est proposé un atelier pratique au cours duquel il sera possible d'expérimenter l'observation de la progression de l'interne, en utilisant les outils contenus dans le DDA.

### Résultats

Cet atelier n'a pas encore eu lieu au moment de l'écriture de cet abstract mais il est prévu une évaluation et un compte rendu du déroulement qui aura lieu lors de l'assemblée générale du collège d'enseignants de Poitiers, le 15 Mars 2008.

### Conclusion

La conviction de nécessité de succès de la démarche tutorale en 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale, passe par une harmonisation des pratiques d'enseignant des ECA concernant la gestion du dossier d'apprentissage. Une formation dédiée au DDA devrait permettre une amélioration des compétences d'enseignant.

## Logiciel de formation intégrée pour les internes de médecine générale

**IMBERT Patrick<sup>1</sup>, PISON Christophe<sup>2</sup>, PAGONIS Danie<sup>3</sup>, COUTURES Jean-Charles<sup>4</sup>,  
ESTURILLO Gérard<sup>5</sup>, JACQUET Jean-Pierre<sup>6</sup>**

1 - av du gal de gaulle F-38220 Vizille ; 2 - CHU de Grenoble BP 217F- 38043 Grenoble Cedex 9 ; 3 - BP 217 F-38043 Grenoble Cedex 9  
4 - rue docteur Mazet F- 38000 Grenoble ; 5 - r Louis Blanc Pinget F-73250 St Pierre d'Albigny ; 6 - immeuble croisée-bellevue F-73230 Saint jean d'arvey

La mise en place du DES de médecine générale, à l'instar des autres spécialités, a mis en évidence des spécificités propres à l'internat de médecine générale, dominé par deux problèmes majeurs :

- le grand nombre d'internes à former et évaluer, avec une grande dispersion géographique.
- l'absence de titulaires de la discipline, en charge de la formation, de l'évaluation et de la validation de ces internes.
- Pour aider à résoudre en petite partie ces problèmes, le département de médecine générale de l'UFR de Grenoble a développé un logiciel intégrant :
- les données administratives des internes, des stages, et des tuteurs.
- les différentes composantes de la formation pratique.
- les différentes composantes de l'enseignement théorique.
- un portfolio libre et thématique.
- une autoévaluation pour chaque interne.

Les responsables pédagogiques et administratifs sont en mesure de suivre la progression d'une classe et chaque interne en fonction des accès autorisés.

Les tuteurs sont capables de suivre et guider leurs tutorés.

Les procédures de validation des stages et leur évaluation sont automatisés.

Cet outil, pour chaque interne est disponible à partir de son bureau virtuel.

Au fur et à mesure de la mise en place de cet outil, facilement extrapolable à d'autres disciplines, et pouvant servir à d'autres UFR, les améliorations administratives, pédagogiques et fonctionnelles seront mises en place.

## Un modèle de transfert de connaissance en traitement de la douleur chronique à travers un site web

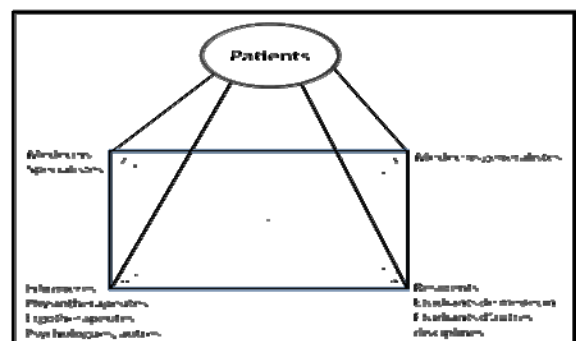
**Grisell VARGAS-SCHAFFER**

Clinique antidouleur Hôtel-Dieu, Centre hospitalier Université de Montréal. Canada

**Contexte:** Certaines informations en médecine ne peuvent être transférées que par la relation directe entre personnes. Cependant, avec les nouvelles ressources de communication, nous proposons que ce transfert soit acheminé à travers la création et l'organisation d'un modèle de site web pour promouvoir le transfert de connaissance en traitement et management de la douleur chronique.

**Méthode :** Nous proposons la création d'un site web qui relie tous les centres de recherche ou de traitement de la douleur chronique, affiliés à l'Université de Montréal. Ce modèle est développé sous la forme d'une pyramide avec cinq pôles qui est illustré ci-dessous, la base est une plateforme rectangulaire avec quatre pôles de transfert de connaissance. Il existe deux transferts horizontaux : entre les médecins spécialistes et les généralistes puis entre les résidents, les étudiantes en médecine et d'autres spécialités et les différents intervenants de santé comme physiothérapeutes, infirmières, psychologues etc. Il existe aussi un courant de transfert vertical et bilatéral entre les médecins et les étudiantes et les différents intervenants de santé, qui jouent un rôle important dans le traitement et management de la douleur. Cette plateforme de base est transférée et transformée en information au patient (cinquième pôle), car un patient informé est un patient qui pourra jouer un rôle plus actif dans le traitement de la douleur chronique. Le site Web

offre huit sections où les différents intervenants dans le traitement de la douleur et les patients peuvent avoir une participation active dans le transfert de connaissance dans le domaine de traitement de la douleur chronique.



**Conclusion :** Ce modèle de transfert de connaissance représente un moyen intéressant et dynamique avec des nouvelles approches d'apprentissage et enseignement dans le domaine de traitement de la douleur chronique.

## Étude de fidélité pour l'utilisation d'une nouvelle grille d'évaluation de sites de formation médicale sur Internet.

*POIRIER Diane, BLAIS Johanne, MÉGIE Marie-Françoise, LAMOUREUX Cristine*

Montréal, Canada

### Contexte

Depuis quelques années, plusieurs programmes de formation médicale ont vu le jour sur Internet. L'élaboration et la validation d'une grille s'avéraient une priorité pour les membres de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada (AMLFC) afin de permettre aux étudiants en médecine et aux professionnels de la santé une sélection de sites crédibles. Une grille a ainsi été élaborée fournissant les principaux critères pour évaluer la qualité de la formation médicale sur Internet.

### Objectifs

Développer puis évaluer la fidélité d'une grille d'évaluation de sites internet de formation médicale.

### Méthodologie

Une revue de la littérature pour l'évaluation des sites a été faite ainsi qu'une recherche auprès des différentes organisations en formation médicale. Suite à cette analyse, une grille d'évaluation de sites de formation médicale a d'abord été élaborée par des membres du comité de formation médicale continue de l'AMLFC. Cinq catégories principales ont permis de répartir les principaux critères de qualité retenus : 1-crédibilité, 2-contenu,

3-conception technique et mise en page, 4-interactivité et 5-éléments spécifiques aux modules de formation. L'addition des scores attribués à chaque critère permet d'attribuer un score global au site pour ainsi évaluer sa validité.

Dans un deuxième temps, la fidélité de la grille a été évaluée. Onze sites de formation sur Internet ont été choisis au hasard sur une trentaine de sites de formation médicale recensés. Ils ont été par la suite évalués par cinq observateurs différents: médecins, résidents ou étudiants en médecine. Des instructions ont été données aux observateurs pour l'utilisation de cette grille. Une fois les données disponibles, une mesure de la fidélité inter-observateur sera faite à partir du coefficient de corrélation de Spearman et pour chaque site évalué, la reproductivité des scores calculés sera comparée entre les observateurs.

### Conclusion

Cette nouvelle grille fournit à l'AMLFC et à la communauté médicale francophone internationale un outil fiable, fidèle et innovateur permettant d'évaluer les sites de formation médicale offerts sur le net. Cet outil facilitera le choix des apprenants qui doivent approfondir leurs connaissances et pourra permettre à certains organismes de formation médicale de valider leurs sites.

## Outils pour les étudiants en médecine pour la recherche documentaire : conception d'une formation évolutive, adaptée aux besoins et aux caractéristiques de la population étudiante.

*GODIN Véronique<sup>1</sup>, LANNERS Christine<sup>2</sup>*

1 - Unité de pédagogie médicale, UCL 7257 ; 2 - Bibliothèque de médecine

Université catholique de Louvain, Avenue Mounier, 50, 1200 Bruxelles - En collaboration avec l'Institut de Pédagogie universitaire et des Multimédias, UCL

La mise en route de la réforme « Bologne » (réforme « LMD ») en Communauté française de Belgique impose à tout étudiant de 2<sup>e</sup> cycle (« master ») de rédiger un travail personnel de 15 à 29 crédits. Cette exigence, nouvelle dans la formation médicale en Belgique, questionne la préparation de nos étudiants à une recherche d'informations, critique et de qualité.

Afin de documenter leurs besoins de formation en ce domaine, nous avons :

- analysé les pratiques des étudiants de 1<sup>re</sup> année mis en situation de recherche documentaire dans le cadre d'un de leurs cours
- conçu un questionnaire qui a été administré aux étudiants de 1<sup>re</sup>, 3<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années. Ses différents items ont tenté de caractériser notamment : les démarches de recherche effectivement utilisées dans différents contextes, les sources et les supports d'informations habituellement consultés, la connaissance des différentes étapes de la recherche documentaire.

En parallèle, nous avons interrogé les responsables du programme pour tenter de définir les objectifs d'une formation à différents moments-clés (début du 1<sup>er</sup> cycle, début du 2<sup>e</sup> cycle).

Une fois ces éléments rassemblés, nous avons conçu une formation en 3 modules :

- les deux premiers modules s'adressent aux étudiants de 1<sup>re</sup> année. Le premier s'appuie sur le « réflexe internet » des étudiants et aborde prioritairement les moyens d'évaluer la fiabilité de l'information trouvée sur le WEB. Le deuxième module introduit l'étudiant aux « autres sources d'information » du domaine médical : sur base des recommandations formulées par les enseignants, nous mettons l'emphase sur les « livres » (dictionnaires, encyclopédies, monographies...) et leur intérêt respectif.
- le 3<sup>e</sup> module s'adresse aux étudiants de 4<sup>e</sup> année (1<sup>re</sup> année du 2<sup>e</sup> cycle) et les familiarise avec les grandes bases de données médicales et la manière de conduire la recherche. Cette approche est intégrée à celle de l'Evidence-base medicine.

La finalisation des premiers travaux des étudiants, prévue en 2009, nous permettra de juger de la pertinence de la formation proposée.

## Evaluation par simulateur de l'application de deux procédures : prise en charge d'un traumatisme crânien grave (TCG) et arrêt cardio-respiratoire (ACR)

*JBEILI C., JABRE P., COIGNARD H., PENTIER C., LECARPENTIER E., MICHEL D., COMBES X., MARGENET A., MARTY J., BERTRAND C.*

Hôpital H. Mondor – Créteil

### Introduction :

Le recours au simulateur afin d'évaluer les pratiques médicales devient fréquent. Le but de l'étude était d'évaluer l'application de deux procédures internes « TCG » et « ACR » par les médecins (Ms) d'un service SAMU-SMUR.

### Matériel et Méthodes :

Un scénario alliant un TCG isolé se compliquant d'un ACR était présenté aux Ms du service sur simulateur SimMan (version 3.2). Le scénario enchaînait une anisocorie, une hypercapnie, des signes de réveil après intubation, une hypotension puis une tachycardie ventriculaire et passage en fibrillation ventriculaire suivie d'asystolie.

La procédure "TCG" validée dans le service préconise la mise en place d'un collier cervical, l'intubation oro-trachéale et la prise en charge des affections cérébrales secondaires d'origine systémique. La procédure « ACR » préconise la combinaison du massage cardiaque externe (MCE) et/ou choc électrique externe (CEE) et/ou injection d'adrénaline en fonction du tracé visualisé et selon les recommandations internationales. L'efficacité de la réanimation est contrôlée par la recherche de pouls.

### Résultats :

15 Ms tirés au sort ont été évalués. 12 Ms ont placé un collier cervical (80 %) et tous ont intubé le patient. L'anisocorie a été retrouvée par tous les Ms, 10 ont administré du Mannitol. Le contrôle de la température, de la glycémie capillaire et de l'hémoglobine a été évoqué par 10 Ms (66%), 8 Ms (53%) et 7 Ms (47%) respectivement. Tous les Ms ont traité l'hypotension et 12 connaissaient l'objectif tensionnel à atteindre (80%). La mesure de la capnie (EtCO<sub>2</sub>) a été faite par 14 Ms (93%) et corrigée par 13 (87%). 14 Ms ont adapté la sédation dès l'apparition de signe de réveil (93%) et 6 Ms ont utilisé des curares.

Lors de la survenue de l'ACR, le MCE, le CEE et l'injection d'adrénaline ont été réalisés par tous les Ms. La chronologie était inadaptée chez 10 Ms (66 %) : MCE retardé, absence de recherche immédiate de pouls, doses d'adrénaline non recommandées.

### Discussion :

Le simulateur permet d'évaluer l'application de protocoles entiers de prise en charge dans un contexte très proche de la réalité. Cette évaluation permettrait d'identifier les mises à jour nécessaires ainsi que les recyclages.

### Communications affichées :

## Un cahier d'auto-évaluation : nouvel outil métacognitif pour favoriser l'apprentissage d'une démarche de soins en urgence

*N. ASSEZ<sup>1,2</sup>, P. GOLDSTEIN<sup>1</sup>, R. GAGNAYRE<sup>2</sup>*

(1) Pôle de l'Urgence-SAMU-CHRU de LILLE, France ; (2) Laboratoire de Pédagogie des Sciences de la Santé (EA 3412) - UFR, Bobigny, Paris XIII, France

**Contexte :** La métacognition tente de conduire l'apprenant à expliciter le « comment je fais pour apprendre, comment je raisonne, comment je résous un problème ? ». Elle joue un rôle fondamental dans la planification et la gestion de l'apprentissage et permet pour le formateur de nouvelles stratégies d'enseignement, visant le transfert de la responsabilité de l'apprentissage à l'apprenant.

**But :** Aider l'étudiant à conscientiser et appréhender les mécanismes mentaux de son apprentissage afin qu'il soit en mesure de proposer des corrections pertinentes après un temps d'autoévaluation.

**Méthode :** En 2006, nous avons créé et testé un cahier d'autoévaluation de tâches à réaliser auprès de 4 groupes de 5 étudiants hospitaliers (D3, D4) durant leur stage de 3 mois au SAMU. Il est proposé à l'étudiant de se questionner avant (anticipation), pendant (analyse de l'action et des procédures) et après (rétrocontrôle) la réalisation d'une tâche à son arrivée (J1) puis chaque mois. Chaque étudiant est guidé par un tuteur, (praticien hospitalier urgentiste titulaire) dans l'entraînement à cette compétence métacognitive

**Résultats :** Le questionnement se présente ainsi :

- Avant : « J'anticipe et planifie mon rôle et mes actions à venir, quels sont mes besoins (matériels et humains) ? »
- Pendant : « Je me questionne sur les finalités des infos à transmettre, à qui, comment, quels mots utiliser, quelles attitudes adopter ? « Je juge mon questionnement, est-ce que je me pose les questions qui font avancer mon raisonnement et ma démarche auprès du patient ? »
- Après : « Je m'interroge sur mes échecs, cela n'a pas marché pourquoi ? que puis-je améliorer ? »

Nous proposons de tester la qualité pédagogique de cet outil durant l'année universitaire 2007/2008 : modalité d'utilisation du cahier, pertinence des autoévaluations et corrections, par rapport à l'opinion d'un expert urgentiste confirmé.

**Conclusions :** Le résultat escompté est de renforcer le professionnalisme de l'étudiant en l'aidant à expliciter la démarche de réalisation de la tâche par l'amélioration de sa compétence métacognitive

## Evaluation pédagogique des stages hospitaliers en ligne

*E. ITTI, S. MOUTEREAU, C. COPIE, M. PREVEL, G. DARGNIAT, P. CLAUDEPIERRE*

CHU Henri Mondor/Université P12, Créteil

**Contexte :** une grille d'évaluation est remplie lors de chaque séance de choix de stages hospitaliers par les étudiants afin d'améliorer leur prise en charge pédagogique. Cependant, le format papier des grilles les rend difficilement exploitables rapidement en raison d'un travail de saisie informatique.

**But :** Evaluer les premiers résultats d'une offre de saisie en ligne des grilles d'évaluation de stages sur le campus numérique de la Faculté.

**Méthode :** un formulaire XML a été créé, reprenant les items de la grille papier validée par la Commission de Pédagogie, contenant des menus déroulant (intitulés des services), des cases à cocher (appréciations de l'étudiant), une note finale et un cadre texte pour les commentaires éventuels. Le formulaire a ensuite été inséré dans une "activité" base de données du moteur Moodle. Des notes d'information ont été distribuées aux étudiants dans les dossiers d'inscription pendant l'été puis dans les panneaux d'affichage 8-15 jours avant la séance de choix des stages. Trois PC portables étaient également disponibles le jour du choix pour la saisie en ligne du formulaire XML par les étudiants ayant eu des difficultés à se connecter au campus numérique, ainsi que des grilles papier.

**Résultats :** sur 556 étudiants inscrits de DCEM1 à DCEM4, 124 (22%) ont rempli le formulaire XML en ligne avant ou pendant le jour du choix et 347 (62%) ont rempli une grille papier exploitable (soit 85% d'exhaustivité). Il était intéressant de noter que les proportions XML/papier étaient de 68%/32% pour les DCEM1 qui ont vu naître le campus numérique en sept. 2006, alors qu'elles n'étaient que de 10%/90% pour les années supérieures qui utilisent le site de l'association des Etudiants en Médecine de Créteil (EMC) depuis de nombreuses années. Concernant les 159 DCEM1, les 89 formulaires XML étaient tous correctement remplis et directement exploitables dans Excel, alors que parmi les 41 grilles papier, le libellé du service était non renseigné ou ambigu dans 8 cas, les grilles présentaient de fréquentes ratures ou cases cochées à tort.

**Conclusion :** la saisie en ligne des grilles d'évaluation permet une exploitation rapide et fiable des données mais nécessite une incitation plus importante des étudiants à se connecter, qui se fera en leur fournissant rapidement un retour sur leurs évaluations.

## Les techniques d'évaluation et de formation française et canadienne en médecine d'urgence préhospitalière sont-elles transposables et comparables ?

*JBEILI C., COIGNARD H., JABRE P., PENTIER C., LECARPENTIER E., BLANC V., HODGES B.,  
SEGOUIN C., MARTY J., BERTRAND C.*

Hôpital H. Mondor – France et Wilson Centre for Research in Education - Canada

### Introduction :

Des centres de simulation multidisciplinaire dont le rôle pédagogique est prouvé sont créés au Canada. Nous désirons suivre cet exemple et travaillons sur des scénarii dans le domaine de la régulation médicale et des pratiques gestuelles en urgence. Nous sommes confrontés à l'impossibilité de transposer l'expérience canadienne et d'utiliser les algorithmes existants en particulier dans le milieu de la médecine d'urgence préhospitalière.

L'objectif de ce travail est de montrer ces difficultés à partir de quelques exemples.

### Méthode :

Les scénarii français de procédures gestuelles sont réalisés sur simulateur SimMan et s'adressent à des équipes SMUR composées de médecin, d'infirmier (parfois spécialisé) et d'ambulancier alors que les équipes canadiennes sont composées essentiellement de paramedics. Les scénarii de régulation sont réalisés par des acteurs (patient standardisé) et s'adressent à des médecins.

La procédure d'intubation difficile et la régulation d'une douleur thoracique ont été évaluées.

### Résultats :

L'interrogatoire et l'examen physique sont similaires pour les deux équipes. L'intubation avec induction à séquence rapide est la méthode recommandée dans les deux systèmes pour les patients avec activité cardiaque spontanée. Par contre, en cas de difficulté d'intubation, le médecin français a souvent recours au mandrin d'Eschmann et au masque laryngé Fastrach. Si la ventilation est impossible, la cricothyrotomie ou l'intubation rétrograde sont utilisées. Dans le système canadien, le recours au combitube est fréquemment recommandé suivi de la cricothyrotomie en cas d'échec.

En ce qui concerne la régulation, les algorithmes canadiens (questionnement stéréotypé) ne sont pas applicables en France où le questionnement suit un raisonnement la plupart du temps sous forme de stratégie non analytique.

### Conclusion :

Les systèmes de soins français et canadien ne sont pas superposables. Dans le cadre des échanges internationaux et de la certification des médecins, il faudra prendre en compte ces différences et construire des grilles d'évaluation tenant compte de la spécificité de chaque système de soins.

## Logistique de l'installation d'une pratique en médecine générale. Des pratiques virtuelles pour limiter leur échec.

*VANWELDE Carl, PESTIAUX Dominique*

5360, Tour Pasteur - avenue E. Mounier, 53 - 1200 Bruxelles (Belgique)

L'échec d'une installation de pratique en médecine générale est lourd de conséquences pour le jeune praticien, et ne saurait être imputé à la simple inadéquation entre une offre et une demande. De nombreux paramètres humains et matériels conditionnent la réussite de pareil projet, auxquels les étudiants en médecine ne sont pas toujours préparés.

Une formation spécifique à la Logistique de l'installation d'une pratique en médecine générale a été mise en place depuis une dizaine d'années en faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain (Centre Académique de Médecine Générale) afin de guider les étudiants au terme de leur parcours de formation dans une démarche interactive d'élaboration d'une pratique virtuelle aussi adaptée que possible à leur personnalité et à leurs objectifs de carrière. Diverses formes de pratiques adaptées aux exigences contemporaines de qualité et de satisfaction personnelle leur sont présentées par une série d'intervenants sélectionnés pour leur compétence. Un cycle de formations spécialisées en comptabilité, fiscalité, finances, architecture de cabinet, assurances, informatique et gestion des données médicales complète cette initiative qui se termine par une présentation des divers projets virtuels élaborés devant un jury.

Le succès de cette initiative se mesure tant dans l'appréciation des participants que dans la réussite ultérieure d'un grand nombre de ces projets virtuels menés à terme quelques années plus tard.

## Evaluation à l'aide d'un simulateur de l'application de la procédure d'intubation difficile préhospitalière

*JABRE P., JBEILI C., COIGNARD H., LECARPENTIER E., PENTIER C., MICHEL D., COMBES X.,  
MARGENET A., MARTY J., BERTRAND C.*

Hôpital H. Mondor - Créteil

### Introduction :

Le recours au simulateur afin d'évaluer les pratiques médicales est une méthode pédagogique de plus en plus utilisée. Le but de cette étude était d'évaluer l'application par les médecins du service de la procédure interne « intubation difficile préhospitalière ».

### Matériel et méthodes:

Un scénario d'intubation difficile sur patient ventilable au masque (simulateur SimMan version 2.2) était présenté aux médecins du service, avec à disposition tout le matériel habituel d'intervention du SMUR. L'algorithme du scénario permettait de simuler une désaturation progressive au bout de 2 minutes de non ventilation et un arrêt cardiaque hypoxique au bout de 5 minutes.

La procédure « intubation difficile préhospitalière » validée dans le service préconise le passage après 2 laryngoscopies difficiles et en cas de ventilation possible, aux petits moyens (BURP, pression laryngée, position de Jackson). En cas d'échec, la procédure recommandait l'usage du mandrin d'Eschmann puis du Masque Laryngé d'Intubation Fastrach. Une demande de renfort « médecin » était prévue simultanément à l'usage de la bougie.

### Résultats :

Vingt médecins du service tirés au sort ont été évalués ; 6 ont parfaitement appliqué la procédure. La préoxygénation, l'induction et la ventilation au masque étaient maîtrisées par la totalité des médecins. Le nombre médian de laryngoscopies était de 2,5 (extrêmes 2-4). Les 20 médecins ont eu recours au mandrin d'Eschmann puis au Fastrach avec lequel l'intubation a été possible. L'appel de renfort « médecin » a été omis par 10 médecins. Une désaturation importante a été notée dans 7 cas, mais aucun passage en arrêt cardiaque n'a été observé. Des fractures dentaires ont été relevées dans 9 cas.

### Discussion :

Le simulateur est un bon moyen pour évaluer l'application par les médecins des procédures internes du service. Cette évaluation permettrait d'identifier les mises à jour nécessaires et la fréquence des recyclages. De plus, l'usage du simulateur permet le rappel de gestes essentiels rarement pratiqués en situation réelle.

## Evaluation de l'utilisation du masque laryngé Fastrach en situation proche de la réalité à l'aide du simulateur

*JABRE P., COIGNARD H., JBEILI C., PENTIER C., MICHEL D., LECARPENTIER E., COMBES X., MARGENETA., MARTY J., BERTRAND C.*

Hôpital H. Mondor - Créteil

### Introduction :

Le simulateur est de plus en plus utilisé pour évaluer les techniques et gestes d'urgences dans un contexte très proche de la réalité. Le but de cette étude était d'évaluer à l'aide du simulateur l'utilisation du masque laryngé Fastrach par les médecins d'un service SAMU-SMUR.

### Matériel et méthodes :

Tous les médecins du service avaient été formés à l'utilisation du masque laryngé Fastrach lors de son introduction dans la dotation des Unités Mobiles Hospitalière (UMH). Ils ont bénéficié d'un recyclage 6 mois plus tard. La formation initiale et le recyclage se sont basés sur une répétition gestuelle après démonstration sur mannequin simple.

Un scénario d'intubation difficile sur simulateur (SimMan version 2.2) était présenté aux médecins du service, avec à disposition le matériel habituel d'intervention du SMUR (masque laryngé Fastrach inclus). Le simulateur était configuré pour rendre toute intubation classique ou aidée par mandrin (Eschmann ou rigide) impossible. L'algorithme du scénario permettait de simuler une désaturation progressive au bout de 2 minutes de non ventilation et un arrêt cardiaque hypoxique au bout de 5 minutes.

### Résultats :

Tous les médecins évalués (n=20) ont réussi l'intubation à travers le masque laryngé Fastrach. Cependant, la préparation et la pose du Fastrach étaient correctes d'emblée chez 12 médecins, et la ventilation du patient à travers le masque laryngé Fastrach avant intubation n'a été tentée que par 11 médecins. Une désaturation importante a été notée dans 7 cas mais aucun passage en arrêt cardiaque hypoxique n'a été relevé. Une mise au point individuelle avait lieu avec chaque médecin après sa prestation.

### Discussion :

L'usage du simulateur permet d'évaluer des gestes et techniques d'urgences dans un contexte proche de la réalité. Ceci permet d'évaluer et d'ajuster la formation initiale, et de plus sert d'entraînement pour des gestes peu pratiqués en réalité.

## Mise en ligne d'un cours de médecine générale sur Claroline

*Julien PIÉRART<sup>1</sup>, Carl VANWELDE<sup>2</sup>, Dominique PESTIAUX<sup>3</sup>*

1 - Chercheur à l'Unité d'Anthropologie et de Sociologie, ANSO-UCL, Université Catholique de Louvain, Place Montesquieu, 1, 1348- Louvain-la-Neuve. Belgique

2 - Professeur au Centre Académique de Médecine Générale, CAMG-UCL, Université Catholique de Louvain, Tour Pasteur, UCL 5360, Avenue E.Mounier, 53, 1200- Bruxelles. Belgique

3 - Professeur Responsable du Centre Académique de Médecine Générale, CAMG-UCL, Université Catholique de Louvain, Tour Pasteur, UCL 5360, Avenue E.Mounier, 53, 1200- Bruxelles. Belgique

**Contexte :** Mise en place d'un cours d'introduction à la médecine générale en ligne via l'utilisation innovante d'une plate-forme de formation à distance de l'UCL (Class Rooms On Line primée par l'UNESCO en 2007).

**But :** Les objectifs spécifiques liés à l'enseignement à distance visent une intégration des NTICs qui dépasse le stade du simple support d'information en favorisant l'interactivité et la production en ligne. Ceci afin de permettre l'acquisition des connaissances nécessaires aux fonctions du médecin généraliste : pratiquer une démarche clinique centrée sur le patient; acquérir les compétences utiles à la résolution de problèmes complexes; intégrer la dimension familiale de la pratique ; comprendre les dimensions de globalité, continuité, intégration; apprendre le travail interdisciplinaire; s'initier aux principes de l'EBM; comprendre le recours des patients aux médecines complémentaires en utilisant une démarche épistémologique.

**Méthode :** L'utilisation de la vidéo permet de dresser le portrait d'une famille virtuelle élargie. Au départ de ces cas inspirés de la réalité, l'apprentissage des fonctions du médecin généraliste se fait de façon individuelle (parcours pédagogiques en ligne) et collaborative (des équipes d'étudiants présentent leurs travaux et interagissent sur des forums).

**Résultats :** Avancées pédagogiques en matière d'interactions, d'activités d'apprentissage et de productions académiques; enthousiasme des étudiants et des enseignants; impact possible sur leurs choix de carrière.

**Conclusion :** Il reste des réticences à lever pour motiver étudiants et collègues à cette forme d'apprentissage en ligne de la médecine générale : lourdeur du processus à mettre en place et à suivre au fil du temps; apprentissage collaboratif dans un contexte de compétition aux points et grades pour l'accès aux spécialisations; abandon progressif de cours magistraux; implication large des étudiants dans l'élaboration du contenu des cours.

## Opinions des étudiants de médecine sur l'enseignement de l'anatomie en 1<sup>ère</sup> Année

*MAHDADI S<sup>1</sup>, SAADI K<sup>1</sup>, HAMADOUCHE A<sup>1</sup>, BELHADJ I<sup>1</sup>, DANONE A<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Faculté de médecine de Sétif, Algérie. <sup>2</sup> Faculté de médecine d'Annaba, Algérie.

Le programme des études médicales en Algérie a été prolongé d'une année à partir de 2000 2001. L'ancien programme de 1<sup>ère</sup> année comprenait les modules suivants : Physique, Chimie, Mathématique, cytologie, Histologie, et Embryologie.

Dans le but de médicaliser la 1<sup>ère</sup> année et de décompresser le programme de 2<sup>ème</sup> année, l'enseignement du module d'anatomie a été intégré en 1<sup>ère</sup> année dès la rentrée 2000 2001.

Les étudiants de la promotion 2000 2001 sont actuellement en 1<sup>ère</sup> année de résidanat (Internat). Un questionnaire de 40 items a été distribué aux étudiants de différents niveaux depuis la 1<sup>ère</sup> année jusqu'à la septième année (40 étudiants par année).

Il comporte essentiellement trois grandes parties :

1. Les difficultés liées à l'apprentissage du module d'Anatomie.
2. Evaluation sur certains nombre de QCM et QROC.
3. Suggestions et propositions.

L'exploitation de celui-ci va nous permettre d'énumérer les difficultés rencontrées ainsi que les suggestions pour permettre de ramener aux améliorations nécessaires.



## Compétences de l'étudiant Apprentissage du raisonnement et de la décision

Communications orales :

### Modes de raisonnement des sages-femmes en situation clinique. Proposition d'un protocole de recherche

**Anne DEMEESTER, Odile THUILIER**

Ecole de Sages-femmes de Marseille - Faculté de Médecine Nord - Bd Pierre Dramard - 13 916 Marseille cedex 20 - [anne.demeester@ap-hm.fr](mailto:anne.demeester@ap-hm.fr)

**Contexte :** Les sages-femmes, professionnelles de la naissance, développent un raisonnement propre à l'exercice de l'art médical, appelé raisonnement clinique (RC). Les résultats d'une précédente étude sur l'évaluation des processus de RC des étudiants sages-femmes par le Test de Concordance de Script, conduisent à avancer l'hypothèse que les sages-femmes pourraient recourir à d'autres modes de raisonnement que le raisonnement hypothético-déductif. Quels sont alors les processus inférentiels produits par ces professionnels en situations ordinaires ? Ces processus varient-ils d'une sage-femme à l'autre, et selon quelles variables individuelles ? Existe-t-il un lien de dépendance entre ces processus et la nature des situations rencontrées ?

**Finalité :** Améliorer la compréhension sur les manières de penser et d'agir des sages-femmes en situation clinique, dans le but de reconsidérer les pratiques de formation et d'évaluation du raisonnement clinique dans la filière maïeutique.

**Méthode :** L'auteur propose un protocole visant à mettre en évidence différents modes de raisonnements utilisés par des sages-femmes praticiennes, et de rechercher l'existence de corrélations entre modes de raisonnement, variables individuelles et situations cliniques contrastées. La méthode retenue de recherche est la méthode différentielle.

**Résultats :** L'étude consiste en une approche exploratoire qui demanderait d'être étendue ensuite à un plus grand nombre de sujets. Cette première étape a permis :

- de tester et réguler le dispositif de recherche et d'en identifier les limites,
- de montrer chez les 22 sujets interrogés : le polymorphisme de leur raisonnement, une tendance à utiliser certains modes de raisonnement face à certaines situations cliniques, ainsi que l'association de processus inférentiels.

**Conclusion :** Au delà des recommandations qui nous incitent déjà à développer et évaluer le raisonnement hypothético-déductif en formation médicale initiale, il serait intéressant d'entraîner les futurs sages-femmes à d'autres modes de raisonnement utiles, en les confrontant à des situations cliniques variées, réelles ou simulées.

**Mots clés :** raisonnement clinique - sages-femmes – modes de raisonnement – situations cliniques

### Comparaison des connaissances déclaratives et des connaissances d'action chez des étudiants en 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années des études médicales.

**POTTIER P.<sup>1,2</sup>, PISTORIUS M.A.<sup>1</sup>, BARRIER J.H.<sup>1,2</sup>, CONNAULT J.<sup>1</sup>, ROGEZ J.M.<sup>3</sup>, PLANCHON B.<sup>1,3</sup>**

1) Service de Médecine Interne A. Hôtel Dieu. C.H.U. Nantes. 44093 Nantes Cedex 1. 2) Département de développement pédagogique. Faculté de Médecine de Nantes. 1 rue Gaston Veil. 44000 Nantes. 3) Décanat. Faculté de Médecine de Nantes. 1 rue Gaston Veil. 44000 Nantes

**Objectif :** Nous avons comparé les connaissances déclaratives et d'action chez les étudiants en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année des études médicales dans le but d'évaluer l'évolution des connaissances au cours du deuxième cycle du curriculum.

**Méthodes :** Nous avons utilisé 2 séries de 10 questions à réponses ouvertes et courtes (QROC) pour évaluer les connaissances déclaratives et une épreuve de résolution de problèmes simulés par écrit pour évaluer les connaissances d'action (procédurales et conditionnelles). Deux thèmes (douleur thoracique et ischémie d'un membre inférieur) de l'épreuve classante nationale (ECN) traités au cours de la 4<sup>ème</sup> année ont été sélectionnés par tirage au sort. Les cours théoriques sur ces deux thèmes ont été les mêmes pour les deux promotions. 4 scores sur 100 ont ainsi été obtenus pour les deux promotions (le total des 10 QROC et le score au problème clinique pour chaque thème). Une double correction a été réalisée pour l'un des 4 scores.

**Résultats :** 116 étudiants en 5<sup>ème</sup> année sur 139 et 112 étudiants en 6<sup>ème</sup> année sur 136 ont participé à cette évaluation. La procédure de correction était satisfaisante (coefficient de corrélation à 0,92, test de Pearson). Les coefficients de cohérence interne (Cronback) étaient satisfaisants pour les épreuves de résolution de problèmes écrits simulés (0,6 et 0,7) mais pas pour les QROC (0,46 et 0,54). Les étudiants en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année ont obtenu des scores similaires mais bas aux QROC (43,6 vs 46,6 ;  $p>0,05$  pour le thème 1, 33,3 vs 36 ;  $p>0,05$  pour le thème 2). Les étudiants de 6<sup>ème</sup> année ont démontré de meilleures performances à résoudre les problèmes pour les deux thèmes (46,7 vs 39,6 ;  $p<0,001$  pour le thème 1, 56,7 vs 50,5 ;  $p<0,001$  pour le thème 2).

**Conclusion :** Nous avons observé une amélioration spontanée des connaissances d'action entre la 5<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> année (en l'absence de cours théoriques supplémentaires) et pour des connaissances déclaratives égales et relativement faibles par ailleurs. Ce résultat pourrait être expliqué par la différence d'expérience (les étudiants en 6<sup>ème</sup> année ont bénéficié d'une année de stages pratiques supplémentaire) et par la répétition de séances d'entraînement à la résolution de problème dont bénéficient nos étudiants de la 4<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année.

**Mots-clés :** apprentissage par problème, connaissances déclaratives, connaissances d'action, questions à réponses ouvertes et courtes, résolution de problème.

## Impact de différentes méthodes d'enseignement sur l'approche et les stratégies d'apprentissages, les stratégies de résolution de problèmes et les performances d'étudiants en 4<sup>e</sup> année de Médecine dans une Faculté Française.

**P. POTTIER<sup>1,2</sup>, P. DERKINDEREN<sup>3</sup>, J. BARRIER<sup>1,2</sup>, M SEVIN<sup>3</sup>, JM ROGEZ<sup>4</sup>, B. PLANCHON<sup>1,4</sup>**

1) Service de Médecine Interne A. Hôtel Dieu. C.H.U. Nantes. 44093 Nantes Cedex 1. 2) Département de développement pédagogique. Faculté de Médecine de Nantes. 1 rue Gaston Veil. 44000 Nantes. 3) Service de Neurologie. Hôpital Guillaume et René Laennec. CHU de Nantes. Boulevard Jacques Monod. 44093 Nantes Cedex 1 4. Décanat. Faculté de Médecine de Nantes. 1 rue Gaston Veil. 44000 Nantes

**Objectifs :** Les séances d'apprentissage basées sur les problèmes (ABP) deviennent difficiles à maintenir en petits groupes avec l'augmentation du *numerus clausus* imposée par la législation française. Avant d'envisager d'autres alternatives pédagogiques compatibles avec les principes de l'ABP, nous avons réalisé une étude prospective chez des étudiants en 4<sup>ème</sup> année de médecine pour 1) évaluer les approches d'apprentissage (profondeur et surface) et les stratégies d'apprentissage (SA) et de résolution de problème (SRP), 2) étudier l'impact de différentes modalités d'enseignement sur leurs comportements d'apprentissage et leur performance à résoudre un problème.

**Méthodes :** Pour le thème d'apprentissage «épilepsie», les étudiants ont été randomisés en 3 groupes : petit groupe, cours magistral et auto-apprentissage. L'approche d'apprentissage a été évaluée par le questionnaire de Biggs. Les SA et SRP ont été évaluées par deux questionnaires construits d'après les récentes données de la littérature. Les performances à résoudre un problème ont été évaluées au cours d'une séance pendant laquelle les étudiants devaient résoudre deux problèmes cliniques d'épilepsie simulés par écrit.

**Résultats :** sur une promotion de 145 étudiants, 131 ont répondu aux questionnaires sur l'approche d'apprentissage et les SA, 129 se sont soumis à l'épreuve de résolution de problèmes et 121 ont ensuite répondu au questionnaire sur les SRP. Le comportement des étudiants en terme d'approche d'apprentissage et de SA n'est influencé par aucune des trois modalités d'enseignement. L'approche d'apprentissage en profondeur prédomine. Les SA métacognitives sont déjà développées en 4<sup>ème</sup> année. Les SRP sont sous-utilisées qu'elles soient analytiques ou non-analytiques. Les performances à résoudre un problème ont été identiques dans les trois groupes.

**Conclusion :** La prédominance d'une approche d'apprentissage en profondeur, le développement précoce de SA de haut niveau, la carence de mise en œuvre de stratégies analytiques de résolution de problème et l'absence d'influence du format d'enseignement sur les performances à résoudre un problème nous font envisager la généralisation de l'auto-apprentissage encadré par des séances d'entraînement au raisonnement médical.

**Mots clés :** Apprentissage basé sur les problèmes, stratégies de résolution de problème, stratégies d'apprentissage, approche d'apprentissage.

## Maturation du raisonnement clinique et des connaissances factuelles au cours des études médicales, et transfert à des situations inédites.

**A. COLLARD, S. GELAES, S. VANBELLE, S. BREDART, J.O. DEFRAIGNE, J. BONIVER, et J.P. BOURGUIGNON**

Université de Liège, Faculté de Médecine, 13 Av. de l'hôpital (B23), 4000 Liège, Belgique. Tel : 32 4 3665924. [acollard@ulq.ac.be](mailto:acollard@ulq.ac.be)

### Contexte et objectif:

L'acquisition de connaissances et le développement du raisonnement clinique constituent des objectifs majeurs de la formation médicale. Depuis 2000, la Faculté de Médecine de L'Université de Liège a introduit des séminaires d'Apprentissages par Problèmes tout au long de son curriculum de formation (7 ans). L'objectif de cette recherche est d'évaluer la maturation du raisonnement clinique et la capacité de transfert à de nouvelles situations par comparaison à l'évolution des connaissances factuelles, dans un curriculum privilégiant la contextualisation des apprentissages (à partir de vignettes cliniques).

### Méthodologie:

Un test de connaissances factuelles (Vrai/Faux) et un test de raisonnement clinique (Test de Concordance de Scripts) ont été administrés à 104 étudiants (de la 3<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année) et à un panel de référents. Le Test de Concordance de Scripts (TCS) a été adapté en créant 2 séries de questions: une série portant sur des situations cliniques similaires à celles de l'apprentissage et une série portant sur des situations inédites. Le domaine de recherche choisi était l'endocrinologie.

### Résultats et Conclusion:

La maturation au cours du curriculum est associée à un accroissement des performances au TCS et à une diminution des performances au test de connaissances factuelles. Une corrélation positive entre les performances aux 2 tests est observée uniquement pour les étudiants plus jeunes (3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> années). La différence entre les performances au TCS en contexte d'apprentissage versus en contexte inédit ne change pas en fonction du niveau d'étude, ce qui suggère une capacité de transfert présente dès le début de la formation APP. Contrairement à nos attentes, le score aux questions TCS portant sur des situations inédites était supérieur à celui obtenu pour des situations similaires à celles de l'apprentissage. Ces résultats suggèrent qu'un contexte nouveau et/ou plus plausible pourraient activer davantage le raisonnement.

## Test de Concordance de Script (TCS) : étude pilote au Liban

Fady HADDAD, Dany GASPARD, **Elie NEMR**, Simon ABOU-JAOUDE, Marwan NASR

Faculté de Médecine, Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban

### Introduction :

Le Test de Concordance de Script (TCS) est une nouvelle méthode utilisée actuellement dans l'évaluation du raisonnement clinique, qui est une composante essentielle de la compétence médicale globale. Notre étude a pour but de vérifier la validité de cette propriété du TCS et de le comparer à une autre méthode d'évaluation utilisée en médecine : Les Questions à Choix Multiples (QCM).

### Matériel et Méthodes :

Un questionnaire a été construit selon la méthode TCS. Il comportait 13 cas de médecine interne, au total 29 questions et 120 sous-parties. Il a été complété par deux groupes de candidats : les internes de sixième année de médecine et les résidents du tronçon commun de médecine interne de l'Université Saint-Joseph.

Dans la première partie de l'étude, une comparaison a été faite entre les résultats des internes (n=25) et ceux des résidents de première année (n=21) par un test de Student. La fiabilité du test a été mesurée par la mesure du coefficient Alpha de Cronbach.

Dans la deuxième partie de l'étude, un test de corrélation linéaire a été utilisé pour comparer les résultats du TCS avec ceux du test à base de QCM (in training exam).

### Résultats :

La moyenne obtenue par les internes était de 57.86/100, celle des résidents était de 62.12/100. La différence était significative entre les 2 groupes ( $p=0.0153$ )

L'indice Alpha de Cronbach était de 0.69 pour l'ensemble de l'étude.

Il n'y a pas eu de corrélation entre le TCS et le test à base de QCM.

### Conclusion :

Les résultats de notre étude suggèrent que le TCS est un bon outil d'évaluation du raisonnement clinique en médecine interne permettant de discriminer les candidats selon leur niveau d'expertise.

L'absence de corrélation entre TCS et QCM montre que ces 2 tests ne sont pas identiques, mais plutôt complémentaires dans une évaluation globale de la compétence médicale.

## Le Test de Concordance de Script (TCS) est-il un bon outil d'évaluation du raisonnement clinique à l'externat ? Expérience de l'Université de Montréal en Obstétrique-Gynécologie

MONNIER P., BÉDARD MJ, GAGNON R, KAZI-TANI D, SANSREGRET A., ASSELIN G., JEAN C., **CHARLIN B.**

Département d'Obstétrique-Gynécologie et Centre de Pédagogie Appliquée Aux Sciences de la Santé (CPASS), Faculté de Médecine, Université de Montréal, Québec, Canada.

**Contexte :** Il est difficile d'évaluer le raisonnement clinique dans le cursus de l'étudiant en médecine. Plusieurs outils ont été proposés sans atteindre parfaitement l'objectif visé. Le TCS est un outil novateur d'évaluation du raisonnement clinique utilisé pour évaluer des tâches cliniques authentiques présentées en contexte d'incertitude.

**Buts :** Déterminer si le niveau d'apprentissage des externes est adéquat pour une évaluation par TCS. Évaluer l'intérêt d'introduire ce type d'évaluation formative et/ou normative à l'externat.

**Méthode :** Création d'un TCS de 27 vignettes cliniques et 82 questions (environ 3 questions par vignette). Ce test a été administré sous forme papier-crayon pour les externes (3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> années du curriculum) à la fin de leur stage en obstétrique-gynécologie, et en ligne pour les membres du panel d'experts (cliniciens enseignants en obstétrique-gynécologie de l'Université de Montréal).

**Résultats :** Soixante-neuf étudiants ont répondu à l'ensemble du TCS ainsi que 15 experts. Le temps moyen de réalisation du test pour les étudiants (incluant lecture et signature du consentement et deux vignettes supplémentaires à titre d'exemple) a été de  $63 \pm 20$  minutes et le temps de connexion des experts de  $42 \pm 8$  minutes. Après optimisation du test, le coefficient de Cronbach est de 0.77. Le score moyen des étudiants est de  $31.83 \pm 5.49$  (13.09 – 41.63). L'année d'externat n'influence pas significativement les résultats. Quarante-vingt quatre pourcent des étudiants ont trouvé que ce test était adapté à leur niveau de connaissances. Pour 10 des 15 experts cet outil est réaliste et pertinent et ils sont prêts à l'utiliser pour des évaluations ultérieures.

**Conclusion :** Cet outil est applicable à l'externat, en obstétrique-gynécologie. Nous envisageons d'analyser sa validité face à d'autres outils d'évaluation (évaluation de stage, questions à éléments clés et ECOS) afin d'évaluer l'intérêt pédagogique de cette introduction.

## Faisabilité d'un Test de Génération d'Hypothèses (TGH)

**ROUSSEL Francis**

Faculté de Médecine Rouen. France

**Contexte :** Le Test de Concordance de Script (TCS) étudie l'aptitude de l'étudiant à accepter ou rejeter une hypothèse préétablie au vu d'une information nouvelle. Il donne d'excellents résultats dans l'analyse du déroulement du raisonnement clinique au pas par pas, mais n'explore pas son étape la plus précoce: la génération d'hypothèses. Or, la génération d'hypothèses précoces est une étape majeure du raisonnement clinique, et elle évolue profondément avec l'expérience.

**But :** Nous avons voulu construire un test, complémentaire au TCS, exclusivement dédié à l'exploration de cette étape initiale du raisonnement.

**Méthode :** Un nombre suffisant (actuellement 45) de vignettes cliniques est présenté de façon séquentielle. Elles appartiennent à 15 spécialités différentes et sont de difficulté variable. Elles ont été écrites pour offrir une gamme suffisante d'hypothèses (d'une seule hypothèse plausible à 5 ou 6). Actuellement le test fonctionne sous Excel® et expédie automatiquement les réponses à un poste centralisateur. Le temps de réflexion et le temps de saisie pour chaque réponse sont enregistrés. Un algorithme attribue des points en tenant compte de la concordance des hypothèses, de leur nombre et de leur ordre, avec celles d'un panel de spécialistes. On a par exemple moins de points si on cite une seule hypothèse plausible en dernier rang parmi dix autres, que si c'est la seule qu'on cite. Suivant le principe d'incertitude, c'est la concordance du panel qui fait la valeur d'une hypothèse ou plus exactement de son score. Les vignettes sont en général suffisamment ouvertes pour autoriser plusieurs hypothèses, toutes bonnes à ce stade pour autant qu'elles aient été citées par un membre du panel. Une hypothèse non citée ne rapporte aucun point. Environ une heure de travail est nécessaire pour répondre. Un dictionnaire (1200 mots à ce stade) est disponible en ligne pour standardiser les réponses.

**Résultats :** 15 personnes de statuts divers ont accepté de se soumettre au test. Deux étudiants de D3 ont obtenu un score faible mais non nul. Certains internistes ont obtenu au contraire des scores très élevés. Des collègues de spécialités diverses ont des scores intermédiaires. Les temps de réponses des praticiens expérimentés sont à l'évidence différents selon qu'ils sont confrontés à une situation familière de leur domaine ou non.

**Conclusion :** La faisabilité d'un TGH est assurée. L'acceptabilité est bonne, au moins à l'intérieur d'un cercle étroit de pionniers. Un score est généré de façon entièrement automatique, pour autant que le répondeur utilise le dictionnaire intégré. Quelques résultats extrêmement préliminaires sont acquis : le TGH semble effectivement mesurer quelque chose, et les scores semblent augmenter avec l'expérience du sujet. Il reste à en estimer la fiabilité et l'intérêt sur un groupe plus large. Dans sa version actuelle, le test est très rigide et devrait être réécrit dans un format web.

## L'Apprentissage Par Problèmes des Sciences « biomédicales » selon différents parcours de professionnalisation.

**Cécile TROCHET et Ana-Maria TSANACLIS**

Faculté de médecine et des Sciences de la Santé, Sherbrooke. Canada

L'enseignement des Sciences de base dites « biomédicales » est un sujet controversé dans les différentes formations professionnelles de la santé, tant à l'égard de la pertinence des concepts enseignés et des méthodes pédagogiques employées que des moments choisis, le plus souvent séparément et en début de programme. À Sherbrooke, l'Apprentissage Par Problèmes a été choisi comme méthode d'enseignement des sciences de base dans deux parcours de professionnalisation très différents soient la formation médicale et la formation infirmière. Le but de la présentation est de comparer l'impact de l'organisation curriculaire ainsi que de l'expérience clinique des deux types d'étudiant(e)s à la fois sur la manière d'appréhender l'organisation des concepts retenus et sur l'intégration espérée des notions scientifiques dans le raisonnement clinique. Un modèle comparatif de la place de l'enseignement des sciences « biomédicales » sera présenté ainsi qu'une réflexion sur les avantages et inconvénients de chacun des deux programmes. L'hypothèse retenue est que le développement de l'expertise est facilité par le réinvestissement itératif de notions de base progressivement approfondies tout au long du curriculum.

L'élaboration d'un instrument d'évaluation de l'utilisation des connaissances scientifiques dans le raisonnement clinique professionnel est envisagée. Cet instrument nous permettrait de tester notre hypothèse dans une faculté ou cohabitent des programmes comportant des cibles de formation semblables (le raisonnement clinique) et des stratégies pédagogiques similaires mais adaptées à des parcours de formation différents.

## Evaluation d'un cycle d'apprentissage du raisonnement clinique au cours du stage clinique ostéo-articulaire des étudiants en médecine du deuxième cycle

**Yves MAUGARS\***, *François GOUIN\*\**, *Norbert PASSUTI\*\**

Services de Rhumatologie\* et d'Orthopédie\*\*, Faculté de Médecine de Nantes

L'apprentissage du raisonnement clinique (ARC) est une arme nouvelle dans l'arsenal pédagogique de tout enseignant. Il peut être associé au mieux aux stages cliniques intégrés. Toutefois, peu de validations objectives existent quant à la preuve de son intérêt.

**Matériel et Méthodes :** Nous réalisons pendant le stage clinique temps plein ostéo-articulaire (Rhumatologie et Orthopédie) un enseignement d'ARC basé sur 16 séances d'1 heure sur 1 mois. Seuls 1/3 des étudiants bénéficient de cet enseignement lorsque le hasard de leur répartition en stage les affecte dans le service. Parallèlement, un référentiel et un enseignement par cours magistraux avec présentations d'observations illustrées et commentées sont délivrés à l'ensemble des étudiants de la promotion. En accord avec le comité d'évaluation, une observation ostéo-articulaire a été prise au hasard dans la banque de données pour l'évaluation finale de la spécialité, avec correction anonymisée à partir d'une grille pré-établie. Nous avons comparé les étudiants ayant bénéficié des séances d'ARC et du stage ostéo-articulaire (ARC-OA) et les autres (non ARC-OA).

**Résultats :** Sur un total de 130 étudiants, 57 sont passés en stage ostéo-articulaire avec séances d'ARC. Leur moyenne sur 10 a été de 5,20 +/- 1,18 versus 4,82 +/- 1,20 pour le groupe non ARC-OA ( $p=0,03$ ). Au cours de l'année, 3 autres stages ont été effectués par tous les étudiants et sanctionnés par un examen final : gynéco-obstétrique, pédiatrie et hémato-cancérologie, ce qui peut nous donner 3 « groupes contrôle ». Aucune différence significative n'est retrouvée pour les résultats à ces 3 examens de spécialité entre les groupes ARC-OA et non ARC-OA (respectivement 6,37 +/- 0,95 versus 6,43 +/- 1,20 / 6,94 +/- 1,32 versus 6,57 +/- 1,32 / 7,22 +/- 0,94 versus 7,28 +/- 0,91). Quatre autres validations de fin d'année n'étaient pas associées à des stages cliniques : pathologie tête-cou-chirurgie plastique, immunopathologie, douleur et soins palliatifs, et examen transversal. Pour les 2 premiers examens (thèmes : ophtalmologie et neurologie), il n'y a pas de différence entre les groupes ARC-OA et non ARC-OA (respectivement 6,88 +/- 1,47 versus 6,55 +/- 1,38 / 6,91 +/- 0,97 versus 6,91 +/- 0,97). Par contre, pour les 2 autres examens, le groupe ARC-OA a eu significativement de meilleurs résultats (respectivement 7,43 +/- 1,18 versus 6,98 +/- 1,15 ( $p=0,01$ ) / 7,13 +/- 1,08 versus 6,59 +/- 1,35 ( $p=0,006$ )). En fait, les thèmes des examens étaient une céphalée migraineuse et une sarcoïdose compliquée d'ostéonécrose de hanche, à forte consonance algo-rhumatologique.

**Conclusions :** On peut conclure à des effets bénéfiques sur les résultats des examens du stage clinique ostéo-articulaire associé à un enseignement d'ARC. L'effet stage clinique n'est toutefois pas retrouvé pour les 3 autres stages cliniques intéressant la même promotion (sans séance d'ARC associée), avec un effet également positif sur des examens sans stage clinique associé et ayant porté sur des domaines proches de la rhumatologie.

## Importance du jury dans la détermination du niveau acceptable de performance.

**Elie NEMR**, *Georges KHAYAT*, *Simon ABOU-JAOUDE*, *Fady HADDAD*, *Ronald MOUSSA*, *Simon RASSI*

Faculté de Médecine, Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban

### Introduction :

L'évaluation des étudiants en 4ème et 5ème années de médecine se fait par des épreuves écrites de type QCM et QROC. Jusqu'en 2000, le critère de réussite était l'obtention d'un score supérieur à 12/20, mais depuis, un jury multidisciplinaire, formé par des spécialistes de la matière (SM), des médecins de famille (MF) et des médecins de spécialité différente (MSD), établit le Niveau Acceptable de Performance (NAP), selon la méthode d'Ebel, afin de décider de la réussite ou l'échec à chaque épreuve. L'objectif de cette étude est d'évaluer si la composition du jury a son impact sur le NAP.

### Matériel et Méthodes :

Avant l'administration de l'examen, un jury d'enseignants, formé par des spécialistes de la matière (SM), des médecins de famille (MF) et des médecins de spécialité différente (MSD), se réunit pour déterminer le NAP. Une analyse du NAP individuel de chacun de ses groupes a été réalisée durant deux années consécutives pour analyser la corrélation entre ces 3 groupes.

### Résultats :

Le tableau ci-dessous montre le coefficient de corrélation entre ces 3 catégories

|           | 2004-2005 | 2005-2006 | 2004-2006 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| SM vs MF  | - 0.02    | - 0.13    | - 0.02    |
| SM vs MSD | - 0.2     | 0.43      | 0.29      |
| MF vs MSD | 0.69      | 0.03      | 0.40      |

### Conclusion :

En comparant les spécialistes de la matière (SM) aux médecins de famille (MF), l'on constate l'absence de toute corrélation entre ces deux groupes de façon constante et statistiquement significative : ainsi le NAP déterminé par les spécialistes de la matière est différent du NAP déterminé par les médecins de famille. Ceci devra être pris en considération lors de la formation du jury.

Par ailleurs, l'apport des médecins de spécialité différente de la matière enseignée se révèle très hétérogène d'une épreuve à l'autre et d'une année à l'autre et l'intérêt de les inclure dans la composition du jury devra être à reconsidérer.

## Evaluation de la performance des vidéo QCM (VQCM) : un essai randomisé croisé comparant VQCM et QCM papier (PQCM), UFR de Médecine de Rouen, 2006.

H. MARINI, C. GIRAULT, O. MOUTERDE, J.F. GEHANNO, A. LIARD, L. SIBERT, A. FORET, J.L. HERMIL, F. ROUSSEL, J. LECHEVALLIER, J. LADNER

Commission Pédagogie et Evaluation, Bureau Pédagogique, UFR de Médecine, Rouen (France).

**Objectif :** Comparer la performance chez des étudiants évalués par VQCM et par PQCM, après un enseignement par apprentissage par problème (APP).

**Méthodes :** Deux épreuves d'évaluation des connaissances de 20 QCM (épreuves 1 et 2) ont été réalisées à la suite de deux séances d'APP dans une promotion de 170 étudiants en PCEM 2. Un essai en cross over a été conduit : après randomisation, les épreuves étaient proposées à la moitié des étudiants sous un format VQCM, puis sous PQCM (groupe 1), et à l'autre moitié des étudiants sous un format PQCM, puis sous VQCM (groupe 2). La réponse exacte à un QCM (à 5 items) validait un point, chaque épreuve était notée sur 20.

**Résultats :** Les moyennes des notes VQCM versus PQCM n'étaient pas significativement différentes lors de l'épreuve 1 (17,0 vs 17,2,  $p=0,11$ ) et pour l'ensemble des deux épreuves (14,9 vs 14,9,  $p=0,74$ ). Dans l'épreuve 2, la moyenne des notes était supérieure sous PQCM vs sous VQCM (12,8 vs 12,4  $p=0,04$ ). Une corrélation positive et significative était retrouvée entre les notes sous PQCM et sous VQCM dans l'épreuve 1 (coefficient de corrélation de Spearman [ $r_s$ ]=0,68,  $p<0,001$ ), dans l'épreuve 2 ( $r_s=0,70$ ,  $p<0,001$ ) et dans les deux épreuves groupées ( $r_s=0,86$ ,  $p<0,001$ ). Les taux de succès (note  $\geq 10$ ) n'étaient pas différents entre les épreuves 2 (93,5% vs 91,7%,  $p=0,54$ ) et les deux épreuves groupées (96,7% vs 95,8,  $p=0,52$ ) ; le taux de succès à l'épreuve 1 était de 100% sous VQCM et sous PQCM. Pour un QCM de l'épreuve 1 et trois de l'épreuve 2, les taux de succès étaient significativement différents entre les VQCM et PQCM. La concordance des réponses était positive et significative pour chacun des QCM des deux épreuves. Il n'y avait pas d'effet significatif d'ordre de passage des formats de QCM lors d'une même épreuve, excepté dans l'épreuve 1 ( $p=0,05$ ).

**Conclusion :** La performance des étudiants par VQCM est équivalente aux QCM. Il n'y a donc pas de perte de chance des étudiants lors du recours aux VQCM lors des évaluations. Le VQCM est une méthode innovante, interactive et permettant d'évaluer en temps réel les connaissances.

## L'enseignement sur le «Suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste» dans le troisième cycle de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Nancy en 2005/2006 : contenu pédagogique et évaluation par les étudiants.

M. MAIRE, F. RAPHAEL, M.F. GERARD, P. JUDLIN, J.L. BOUTROY, J.D. DE KORWIN

DMG Faculté de Médecine de Nancy BP 184 - 54505 VANDOEUVRE LES NANCY

L'évolution de la démographie médicale en Gynécologie-Obstétrique et en Médecine Générale démontre la nécessité pour les futurs médecins généralistes de se former en gynécologie médicale et dans le suivi des grossesses normales.

A la Faculté de Médecine de Nancy, un enseignement interactif de 3 heures sur ce suivi est dispensé aux étudiants du 3<sup>ème</sup> cycle de Médecine Générale. Ce cycle de professionnalisation succède à 6 années d'études au cours desquelles les pathologies gynéco-obstétricales sont abordées, sur les plans anatomique et physiopathologique.

Les objectifs principaux sont : identifier les critères anamnestiques, biologiques et échographiques de diagnostic de la grossesse, déterminer le calendrier de suivi de la grossesse, connaître les médicaments contraindiqués pendant la grossesse et gérer les pathologies des suites de couche.

Un questionnaire, auprès des étudiants ayant assisté à cet enseignement, nous permet d'évaluer leurs satisfactions et attentes.

Les résultats montrent un niveau de compétences estimé avant l'enseignement à 3,32/10 s'élevant à 5,39/10 après enseignement. 6 heures d'enseignement avec atelier pratique et séquence vidéo sont plébiscitées. Les étudiants désirent également une formation complémentaire sur grossesse et maladies contagieuses, grossesse et pathologies chroniques, l'allaitement et ses complications et les conduites addictives. Enfin, nombreux espèrent pouvoir bénéficier d'un poste d'interne en service de Gynécologie-Obstétrique pour améliorer leur formation pratique.

En conclusion, il faudrait organiser un séminaire d'une journée sur le thème du suivi de la grossesse par le médecin généraliste mais aussi sur la prise en charge de la femme enceinte atteinte de maladie aiguë ou chronique durant sa grossesse.

## Le cas pour diagnostic : modification d'un outil d'apprentissage par résolution de problème.

**BONNETBLANC J.M.**

Comité de Rédaction des Annales de Dermatologie - Service de Dermatologie, CHRU Dupuytren, 2 av ML King 87042 Limoges cedex

**But :** Le "Cas pour diagnostic" (CPD) est un article de FMC utilisé par certains journaux scientifiques. Il est utilisé pour mettre en valeur un cas didactique et démonstratif dont la valeur pédagogique est exemplaire.

En 2003, le Comité de Rédaction des Annales de Dermatologie a modifié la présentation de cette rubrique pour en faire un outil plus motivant et performant d'auto-évaluation (1).

**Méthodes :** Le CPD est présenté sur une page recto-verso. En recto les données du cas ainsi qu'une figure fournie par le ou les auteurs sont suivies d'une case demandant au lecteur d'inscrire ses propres hypothèses diagnostiques. Au verso, sont données les hypothèses diagnostiques du comité de rédaction (le minimum requis étant de 3), et les commentaires des auteurs.

Après 2 ans, lors d'une enquête faite par l'éditeur, le comité de rédaction a produit un questionnaire d'évaluation concernant autant la partie scientifique que la formation médicale des Annales de Dermatologie.

**Résultats :** L'enquête auprès des lecteurs a montré une satisfaction globale des lecteurs vis à vis du journal. Le CPD est lu en premier par les lecteurs.

**Discussion :** la modification du CPD correspondait à une réflexion pédagogique du comité de rédaction. Cette rubrique antérieure à la modification était passive pour le lecteur, n'ayant que lui même comme comparateur. En revanche, la modification éditoriale lui propose l'acte d'écrire ses propres hypothèses diagnostiques, et de les comparer à celles du comité de rédaction. Cette modification est motivante, et lui permet d'élargir éventuellement sa connaissance professionnelle. Elle est donc un outil d'auto-évaluation plus performant.

L'enquête auprès des lecteurs ne peut cependant être comparée aux enquêtes antérieures qui ne possédaient pas les mêmes questions. On en peut connaître la place du CPD avant la modification. Sa place actuelle nous conforte cependant dans le bien fondé de la modification pédagogique.

Réf. 1. Bonnetblanc JM. Le cas pour diagnostic des Annales de Dermatologie : nouvelle structure d'un outil pédagogique Ann Dermatol Venereol 2003;130:1101-3

## Apport du degré de certitude dans la démarche cognitive du médecin régulateur

**C. PENTIER, M.J. RAYNAL, E. LECARPENTIER, P. JABRE, C. JBEILI, J. MARTY, J.P. FARCET, C. BERTRAND**

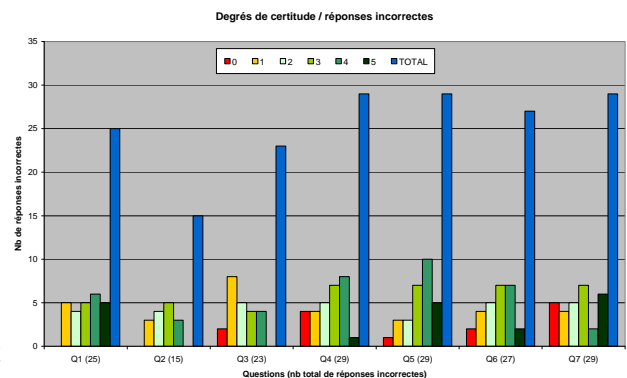
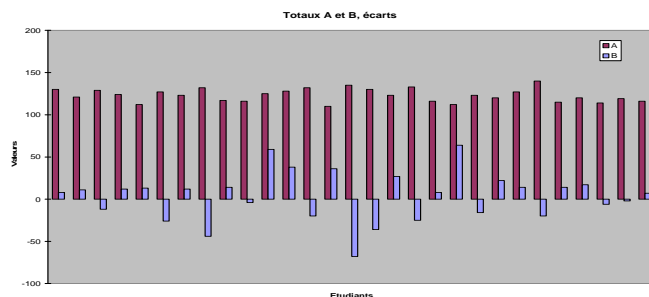
CESU –SAMU 94 Hôpital Henri Mondor Créteil France

**Contexte :** Les régulateurs médicaux des centres 15 en France valident, dans le cadre de la formation continue, un enseignement universitaire : le diplôme de régulation médicale.

**But :** L'hypothèse est que les étudiants ne connaissent pas le cadre réglementaire de ce métier. L'objectif est d'évaluer leurs connaissances en développant leur esprit critique, leurs facultés d'auto évaluation et leur vigilance cognitive.

**Méthode :** Un test sur les textes législatifs est proposé lors du premier séminaire, sous forme de 7 QCM avec degrés de certitude (N= 29). Outre les solutions habituelles les réponses peuvent être de type : toutes, aucune, manque de données et absurdité. Les étudiants ont une grille de réponses et s'auto évaluent

**Résultats**



Il existe une surestimation globale initiale : scores entre 110 et 140 alors que les scores finaux se situent entre 64 et – 68.

Dans les cas de réponses incorrectes, les étudiants n'ont pas utilisé un degré de certitude maximal par contre la détection d'une absurdité dans l'énoncé n'a pas été trouvée.

**Conclusion**

Les jeunes médecins régulateurs ne connaissent pas les textes qui réglementent leur activité professionnelle. Les degrés de certitude développent l'auto évaluation et le sens des responsabilités qui sont des critères de qualité pour exercer la régulation. Les QCM sont bien acceptés par les étudiants qui ont entre un an et cinq ans d'expérience de régulation. Cette évaluation formative a motivé les étudiants pour s'imprégner du cadre réglementaire.

## EVALUATIONS DES ATELIERS

(Chaque note est sur 5)

|            | Pertinence | Problématique et buts | Méthode | Interactivité | Production du groupe | Suivi | Moyenne     |
|------------|------------|-----------------------|---------|---------------|----------------------|-------|-------------|
| <b>AS1</b> | 4,86       | 4,28                  | 4,43    | 4,28          | 4,43                 | 4,28  | <b>4,43</b> |
| <b>AS2</b> | 5,00       | 4,71                  | 3,93    | 4,64          | 4,07                 | 3,50  | <b>4,31</b> |
| <b>AS3</b> | 4,81       | 4,62                  | 4,44    | 4,56          | 4,50                 | 4,33  | <b>4,54</b> |
| <b>AS4</b> | 4,92       | 4,67                  | 4,33    | 4,75          | 4,42                 | 4,75  | <b>4,64</b> |
| <b>AS5</b> | 4,85       | 4,31                  | 4,31    | 4,85          | 4,25                 | 3,67  | <b>4,37</b> |
| <b>AS6</b> | 4,75       | 3,75                  | 4,00    | 4,46          | 4,33                 | 4,13  | <b>4,24</b> |
| <b>AS7</b> | 4,40       | 4,10                  | 4,10    | 4,20          | 3,70                 | 4,40  | <b>4,15</b> |
| <b>AS8</b> | 4,83       | 4,83                  | 4,50    | 4,83          | 4,54                 | 4,82  | <b>4,72</b> |

Tableau récapitulatif des évaluations des ateliers stratégiques

|              | Pertinence | Objectifs | Méthode | Interactivité | Experts | Modification de la pratique | Moyenne     |
|--------------|------------|-----------|---------|---------------|---------|-----------------------------|-------------|
| <b>AFP1</b>  | 4,50       | 4,36      | 4,21    | 4,00          | 4,07    | 3,78                        | <b>4,15</b> |
| <b>AFP2</b>  | 4,50       | 4,55      | 4,50    | 4,43          | 4,46    | 3,93                        | <b>4,40</b> |
| <b>AFP3</b>  | 4,83       | 5,00      | 4,50    | 4,71          | 4,33    | 4,37                        | <b>4,62</b> |
| <b>AFP4</b>  | 4,61       | 4,38      | 3,77    | 4,15          | 4,08    | 4,08                        | <b>4,18</b> |
| <b>AFP5</b>  | 4,13       | 4,27      | 4,00    | 4,40          | 3,93    | 3,47                        | <b>4,03</b> |
| <b>AFP6</b>  | 4,54       | 4,82      | 4,82    | 5,00          | 4,64    | 4,54                        | <b>4,73</b> |
| <b>AFP7</b>  | 3,75       | 3,90      | 3,60    | 4,00          | 3,74    | 2,95                        | <b>3,66</b> |
| <b>AFP8</b>  | 4,76       | 4,35      | 4,82    | 4,76          | 4,70    | 4,65                        | <b>4,66</b> |
| <b>AFP9</b>  | 4,80       | 4,73      | 4,47    | 4,63          | 4,63    | 4,40                        | <b>4,61</b> |
| <b>AFP10</b> | 4,62       | 4,51      | 4,31    | 4,55          | 4,52    | 4,45                        | <b>4,49</b> |
| <b>AFP11</b> | 4,83       | 4,69      | 4,74    | 4,83          | 4,48    | 4,43                        | <b>4,67</b> |
| <b>AFP12</b> | 4,64       | 3,95      | 3,90    | 4,50          | 4,09    | 3,91                        | <b>4,16</b> |
| <b>AFP13</b> | 4,69       | 4,23      | 3,54    | 4,15          | 4,38    | 3,85                        | <b>4,14</b> |
| <b>AFP14</b> | 4,81       | 3,88      | 4,35    | 4,81          | 4,21    | 4,28                        | <b>4,39</b> |
| <b>AFP15</b> | 4,63       | 3,89      | 3,00    | 3,74          | 4,10    | 3,69                        | <b>3,84</b> |
| <b>AFP16</b> | 4,83       | 4,42      | 4,67    | 4,92          | 4,50    | 4,58                        | <b>4,65</b> |
| <b>AFP17</b> | 4,81       | 4,19      | 3,90    | 4,62          | 3,95    | 3,90                        | <b>4,23</b> |
| <b>AFP18</b> | 4,89       | 4,67      | 4,50    | 4,67          | 4,50    | 4,72                        | <b>4,67</b> |
| <b>AFP19</b> | 4,87       | 4,22      | 4,09    | 4,43          | 4,22    | 4,26                        | <b>4,35</b> |
| <b>AFP20</b> | 4,86       | 4,81      | 4,62    | 4,90          | 4,57    | 4,62                        | <b>4,73</b> |

Tableau récapitulatif des évaluations des ateliers de formation pédagogique



## Difficultés identifiées par les internes lors de prises en charge palliatives

**Nathalie DENIS-DELPY<sup>1</sup>, Marie ZINGER-MAURIN<sup>2</sup>, Elsa PAROT-SCHINKEL<sup>3</sup>, Vincent MOREL<sup>4</sup>**

1 - USP CHU de Nantes ; 2 - Clinique Victor Hugo Le Mans ; 3 - Département de Santé Publique, Université d'Angers ; 4 - CHU Rennes

### Introduction

L'enseignement actuel des soins palliatifs s'appuie largement sur une lecture technicoscientifique de la maladie, alors que les études sur le sujet soulignent l'importance du stage clinique, de l'interdisciplinarité et du pluriprofessionnalisme.

### Méthode

Une étude multicentrique a été menée en 2005 auprès des internes de médecine de 3 centres hospitalo-universitaires de l'Ouest de la France (Angers, Nantes et Rennes) dans le but de décrire les difficultés rencontrées par les internes confrontés à la médecine palliative et d'étudier leur risque de *burn-out*. Le risque d'épuisement professionnel a été évalué par le *Maslach Burnout Inventory*.

### Résultats

Le taux de réponse était de 43% (160/371). Près de 78 % assurent le suivi médical régulier des patients et 25 % d'entre eux déclarent être souvent confrontés à la prise en charge de patients en situation palliative. Plus de 50% des internes jugent que les études médicales ne les préparent pas du tout à la prise en charge palliative et 81 % souhaiteraient une formation en soins palliatifs. Les difficultés prépondérantes sont les prises de décisions médicales d'ordre éthique (69%), les relations avec la famille (54%, la communication avec le patient (29%), les difficultés de l'équipe (26%). Les symptômes les plus difficiles à soulager sont la dyspnée (50%) et l'anxiété (41%). Cinq internes (3%) présentent un syndrome de *burn-out* complet (scores élevés d'épuisement émotionnel et de déshumanisation, score bas de sentiment d'accomplissement personnel).

### Conclusion

Les internes ne semblent pas manquer de connaissances technicoscientifiques. Dans ce travail, le sentiment d'un manque de formation n'est pas statistiquement lié au burn out, tandis que les difficultés liées aux décisions d'ordre éthique le sont. L'ambiguïté du rôle d'interne, le sentiment de manquer de temps pour discuter avec les familles sont des facteurs liés à la déshumanisation. La pratique des soins palliatifs nécessite des connaissances médicales spécifiques, une aptitude à la relation d'aide et une bonne connaissance de soi. Les études médicales n'apportent pas semble-t-il un bagage suffisant dans ce domaine pour former des internes compétents.

## Place des Modèles (Pattern) ou Représentations Mentales dans l'Enseignement du Raisonnement Clinique en Pneumologie

**A. ALAOUY YAZIDI<sup>1</sup>, A. QUINTON<sup>2</sup>**

1. Doyen de la Faculté de Médecine de Marrakech. 2. Professeur en Gastroentérologie. CRAM. Bordeaux

**Contexte :** les nouvelles méthodes d'enseignement tel que l'apprentissage par résolution de problèmes (APP) qui utilise de nombreux principes de la psychologie cognitive se basent sur une bonne compréhension du processus du raisonnement clinique.

**But :** présenter le concept de représentations mentales, élaborer quelques unes dans le domaine de la pneumologie et mettre en valeur l'intérêt de ces modèles dans la stratégie du raisonnement clinique.

**Méthode :** production de représentations (issues d'une expérience clinique qui remonte à de nombreuses années) par une véritable introspection et selon 3 phases : notre prise de conscience de diverses représentations mentales, phase de sélection et réflexion pour affirmer les modèles et les significations que nous allons leur donner et une phase de validation par des collègues. Enfin pour vérifier chez nos étudiants l'acquisition des modèles, nous avons bâti de courtes histoires cliniques.

**Résultats :** Nous avons élaboré approximativement 80 représentations mentales dans le domaine de la pneumologie qui peuvent être simples ou complexes, composées d'éléments sensibles (visuels, auditifs, olfactifs, tactiles et autrefois gustatifs...) et de concepts (tenant à l'âge, l'environnement, l'épidémiologie « intuitive ») dont le regroupement prend une signification.

**Commentaires :** Le raisonnement clinique en médecine débute par la stratégie d'interrogatoire et d'examen clinique et les données fournies par le patient sont organisées par le médecin en des ensembles qui sont comparés à des modèles mentaux (pattern recognition) dont il dispose consciemment ou pas et qui lui permettent de reconnaître d'emblée une crise d'asthme, une varicelle, la description d'un ulcère... Les modèles peuvent être à dominante visuelle (en histologie, radiologie), auditives (gargouillement de l'encombré bronchique), olfactives (vomique hydatique), tactiles ou conceptuelles. Ils peuvent être enseignés : le pneumologue montre des photos ou des films sur la dyspnée ou l'asthme. Le médecin enseignant ne transmet pas habituellement les images mentales à ses étudiants et les interroge directement sur les hypothèses diagnostiques.

**Conclusion :** L'enseignement des représentations mentales nous paraît indispensable pour améliorer la qualité de l'enseignement en donnant aux étudiants des outils qui leur permettent de mieux raisonner et appréhender les problèmes posés par les patients.