

XVe Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale de la CIDMEF

Faculté de Médecine de Nancy - France - 22 au 25 avril 2003

Coordonnateur : Pr J. Barrier (Faculté de Médecine de Nantes), Président du Conseil Pédagogique de la CIDMEF

Actes des Journées

A / Résumés des Ateliers

B / Résumés des Communications

C / Résumés des Conférences

D / Résumés des Communication Affichées

(Cliquer sur le code du résumé pour y accéder)

Ateliers stratégiques

- A.S.01 - Créer une structure pédagogique dans une Faculté de Médecine : Pourquoi et comment ? *L. Côté (Québec), J.H. Barrier (Nantes), F. Ehua (Abidjan) et M. Touré (Dakar)*
- A.S.02 - Vers un processus de validation des programmes d'études médicales - *Nu Viet Vu (Genève) et al.*
- A.S.03 - Implanter dans toutes les Facultés de Médecine Francophones un programme de formation axé sur la professionnalisation des futurs médecins (de l'apprentissage de la relation médecin-patient à celui de l'éthique), un objectif de la CIDMEF - *J.H. Barrier (Nantes), B.A. Mehadji (Marrakech), L. Brazeau-Lamontagne (Sherbrooke) et G. Llorca (Lyon)*
- A.S.04 - Évaluation de l'enseignement et des enseignants : de la théorie à la pratique - *S. Normand (Montréal), M. Girard (Montréal), K. Koumaré (Bamako)*

Ateliers de formation pédagogique

- A.F.P.01 - Recherche en pédagogie médicale *G. Bordage (Chicago)*
- A.F.P.03 - Apprentissage du raisonnement éthique - *L. Brazeau-Lamontagne (Sherbrooke) et J.H. Barrier (Nantes)*
- A.F.P.05 - L'enseignement de la communication patient-médecin - *B. Millette, M.T. Lussier (Montréal)*
- A.F.P.06 - Évaluer la F.M.C. : expériences canadiennes - *R. Thivierge et M. Fortin (Montréal)*
- A.F.P.07 - Planifier un module d'apprentissage dans les disciplines micro-morphologiques - *M. Fiche et R. Bonvin (Lausanne)*
- A.F.P.09 - Planification des stages cliniques ; confection de carnets de stage à l'intention des stagiaires et organisation des actions de tutorat pédagogique - *H. Loueslati (Tunis) et S. Essoussi (Sousse)*
- A.F.P.12 - Nouvelles technologies et nouvelles pédagogies - *P. Menu (Poitiers), H.J. Philippe (Nantes)*
- A.F.P.13 - F.M.C. et groupes de pairs - *J.L. Gallais SFMG (Paris) et C. Cohendet*
- A.F.P.14 - Deux aspects de l'apprentissage du raisonnement clinique : les représentations mentales et la réflexion sur le pronostic - *A. Quinton (Bordeaux)*

B/ Résumés des Communications

(Cliquer sur le code du résumé pour y accéder)

Session : Apprentissage de l'éthique et éthique de l'apprentissage

1 - Recueil des expériences et innovations dans les domaines de l'apprentissage de l'éthique et de l'éthique de l'apprentissage

- C01 - Proposition d'un cadre de réflexion pour les manquements à l'éthique dans l'enseignement supérieur - *A. Quinton (Bordeaux)*
- C02 - De la morale médicale à l'éthique biomédicale - *Y. Lajeunesse (Montréal)*
- C03 - Comment appuyer un apprentissage de l'éthique en PCEM1 sur les approches culturelles et sociales du corps et de la maladie - *C. Legrand-Sebille (Lille)*
- C04 - Dimensions particulières de l'enseignement de l'éthique durant les études médicales - *V. Godin (Louvain)*
- C05 - Apprentissage de l'éthique médicale. A propos d'une méthode participative menée à la Faculté de Médecine de Monastir - *A. Chadly (Monastir)*
- C06 - Enseignement/apprentissage de la relation médecin-patient auprès des étudiants de 2^e et 3^e années à la Faculté de Médecine de Nantes - *A. Bonnaud (Nantes)*
- C07 - Approche compréhensive de la mise en œuvre d'une éthique pédagogique au cours d'une séquence d'enseignement et d'apprentissage consacrée à l'éthique en DCEM1 - *D. Leboul (Brest)*
- C08 - Apprentissage de la relation médecin-patient par une expérience de type Balint proposée aux étudiants hospitaliers - *J.C. Weber (Strasbourg)*
- C09 - Le stage clinique d'éthique médicale. Quinze années de pratique au lit du malade - *J.M. Mantz (Strasbourg)*
- C10 - Enseignement de l'éthique médicale par séminaire aux étudiants du 2^e cycle. Le bilan de l'expérience strasbourgeoise - *J.C. Weber (Strasbourg)*
- C11 - Enseignement de l'éthique à Dijon : 1^o bilan d'une expérience - *I. François (Dijon)*
- C12 - Implanter un programme d'enseignement de l'éthique aux résidents - *M. Dallaire (Montréal)*
- C13 - L'éthique au quotidien en Médecine Générale (action de formation continue) - *F. Raphaël (Nancy)*
- C14 - Le questionnement éthique dans la pratique généraliste. Une action de formation innovante - *P. Bonnet (Cessieu)*

2 - Évaluation des étudiants et des formés

- C15 - Évaluation de la décision en situation complexe : comparaison de l'incidence de jury d'experts sur l'appréciation d'étudiants en début ou en fin de cursus - *G. Llorca (Lyon)*
- C16 - Stabilité des résultats de l'évaluation du raisonnement clinique par le test de concordance de Script utilisé dans 2 milieux culturels différents - *L. Sibert (Rouen)*
- C17 - Évaluation de l'apprentissage des gestes d'urgence par les étudiants en médecine à distance de leur formation - *C. Ammirati (Amiens)*
- C18 - Enseignement contextualisé de la santé publique (SP) à l'aide d'articles scientifiques : expérience à l'UFR de Médecine Pharmacie de Rouen - *P. Czernichow (Rouen)*
- C19 - Utilisation de la simulation pour l'enseignement des situations critiques en anesthésie réanimation - *C. Lepouse (Reims)*
- C20 - Le vote électronique au service de l'évaluation des stages et travaux pratiques en Médecine - *N. Bouiadjra (Oran)*
- C21 - Comparaison de la performance d'étudiants français et américains à un examen pilote standardisé du second cycle en sciences cliniques - *A. De Champlain (Philadelphie)*
- C22 - Intérêt de la transposition en France d'un examen nord américain - *J.P. Fournier (Nice)*
- C23 - Les bilans de compétence MG Form, premiers résultats auprès de 80 participants - *M.H. Certain (Les Mureaux)*

3 - Cadre conceptuel et quel plan d'action pour les Facultés de Médecine ?

- C24 - Le triangle de l'apprentissage de l'éthique médicale et l'éthique de l'apprentissage médical
L. Brazeau-Lamontagne (Sherbrooke)

Session : Évaluer les enseignements / les enseignants

- C31 - Enquête de la CIDMEF sur la pratique institutionnelle de l'évaluation de l'enseignement dans les Facultés de Médecine francophones - *K. Koumaré (Bamako)*
- C32 - *Reproductibilité* de la correction d'une épreuve de Lecture Critique d'Article (LCA) : comparaison de deux méthodes - *F. Roussel (Rouen)*
- C33 - *Évaluation* d'un enseignement de méthodologie appliqué à la lecture critique d'articles (LCA) chez les étudiants en médecine : expérience à l'UFR de Rouen - *J. Ladner (Rouen)*
- C34 - *Validation* d'un instrument d'évaluation des cliniciens enseignant en milieu de soins ambulatoires - *G. Bordage (Chicago)*
- C35 - Évaluation du diplôme inter universitaire de pédagogie et communication médicales des Facultés de

- Médecine d'Angers, Brest, Nantes et Rennes - *O. Armstrong (Nantes)*
- C36 - L'évaluation des enseignants à la Faculté de Médecine de l'Université Libre de Bruxelles : expérience depuis une trentaine d'années - *S. Louryan (Bruxelles)*
- C37 - Évaluation d'un stage infirmier en binôme avec une référente à la Faculté de Médecine de Rouen, France - *F. Roussel (Rouen)*
- C38 - Mise en place d'une évaluation des stages hospitaliers des étudiants du deuxième cycle des études médicales au CHU de Nancy - *Ch. Kohler (Nancy)*
- C39 - Évaluation par les étudiants de l'examen ECOS sanctionnant la 2^e année du 3^e cycle à la Faculté de Médecine de Nancy - France en juin 2000 - *F. Raphaël (Nancy)*
- C40 - Formation en épidémiologie sur Internet : évaluation par les étudiants d'un Diplôme d'Université (D.U.) - *G. Chêne (Bordeaux)*
- C41 - Validation de critères de jugement de pertinence et de méthodologie pour l'acceptation des projets de thèse de Médecine Générale - *H. Guyot (Tours)*
- C42 - Évaluation interne de la Faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto Stomatologie de Conakry (FMPOS) : sondage d'opinions - *Y. Hyjazi (Conakry)*
- C43 - Évaluation des enseignements à la Faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto Stomatologie de Conakry (FMPOS) : point de vue des étudiants - *M. Koulibaly (Conakry)*
- C44 - La démarche-qualité dans l'enseignement à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2 - *A. Quinton (Bordeaux)*

Session : Technologies éducatives et coopération

- C45 - Les cyber-universités médicales francophones dans le monde. Un enjeu majeur de coopération pour l'UMVF et la CIDMEF - *A.C. Benhamou (Paris)*

Session : Communications libres

- C47 - Entretien accueil des lycéens s'inscrivant en PCEM1 : objectifs, faisabilité - une expérience de 4 ans - *D. Perrotin (Tours)*
- C48 - Entretien-accueil des lycéens s'inscrivant en PCEM1 : étude prospective sur deux ans - *L. Favard (Tours)*
- C49 - Perception des étudiants en Médecine de leur formation : résultats d'une enquête menée à la Faculté de Médecine d'Oran en 2002 - *M.F. Mesli (Oran)*
- C50 - Stratégies d'apprentissage au cours du premier cycle médical et paramédical au sein du Pôle Universitaire Européen Bruxelles-Wallonie - *N. Vanmuylder (Bruxelles)*
- C51 - Étude des processus d'apprentissage mis en œuvre pour l'étude de l'Anatomie Humaine au cours du premier cycle d'études médicales à l'Université Libre de Bruxelles - *S. Louryan (Bruxelles)*
- C52 - L'analyse de situation, adaptation du concept de l'APP, dans l'enseignement modulaire "appareil digestif" de PCEM2 - *A. Quinton (Bordeaux)*
- C53 - Enseignement de la rédaction médicale en Afrique francophone - *M. Mijiyawa (Lomé)*
- C54 - Support d'enseignement multimédia de neurologie à la Faculté de Médecine de Tunis : aspects pédagogiques et conceptuels - *R. Gouider (Tunis)*
- C55 - Intérêt du support multimédia de visualisation tridimensionnelle pour l'enseignement de l'analyse de la marche humaine - *C. Beyaert (Nancy)*
- C56 - A propos de l'apprentissage de la décision médicale - *N. André (Marseille)*
- C57 - Initiation au raisonnement clinique centré sur le patient : une innovation pédagogique à la Faculté de Médecine de l'Université Laval (Québec, Canada) - *L. Cote (Laval, Québec)*
- C58 - La discussion des médicaments lors de consultations médicales : une étude québécoise - *C. Richard (Laval, Québec)*
- C59 - Qualité de vie des patients âgés - Un desideratum abordé en 2^e cycle - *R. Cruce (Craiova)*
- C60 - Le défi d'enseigner la médecine de premier recours - *M.S. Issad (Alger)*
- C61 - Le cercle d'ajustement des pratiques professionnelles (CAPP) - *J.L. Bernard (Marseille)*
- C62 - Exploration de la compétence professionnelle : enjeux et risques, à propos de l'expérience du bilan de compétence - *M.H. Certain (Les Mureaux)*
- C63 - Le bilan de compétence : une démarche d'auto-évaluation accompagnée pour détecter les besoins de formation - *M.H. Certain (Les Mureaux)*
- C64 - STEP : Situation et Tests d'Évaluation et de Performance - *B. Ortolan (Paris)*
- C65 - Analyse d'une activité du service de Pédagogie de la Faculté de Médecine de Dakar : la préparation des candidats au 11^e Concours d'Agrégation de Médecine du CAMES - *J.M. Dangou (Dakar)*
- C66 - Formation Powerpoint des enseignants de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Bangui - *J. Ndemanga Kamoune (Bangui)*
- C67 - Introduction de l'apprentissage au raisonnement clinique dans la formation des étudiants à l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan - *F.S. Ehua (Abidjan)*
- C68 - Le Diplôme Universitaire de Santé Publique en enseignement à distance de la Faculté de Médecine de Nancy : modalités, profil des étudiants, perspectives - *D. Billot (Nancy)*
- C69 - Le Diplôme Inter-Universitaire de Santé Publique et communautaire au Vietnam - *S. Briçon (Nancy)*

C / Résumés des Conférences

(Cliquer sur le code du résumé pour y accéder)

Conférences

- C70 - Évaluation de l'Éducation à Distance : Boîte de Pandore ? - *Ph. Isidori (Bordeaux)*
- C71 - Promouvoir la représentation sémantique de problèmes diagnostiques chez les étudiant en formation pré-clinique - *G. Bordage (Chicago)*
- C72 - Explorer la compétence de professionnels en exercice : quelques outils - *M.H. Certain (Paris)*

D / Résumés des Communication Affichées

(Cliquer sur le code du résumé pour y accéder)

Communications Affichées

- P01 - Projet professionnel des étudiants de PCEM2 - *J.P. Fournier (Nice)*
- P02 - Le style d'apprentissage des étudiants en Médecine à Sousse (Tunisie) - *A. Mtiraoui (Sousse)*
- P03 - Les femmes médecins et les pratiques médicales à venir - *A. Mtiraoui (Sousse)*
- P04 - L'écoute et la prise en charge psychopédagogique des étudiants de Médecine en difficulté scolaire - *M. Kherfouchi (Annaba)*
- P05 - Peut-on penser l'éthique médicale comme résistance aux normes ? - *J.M. Mouillé (Angers)*
- P06 - Jugement éthique et jugement clinique : une même démarche pédagogique - *D. Laudy (Montréal)*
- P07 - Enseignement de l'éthique et des droits de l'homme en Europe - *F. Claudot (Nancy)*
- P08 - Un bon médecin : implications pédagogiques - *J.M. Bonnetblanc (Limoges)*
- P09 - Enseignement d'éthique et de psychologie de l'action médicale en DCEM1. Le schéma conceptuel: outil s'apprentissage et d'évaluation - *D. Leboul (Brest)*
- P10 - Sensibilisation à la communication médecin-malade en situation d'urgence lors d'une formation obligatoire aux gardes en DCEM2 - *C. Ammirati (Amiens)*
- P11 - Faculté de Médecine de Strasbourg : éthique hospitalo-universitaire. Organigramme. *J.M. Mantz (Strasbourg)*
- P12 - Concevoir un programme d'enseignement de l'éthique à la résidence - *M. Dallaire (Montréal)*
- P13 - Compétence clinique des étudiants en médecine : épreuve de cas ou test de concordance de scripts ? - *D. Alison (Tours)*
- P14 - Les habilités des médecins stagiaires dans la rédaction de l'ordonnance médicale - *A. Ben Abdelaziz (Sousse)*
- P15 - Comment les médecins stagiaires internes choisissent leurs médicaments de prédilection ? - *A. Ben Abdelaziz (Sousse)*
- P16 - Une évaluation formative : 5 ans d'utilisation des boîtiers votants - *M.H. Bernard (Reims)*
- P17 - Évaluation du niveau de connaissance des agents de santé sur le diagnostic de la lèpre à Bamako (Mali) : proposition pour l'avenir de la lutte anti-lépreuse - *O. Faye (Bamako)*
- P18 - Exploration de la compétence professionnelle : enjeux et risques, à propos de l'expérience du bilan de compétence - *M.H. Certain (Les Mureaux)*
- P19 - Développement et implantation d'une unité d'enseignement et d'apprentissage contextualisés en gériatrie en DCEM2. Evaluation préliminaire - *J. Jouquan (Brest)*
- P20 - Le cahier du postulant au D.E.S.C. d'Urologie : Bilan après 1 an d'utilisation - *L. Sibert (Rouen)*
- P21 - Étude de l'impact d'une formation à la prise en charge de la douleur sur l'évolution de la douleur de patients arthrosiques - *O. Chassany (Paris)*
- P22 - Évaluation du DES d'Anesthésie-Réanimation - *J.M. Malinovsky (Nantes)*
- P23 - Comment améliorer la qualité pédagogique des stages hospitaliers des étudiants en médecine au C.H.U. de Mahajanga - Madagascar ? - *E. Morel (Mahajanga)*
- P24 - Bilan d'une année d'un résident français dans une UMF à Montréal et perspectives pour l'enseignement de la médecine générale en France - *T. Lievin (Nancy)*

- P25 - Réforme des travaux pratiques d'Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine d'Amiens *D. Chatelain (Amiens)*
- P26 - Le tutorat : Un défi pédagogique au service du D.E.S. de Médecine Générale - *J.N. Beis (Dijon)*
- P27 - Jeu de rôle en pédagogie active : intérêt d'une collaboration entre Faculté de Médecine et Ecoles Paramédicales - *B. Boudailliez (Amiens)*
- P28 - La formation des urologues en laparoscopie - *F. Bruyere (Tours)*
- P29 - Formation Médicale Continue et Groupe de Pairs : méthode et effets - *J.L. Gallais (Issy les Moulineaux)*
- P30 - Méduc-en-ligne® : Un outil de coaching et de suivi à distance d'une formation médicale continue basée sur un projet. L'exemple du Réseau Douleur de Basse-Normandie - *T. Jovelin (Nantes)*
- P31 - GDS Université : Suivi à distance des formations pour le label Douleur de la Générale De Santé - *T. Jovelin (Nantes)*
- P32 - Place des NTIC auprès des étudiants et enseignants de la Faculté de Médecine d'Oran - *A. Fouatih Z. (Oran)*
- P33 - Mise en place des formations de 3^{ème} cycle médical à l'île Maurice : enjeux pédagogiques - *F. Oodally (Pamplemousse)*
-

A.S. 01

CREER UNE STRUCTURE PEDAGOGIQUE DANS UNE FACULTE DE MEDECINE : POURQUOI ET COMMENT ?

Luc COTE

Québec - Canada - luc.cote@fmed.ulaval.ca

Avec **Jacques BARRIER (Nantes)**, **Francis S. EHUA (Abidjan)** et **Meissa TOURE (Dakar)**

Cet atelier s'adresse principalement aux responsables pédagogiques actuels ou potentiels de Faculté de Médecine.

Cet atelier suivra 4 étapes :

1 - Tour de table sur les multiples organisations possibles dans une Faculté et sur les missions et fonctions d'une structure dédiée à la pédagogie.

2 - Le référentiel de structuration pédagogique de la CIDMEF.

3 - Les choix stratégiques de structuration pour les experts.

4 - Recherche d'un consensus sur la stratégie.

A.S. 02

VERS UN PROCESSUS DE VALIDATION DES PROGRAMMES D'ETUDES MEDICALES

Proposé et animé par : Nu VIET VU

Faculté de Médecine de l'Université de Genève - nu.vu@medecine.unige.ch

Participants

Pierre Potvin – Conseil d'Évaluation de la CIDMEF

Nu Viet Vu – Faculté de Médecine de l'Université de Genève

Pierre Farah – Université de St Joseph, Beyrouth, Liban

Alain Mouzard – Faculté de Médecine de l'Université de Nantes

Didier Moulin - Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain

Aldelmajid Belmahi – Faculté de Médecine de Rabat

Charles Bader – Faculté de Médecine de l'Université de Genève

Patrick Vinay – CIDMEF

Jacques Roland – CDFMF

Programme

1. Introduction – Objectifs et organisation de la séance - Nu V. Vu – 6 minutes

2. Etat des lieux sur l'évaluation des programmes d'études médicales

- Facultés de médecine d'expression française - Pierre Potvin - 12 minutes

- Facultés de médecine – au niveau international - Nu V. Vu - 12 minutes

3. Revue et leçons retirées du processus d'évaluation du programme des études de cinq Facultés de médecine

a) Introduction et raison du choix des Facultés - Nu V. Vu – 10 minutes

b) Points adressés par chaque Faculté - Pierre Farah, Alain Mouzard, Didier Moulin, Aldelmajid Behmahi, Charles Bader – 12 minutes par Faculté (60 minutes)

o Raisons de l'évaluation

o Les points positifs et contraignants de l'exercice

o Les effets et conséquences de l'exercice sur le programme, les enseignants, les étudiants, et l'institution

o Recommandations

4. Futures perspectives et étapes à entreprendre - Points de vues de la CDFMF et CIDMEF - 20 minutes

- CDFMF (10 minutes) – Jacques Roland

- CIDMEF (10 minutes) – Patrick Vinay

5. Discussions dirigées et Conclusions - Pierre Potvin et Nu. V. Vu – 60 minutes

A.S. 03

IMPLANTER DANS TOUTES LES FACULTES DE MEDECINE FRANCOPHONES UN PROGRAMME DE FORMATION AXE SUR LA PROFESSIONNALISATION DES FUTURS MEDECINS (DE L'APPRENTISSAGE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT A CELUI DE L'ETHIQUE), UN OBJECTIF DE LA CIDMEF

J.H. BARRIER¹, B.A. MEHADJI², L. BRAZEAU-LAMONTAGNE³, G. LLORCA⁴

¹Faculté de Médecine - Nantes - jacques.barrier@sante.univ-nantes.fr ; ²Faculté de Médecine de Marrakech
³Université de Sherbrooke ; ⁴Faculté de Médecine de Lyon

Cet atelier s'adresse aux responsables pédagogiques et aux enseignants mandatés pour développer un projet de formation d'apprentissage de l'éthique. Les conclusions de cet atelier seront rapportées à la session plénière.

- Définir la professionnalisation des futurs médecins
- Recherche d'un consensus sur les objectifs d'apprentissage, les méthodes et moyens à mettre en œuvre et l'évaluation
- Réfléchir aux conditions de mise en place d'une opération spécifique de la CIDMEF (en particulier les partenariats).

A.S. 04

EVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES ENSEIGNANTS : DE LA THEORIE A LA PRATIQUE

S. NORMAND¹, M. GIRARD¹, K. KOUMARE² et al.

Faculté de Médecine - Montréal - serge.normand@umontreal.ca , ²Bamako

Cet atelier s'adresse principalement aux gestionnaires pédagogiques ou à toute autre personne mandatée pour planifier un système d'évaluation de l'enseignement dans un milieu de formation en sciences de la santé. Les participants auront l'occasion :

- de préciser les buts visés par un système d'évaluation de l'enseignement et des enseignants;
- d'explorer les modalités et les protocoles en vigueur pour pratiquer l'évaluation de l'enseignement;
- d'identifier les meilleures stratégies pour implanter un système d'évaluation de l'enseignement.

Les activités prévues permettront notamment aux participants :

- d'apprécier la qualité des instruments utilisés;
- de se familiariser avec l'interprétation des résultats;
- de planifier une diffusion rigoureuse des résultats;
- de partager les expériences présentées.

A.F.P. 01

LA RECHERCHE EN PÉDAGOGIE MÉDICALE EN 8 ÉTAPES, 28 QUESTIONS

Georges BORDAGE, MD, PhD

Department of Medical Education - University of Illinois at Chicago - bordage@uic.edu

Le but de l'atelier est d'initier les participants à une démarche systématique de planification d'un projet de recherche en pédagogie médicale selon 8 étapes et 28 questions. Bien que l'atelier porte sur la planification d'une étude expérimentale, la plupart des principes présentés s'appliquent également à des études d'observation ou d'évaluation ou des études qualitatives. Les étapes sont : la question de recherche, les instruments de mesure, le plan de recherche, les statistiques, l'échantillon (y compris la taille), la cueillette des données et les contrôles de qualité, les échéanciers et le budget, et la demande de subvention. Au fur et à mesure que les étapes et questions seront présentées, les participants auront l'occasion de pratiquer certaines compétences.

A.F.P. 03

APPRENTISSAGE DU RAISONNEMENT ETHIQUE (ARE)

Animateurs : **Lucie BRAZEAU-LAMONTAGNE¹**, **Jacques BARRIER²**

¹*Sherbrooke - Canada - lucie.brazeau.lamontagne@USherbrooke.ca*

²*Nantes - France - jacques.barrier@sante.univ-nantes.fr*

Objectif : Cerner les enjeux de l'apprentissage de l'éthique durant la formation médicale.

Méthode : À partir d'un exercice de mise en situation avec les participants (ATELIER INTERACTIF),

1*faire ressortir l'urgence de la prise en compte par les enseignants et par les facultés de la problématique de l'apprentissage de l'éthique professionnelle médicale à la faculté,

2*expliciter quelles compétences éthiques professionnelles requièrent les étudiants en médecine.

3* expérimenter une prise de parole (discussion) sur la question de la formation éthique des étudiants en médecine.

Résultats attendus : Les participants seront capables d'identifier les difficultés du « montage » et du rodage des compétences éthiques, de répertorier les objectifs d'apprentissage pertinents et de découvrir la variété des méthodes pédagogiques disponibles (Séances d'ARC, d'ARE, portfolio, etc.). Ils seront aussi en mesure de planifier l'évaluation des performances éthiques des étudiants en médecine.

A.F.P. 05

UN ATELIER POUR LES ENSEIGNANTS DES FACULTÉS DE MÉDECINE SOUHAITANT RELEVER LE DÉFI DE L'ENSEIGNEMENT DE LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT ÉLABORER ET RÉALISER UN CURSUS DE FORMATION À LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT

M.T. LUSSIER, J. GOUDREAU, B. MILLETTE, C. RICHARD

*Université de Montréal et Hôpital Cité de la Santé, Villes de Montréal et de Laval, Canada
bernard.millette@umontreal.ca*

Les changements qui ont marqué le monde de la santé au cours du siècle dernier ont profondément transformé la nature des rapports entre les patients et les médecins et imposent actuellement d'importants défis du point de vue communicationnel et relationnel. Les médecins doivent désormais acquérir non seulement une base impressionnante de connaissances techniques, mais également des habiletés de communication efficaces qui dépassent l'approche humaniste, l'écoute et l'empathie. C'est pourquoi l'approche traditionnelle de l'enseignement de la communication, basée sur l'observation et l'imitation, s'avère maintenant insuffisante. Nous proposons que l'acquisition des habiletés de communication, actuellement nécessaires à la pratique de la médecine, repose sur une approche « expérientielle », itérative et intégrée aux activités cliniques habituelles.

Au terme de cet atelier d'une journée, les participants devraient être capables de démarrer, dans leur propre milieu, un programme complet et structuré de formation à la communication médecin-patient et de réaliser les activités qui en feraient partie.

- Plus spécifiquement, les participants pourront discuter des résultats de recherche sur la communication médecin-patient en lien avec les processus de soins et les résultats de santé.
- Ils auront expérimenté et pourront, eux-mêmes, réaliser des ateliers d'apprentissage de la communication utilisant, entre autres, la démonstration, l'observation directe, l'analyse de bandes vidéo ou audio, les jeux de rôle, la rétroaction constructive et la discussion en petits groupes.
- Ils comprendront, expliqueront et justifieront l'utilisation du modèle Calgary-Cambridge de communication

médecin-patient (pour la pratique clinique et la formation à la communication).

- Ils auront pratiqué certaines situations-clefs telles que l'entente sur l'agenda de l'entrevue, l'exploration de la perspective du patient, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la conclusion d'une entrevue (pour y favoriser l'observance) et pourront ainsi utiliser ces apprentissages dans leur milieu de pratique et d'enseignement (cabinet, centre hospitalier, domicile du patient).
- Ils pourront élaborer et justifier un programme de formation à la communication médecin-patient incluant une progression des apprentissages tout au cours du cheminement académique et professionnel du médecin (études médicales initiales, externat, résidanat, formation médicale continue).

Lors de cet atelier interactif et qui fera appel à la participation de tous, différents moyens d'apprentissage seront démontrés et utilisés pour atteindre les objectifs précités. Un guide de l'apprenant sera distribué et inclura, entre autres, le résumé des éléments discutés, des grilles d'analyse, des textes-clefs sur la communication médecin-patient et sur les modalités de son apprentissage, une bibliographie commentée. Les animateurs apporteront leur perspective nord-américaine au thème de la communication médecin-patient, tout en demeurant attentifs et réceptifs aux spécificités culturelles pouvant influencer la dynamique de la communication médecin-patient.

Les objectifs visés et les moyens d'apprentissage utilisés au cours de cet atelier incitent à limiter le nombre de participants à environ 25 personnes.

A.F.P. 06

EVALUER LA F.M.C. : EXPERIENCES CANADIENNES

R. THIVIERGE - M. FORTIN

Faculté de Médecine Montréal - Canada - thivierger@videotron.ca

Dans le contexte canadien où la FMC est devenue une discipline à part entière en pédagogie médicale, une attention importante a été apportée au cours des dernières années sur l'évaluation des actions entreprises en FMC. Cette évaluation, au-delà de la satisfaction des participants, porte sur l'acquisition des connaissances et des habiletés offertes ainsi que sur les changements et les ajustements dans la pratique induites par les différentes interventions éducatives qui ont été organisées.

Le centre de Formation Professionnelle continue de la faculté de Médecine de Montréal partagera avec chaque participant les approches et les modèles d'évaluation en FMC ainsi que les résultats de leur utilisation dans l'évaluation et les mesures d'impact de nos actions en FMC :

- 1- utilisation des Tests de Concordance des Scripts (TCS)
- 2- utilisation de station d'ECOS
- 3- utilisation d'une plate-forme internet de patient simulé (VIPS)
- 4- utilisation de projets personnels d'apprentissages (PPA) en fmc auto-dirigée
- 5- approche des communautés de pratique (COP)

A.F.P. 07

PLANIFIER UN MODULE D'APPRENTISSAGE DANS LES DISCIPLINES MICRO-MORPHOLOGIQUES

M. FICHE, R. BONVIN

LAUSANNE Maryse.Fiche@hospvd.ch

Par l'étude en petits groupes de situations-problèmes issues de l'enseignement actuel des disciplines micro-morphologiques (histologie, anatomie pathologique) dans les Facultés de Médecine, les participants aborderont :

- les étapes de la planification des apprentissages : définition d'objectifs, choix des outils pédagogiques (place de l'observation d'images, nouvelles technologies) et des modalités évaluation des étudiants ;
- les apports de la science cognitive (apprentissage actifs, ancrés sur les connaissances antérieures, motivation,...) pour le choix de méthodes pédagogiques adaptées aux apprentissages dans ces disciplines.

PLANIFICATION DES STAGES CLINIQUES ; CONFECTION DE CARNETS DE STAGE A L'INTENTION DES STAGIAIRES ET ORGANISATION DES ACTIONS DE TUTORAT PEDAGOGIQUE

H. LOUESLATI¹ et S. ESSOUSSI²

¹Faculté de Médecine de Tunis - mh.loueslati@fmt.mu.tn

²Faculté de Médecine de Sousse - sahloul.essoussi@rns.tn

Le stage clinique est un support d'apprentissage privilégié. C'est le lieu où l'étudiant peut acquérir des compétences dans les domaines du savoir-faire (sensori-moteur) et du savoir-être (psychoaffectif) mais c'est également le lieu où l'étudiant doit être amené au contact du malade, à intégrer et à réajuster ses connaissances théoriques, et surtout à développer des aptitudes à la prise de décisions diagnostiques, thérapeutiques et psychosociales rationnelles.

Par conséquent, le stage clinique doit être aussi bien planifié que les enseignements théoriques avec des objectifs éducationnels, des activités d'apprentissage appropriées et organisées, des ressources et des méthodes d'évaluation pertinentes qui permettent réellement de vérifier l'acquisition des compétences cliniques.

Au début de chaque stage clinique l'étudiant doit être informé des compétences à acquérir et de leur mode d'évaluation. Cette évaluation ne motivera l'étudiant à l'apprentissage des compétences cliniques, que si elle-même est centrée sur ces compétences et ne consiste pas en une énième vérification des capacités de mémorisation de l'étudiant.

L'organisation de l'apprentissage de l'étudiant est aussi une condition nécessaire pour la réussite du stage clinique. Si souvent, l'enseignant manque de temps, il ne faudrait ni gaspiller son temps ni celui de l'étudiant. Par conséquent un planning précis des activités d'apprentissage doit être rapidement proposé aux étudiants : séances de travaux dirigés, participation aux consultations externes et aux activités de soin, rédaction d'observation de malades, gardes... etc.

Durant ces stages, l'étudiant peut être guidé par un tuteur, cadre senior, qui lui apprendra à faire un va et vient permanent entre la théorie et la pratique. Toutefois cet encadrement ne peut être bénéfique que si l'étudiant est mis en permanence en situation d'action, les rappels théoriques durant le stage n'ayant aucune raison d'être : il suffit d'indiquer à l'étudiant les lectures préalablement requises pour pouvoir réaliser les activités de stage qui doivent amener plutôt l'étudiant à s'impliquer en justifiant en permanence ses décisions.

En effet, à l'heure où l'on n'arrête pas de parler du télé-enseignement, on peut envisager divers substituts à l'enseignement théorique dans les facultés de médecine, mais il est impossible de croire que l'acquisition des compétences cliniques puisse être obtenue sans une mise en situation précoce et réelle de l'étudiant pour apprendre à résoudre les problèmes des patients.

LA CONTRIBUTION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION A L'APPRENTISSAGE AVEC LES NOUVELLES REGLES PEDAGOGIQUES

Paul MENU¹, François MARCHESSOU², Henri-Jean PHILIPPE³

¹Département Médicochirurgical de Cardiologie. CHU - 86000 POITIERS - p.menu@chu-poitiers.fr

²I-médias Centres de Ressources Multimedia Université de Poitiers ; ³Faculté de Médecine de Nantes

Introduction :

Héritier de Saint Vincent de Paul, le médecin du XXI^{ème} siècle qui garde « sa vocation » et son sens du service public hésite à devenir un vrai professionnel de la santé. La confusion perdure entre « le bon médecin » au cœur généreux et l'hyper technicien professionnel. Sont-ils compatibles ? Est-il possible de les former de façon identique ? Pour la formation, on confond parfois, les nouvelles techniques de l'information et de la communication (NTIC) et les (NTE) nouvelles technologies éducatives. Enfin au sein des NTIC, on confond aussi souvent les outils et les principes d'apprentissages. De nombreuses publications évaluent l'impact des NTIC au niveau de l'école primaire et secondaire, le but de ce travail est de recenser les travaux sur l'évaluation de cet impact dans le domaine Universitaire.

Matériels

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 Tyler auquel on peut attribuer la première formulation du curriculum moderne et qui le premier a montré l'intérêt pour l'individu apprenant avec la création d'outils a publié ses travaux en 1950.

Enfin informer n'est pas former et s'affirme bien différent de l'apprentissage. 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, traiter et conceptualiser pour résoudre des problèmes ne fait que s'élargir.

Au sein de cette surinformation de la toile, le contrôle du contenu est devenu beaucoup plus complexe et difficile qu'il ne l'était lors de l'enseignement universitaire traditionnel, surtout en médecine. La pléthore d'information rend urgent la nécessité d'évaluation critique de ce type de formation pour éviter la confusion dans la construction du savoir.

En effet, la source du savoir, était encore hier bien localisée à la faculté, ce qui n'est plus le cas avec les NTIC. Si les notions d'objectif d'apprentissage, de besoin, d'évaluation, de preuve, de compétence, de tutorat ont avantageusement remplacé les programmes, les professeurs et les examens, le contrôle de la source avec la technologie innovante est beaucoup plus complexe et est devenu indispensable.

L'étudiant adapte sa formation aux modes d'évaluation. C'est la première règle qu'il faut absolument intégrer. Même si nous pouvons le regretter, l'étudiant de deuxième cycle ne recherche pas une quelconque compétence pratique mais bel et bien à réussir son mode d'évaluation pour continuer son cursus. Comment en France envisager une modification curriculaire en conservant des objectifs nationaux et un examen national classant en fin de deuxième cycle ? Et si les universités qui ont adopté un paradigme d'apprentissage avaient un classement pour leurs étudiants bien meilleur que celui des facultés ayant conservé un enseignement classique ?

Les deux vraies questions sont :

- Voulons-nous former des professionnels de la santé ?
- Acceptons-nous d'être des professionnels de la formation ?

Les trois questions subsidiaires sont :

- Pouvons-nous être des professionnels de la formation sans avoir été formés ?
- L'utilisation de l'outil NTIC peut-il nous aider à devenir de bons pédagogues ?
- Les NTIC peuvent-elles améliorer correctement la mise en place des NTE ?

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.

A.F.P. 13

F.M.C. et GROUPES DE PAIRS

J.L. GALLAIS

*Société Française de Médecine Générale [SFMG], 141 Av de Verdun. 92130 ISSY Les MOULINEAUX
sfmg@sfmg.org. Site : www.sfmg.org*

Contexte : Que la FMC soit volontaire, obligatoire ou incitative, peut-on conjuguer pertinence des méthodes, acceptabilité par les professionnels, faisabilité en routine et application des nouveaux comportements ? Comment passer des savoirs théoriques aux savoirs d'actions chez des médecins ayant des compétences et expériences différentes et exerçant dans des contextes variés ?

Méthode : Autour des principes d'analyse réflexive des pratiques réelles s'est structurée la méthode des « groupes de pairs » proposée par la SFMG. La règle de fonctionnement associe : petit groupe interactif (5 à 12 participants volontaires), travail exclusivement entre « pairs » sans expert ni leader, règle de tirage au sort des cas cliniques présentés, réunion mensuelle avec présence minimale de 6 séance par médecin et par an, rédaction de compte rendu de séance. Les éléments sémiologiques et historique rapportés, les trajectoires de soins, les décisions et problèmes rencontrés ou à résoudre, induisent des questionnements et des comparaisons entre les opinions, préférences et connaissances des participants. La question des référentiels pertinents et des ressources disponibles est centrale. Selon les besoins, une recherche documentaire est réalisée pour la réunion suivante. Un compte-rendu de séance avec une liste des présents est rédigé.

Résultats : En plus de la dynamique des groupes restreints, le choix de cas vécus aléatoires introduit la complexité soignante dans la résolution de problèmes avec débat sur les référentiels, valeurs, et normes individuelles et collectives. Il y a relativisation et adaptation des savoirs théoriques proposés. La parité favorise la prise de parole non hiérarchique avec évaluation volontaire individuelle et collective. Les allers et retours, avec mise à distance, entre pratiques vécues et recommandées participent à la construction de savoirs sur l'action, dans l'action et pour l'action.

Conclusion : Comme méthode d'inter-formation, le groupe de pairs s'inscrit dans les logiques de l'assurance qualité, des référentiels et d'EBM. Elle renforce les spécificités de la discipline et du métier « réel » favorisant les processus de professionnalisation et de développement identitaire. Ces diverses facettes expliquent sa diffusion actuelle et reconnaissance par de nombreuses instances nationales de formation et d'évaluation.

ATELIER SUR DEUX ASPECTS DU RAISONNEMENT CLINIQUE : LA TRANSMISSION DANS L'ENSEIGNEMENT DES REPRÉSENTATIONS MENTALES ET LA STRUCTURATION DE LA RÉFLEXION SUR LE PRONOSTIC

André QUINTON

*Directeur du Centre de Recherches Appliquées en Méthodes Educatives
Professeur d'Hépatogastro-entérologie - Bordeaux - andre.quinton@chu-bordeaux.fr*

Fondement théorique des sujets

La transmission dans l'enseignement des représentations mentales (modèles)

Les études de psychologie cognitive et les neurosciences ont montré l'importance des représentations mentales dans les actes de la vie. Des travaux sur le raisonnement clinique ont prouvé que les premières informations recueillies par un médecin étaient automatiquement organisées et comparées à des représentations (ou modèles, ou scripts) à partir desquelles s'organise l'investigation clinique, interrogatoire et examen,.

Ces représentations mentales restent habituellement inexprimées et ce sont des hypothèses que le clinicien propose sans toujours les commenter. Le travail effectué auprès des étudiants permet de constater que devant une situation clinique ils formulent certaines hypothèses très inappropriées, révélant par là qu'ils se réfèrent non à des représentations mentales multidimensionnelles mais à des listes de diagnostics accrochés à un terme séméiologique.

Les représentations mentales peuvent être enseignées pour peu qu'on les fasse expliciter par les cliniciens spécialistes du sujet et les mettent en forme. En gastro-entérologie la rédaction de modèles occupe seulement cinq pages. La docimologie contrôlant leur acquisition existe.

Structuration de la réflexion sur le pronostic

L'étape du pronostic, pour importante qu'elle soit, est la plus pauvre du raisonnement clinique habituel. Le pronostic, banalement dit *mauvais, excellent, médiocre* est dans les meilleurs cas exprimé en chiffres tirés de l'*Evidence based medicine*. Il est rare qu'il y ait une réflexion sur les facteurs du pronostic et leur hiérarchie, et qu'elle intègre les modalités évolutives possibles, les avatars du traitement, les problèmes psychologiques et sociaux.

A l'expérience la réflexion sur le pronostic s'avère la plus difficile du raisonnement clinique.

Contenu et déroulement de l'atelier

La transmission dans l'enseignement des représentations mentales : 1 h 30

- Présentation du concept de modèles et sa place dans le diagnostic : 20 min.
- Présentation et discussion des modèles élaborés par les participants 40 min
- exercices docimologiques : présentation de vignettes incluant des modèles 30 min

Structuration de la réflexion sur le pronostic

- Exposé sur la place de l'étape du pronostic dans le raisonnement clinique 15 min
 - Analyse avec les participants de deux situation clinique rédigée avec tous les éléments permettant une discussion sur le pronostic tout en restant du niveau du deuxième cycle des études médicales : deux fois 30 minutes.
 - Discussion : 15 min.
-

C01

PROPOSITION D'UN CADRE DE REFLEXIONS POUR LES MANQUEMENTS A L'ETHIQUE DANS L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

QUINTON André

Université de Bordeaux 2 – 143, rue Léo Saignat – 33076 - Bordeaux - andre.quinton@chu-bordeaux.fr

L'Université crée du savoir, le transmet et diffuse la conception d'un monde libre. Comme d'autres facultés, celles de médecine, sensibles à l'éthique, la pratiquent et l'enseignent dans les domaines des soins et de la recherche ; par contre elles ne témoignent pas des mêmes exigences dans celui de l'enseignement ; elles laissent perdurer certaines attitudes et méconnaissances qui relèvent du manquement à l'éthique, ternissant ainsi leur image de modèle universel dans la société.

But : Notre but a été de concrétiser le cadre d'une réflexion sur les manquements à l'éthique dans l'enseignement.

Méthode : La réalisation d'évaluations des enseignements dans une université conduit à identifier des situations qui relèvent du manquement à l'éthique. A partir d'une expérience conduite dans l'université de Bordeaux2, de notions générales et de faits connus de tous, nous avons identifié différents points pouvant constituer les éléments de l'évaluation du respect de l'éthique dans l'enseignement.

Résultats : On peut distinguer :

- Les manquements généraux : racisme, xénophobie, sexisme, harcèlement, manquements à la rigueur scientifique, diffusion de notions erronées ou obsolètes
- Les manquements enseignants, individuels et institutionnels, répartis entre :
 - Malentendus entre enseignants et étudiants
 - Mésentente entre enseignants préjudiciables aux étudiants,
 - Manquements à la science acquise et à la recherche
 - Conflits entre administration et enseignants préjudiciables aux étudiants,
 - Absence ou déficit de réflexions sur les finalités d'enseignement, les objectifs opérationnels, l'estimation des besoins
 - Manquements à l'éthique dans les contenus de l'enseignement
 - Manquements dans les modalités d'enseignement
 - Manquements dans le contrôle des connaissances,
 - Absence d'évaluation ou manquements à l'éthique dans l'évaluation elle-même
 - Les manquements éthiques des étudiants.

Commentaires : Si les manquements généraux relèvent de l'immaturation de notre société, ceux d'enseignants et d'institutions pourraient être le résultat de l'indifférence pour l'enseignement et du manque de formation pédagogique.

Conclusion : Prendre conscience que des anomalies de l'enseignement sont des manquements à l'éthique est une étape importante. L'analyse des causes permettrait d'y remédier.

C02

DE LA MORALE MEDICALE A L'ETHIQUE BIOMEDICALE

Yvette LAJEUNESSE

*Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 4565, chemin Queen-Mary, Montréal, Québec, Canada. H3W 1W5.
yvlajeunesse@hotmail.com*

La présentation a pour but de partager l'expérience de la faculté de médecine de l'université de Montréal dans l'implantation de son programme d'enseignement de l'éthique. Nous brosserons dans un premier temps un portrait du programme actuel qui tient compte entre autres des exigences des programmes d'éthique de différentes instances : Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, Conseil médical du Canada, etc. Cependant, le programme va au delà de ces exigences et vise l'enseignement d'une éthique "intégrative" centrée sur la relation patient-médecin laquelle exige également la prise en compte des enjeux du professionnalisme et de la communication. Puis, nous examinerons certaines difficultés rencontrées, qu'il s'agisse de l'ascendant de la bioéthique américaine malgré ses multiples théories et leurs limites, de la formation spécifique en éthique des professeurs ou encore de l'intégration de la formation en éthique dans le cadre quotidien des activités cliniques. Enfin, nous aborderons certaines solutions qui pourraient permettre une constante évolution du programme.

C03

COMMENT APPUYER UN APPRENTISSAGE DE L'ÉTHIQUE EN PCEM 1 SUR LES APPROCHES CULTURELLES ET SOCIALES DU CORPS ET DE LA MALADIE ?

Catherine LE GRAND-SEBILLE

Maître de Conférences à la Faculté de Médecine de Lille 2, en Socio-anthropologie de la santé et Éthique médicale. catherinelgs@aol.com

Contexte : L'enseignement de l'éthique aux étudiants de médecine repose souvent sur des orientations philosophiques, déontologiques et juridiques qui s'intéressent peu à la «concrétude» du corps, à la manière dont celui-ci est façonné culturellement et diversement socialisé. De même la variabilité des significations et des interprétations quant à la maladie ou au handicap est-elle ignorée au profit d'une vision universaliste et normative.

But : Grâce à cette sensibilisation en PCEM 1 à la pluralité des valeurs et des représentations, il s'agit d'amener les étudiants à comprendre et à respecter le point de vue de l'«autre», de recontextualiser la moralité des comportements et d'ouvrir la voie à une tolérance critique.

Méthode : Dans une perspective anthropologique il est montré aux étudiants que l'appartenance à une culture fournit à l'individu le cadre dans lequel s'opèrent les interprétations touchant tous les phénomènes du corps et, en particulier, la maladie et ses symptômes. Ainsi l'individu confronté à une sensation corporelle désagréable et inhabituelle doit-il la "décoder", la relier éventuellement à d'autres manifestations, décider s'il y a lieu d'y voir un signe menaçant pour lequel une action s'impose. Il doit aussi pouvoir en rendre compte, expliquer aux autres ce qu'il ressent s'il veut recevoir une aide.

Une telle élaboration n'est pas seulement individuelle, elle est reliée au social et à la culture.

La réflexion sur l'altérité culturelle permet aussi d'appréhender les différences de réaction selon les sociétés concernant la douleur, la nature de l'anxiété associée à différents symptômes, l'intérêt plus ou moins grand porté à différents organes ou diverses parties du corps.

Pour sensibiliser nos étudiants à l'altérité sociale, nous posons la question de la place de la personne malade socio-économiquement démunie dans notre système de soins, la manière dont celle-ci est considérée, l'écoute et l'attention qu'on lui accorde, l'intérêt que l'on porte au récit de son histoire singulière, le droit à l'expression qu'on lui reconnaît; la possibilité d'échanges, d'informations, de questionnements, de contestations, voire de refus qu'on lui offre; les choix qu'on lui permet d'exercer; l'accueil et la place que l'on réserve à ses proches; le partenariat (entre autre, dans le traitement) qu'on lui a proposé.

Il s'agit-là de poser un regard distancié sur le réel pour constater que les usagers ne sont pas tous égaux et impliqués de la même manière dans les processus décisionnels du champ sanitaire.

Résultats et Conclusion : Favoriser grâce à l'approche socio-anthropologique une éthique plus discursive que normative.

C04

DIMENSIONS PARTICULIÈRES DE L'ENSEIGNEMENT DE L'ÉTHIQUE DURANT LES ÉTUDES MÉDICALES*

Didier MOULIN, Dominique PESTIAUX, Dominique Vanpee, Véronique GODIN

Faculté de médecine. Université Catholique de Louvain Godin@pedm.ucl.ac.be

L'enseignement de la bioéthique médicale constitue un défi du fait de sa nature particulière.

L'éthique biomédicale confronte le médecin et déjà l'étudiant en médecine aux devoirs de l'action « médicale ». Il s'agira de projeter puis de réaliser « ce qui doit être fait », « l'action bonne » dans l'interaction si possible positive et dans l'interprétation souvent divergente des personnes concernées : le malade, son entourage, les différents acteurs des soins de santé.

Cet apprentissage ne peut se réaliser qu'à l'occasion de la pratique de l'art de guérir et à la faveur d'une réflexion partagée par les différents acteurs concernés dont le patient. Il s'agira donc de l'organiser pour l'étudiant dans le cadre des modalités qui l'initient à la démarche clinique.

Nous avons choisi d'intégrer la formation à la bioéthique dans le cadre plus large du contexte de la pratique médicale. Les enseignants issus des divers domaines organisent une formation qui comprend le dialogue interdisciplinaire, c'est-à-dire le regard croisé des disciplines sur des thématiques communes. Ainsi par exemple un économiste, un philosophe et un médecin envisagent les dimensions économiques, éthiques et médicales de la répartition des ressources en soins de santé. Ce faisant cet enseignement met en branle la démarche de la bioéthique qui selon Paul Ricoeur implique autrui mais aussi l'épreuve de la décision et de la raison.

La formation se déploie sur les trois premières années du second cycle des études.

En première année 24 heures de cours magistraux visent à l'acquisition par l'étudiant des outils disciplinaires de base. Chaque cours est donné par deux ou trois enseignants qui apportent les concepts et les méthodes particulières à leur discipline concernant une thématique commune.

En seconde année 12 séminaires d'une durée de deux heures permettent d'approfondir des questions choisies par les étudiants en rapport avec leur expérience concrète en cours de formation. L'objectif des séminaires est de rendre l'étudiant capable d'identifier et d'analyser les enjeux éthiques, sociaux et économiques d'un problème de santé. Ces séminaires sont encadrés par des équipes pluridisciplinaires d'enseignants. Ils se réalisent en groupe de 20 à 30 étudiants.

En troisième année l'étudiant doit réaliser un travail personnel qu'il rédigera et défendra devant un jury. Il s'y montrera capable de discuter les enjeux éthiques et sociaux d'un problème de santé et de définir une ligne de conduite cohérente de même que de la défendre.

L'évaluation comprend trois étapes: celle de l'acquisition des outils disciplinaires à la fin de la première année, la mesure de la participation active aux séminaires de seconde année et l'appréciation du travail personnel rédigé, puis défendu publiquement. L'évaluation se veut formative, c'est à dire qu'elle doit constituer un incitant à une participation active aux activités proposées, elle doit permettre un feed back éclairant sur ses performances.

Conclusions. La formation en bioéthique est intégrée au champ plus vaste de l'enseignement des diverses disciplines qui constituent le contexte de la pratique de l'art de guérir. Toutes les activités proposées à l'étudiant le sont de façon pluridisciplinaire et en connexion avec l'initiation simultanée de l'étudiant à la maîtrise de tous les aspects de la démarche clinique et cela tout au long des études du second cycle en médecine. Plus que de transmettre un savoir particulier un tel programme ambitionne de procurer au futur médecin les moyens à l'occasion de la pratique de l'art de guérir de décider en raison, tout en impliquant autrui ainsi que le suggère Paul Ricoeur

*Ce programme de formation a été conçu et élaboré par Mylène Baum, Marie Christine Closon, Alain Deccache, William D'hoore, Michel Dupuis, Véronique Godin, Daniel Grodos, Dominique Lison, Luc Michel, Didier Moulin, Dominique Pestiaux, Luc Roegiers, René Tonglet.

C05

APPRENTISSAGE DE L'ETHIQUE MEDICALE. A PROPOS D'UNE METHODE PARTICIPATIVE MENEES A LA FACULTE DE MEDECINE DE MONASTIR

A.CHADLY

Service de Médecine Légale – Cercle éthique

Faculté de médecine - Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba – Monastir (Tunisie)

Site-web : www.medlegmonastir.org e-mail : chadly.ali@rns.tn

Une expérience en matière d'enseignement de l'éthique médicale a été débutée à la Faculté de médecine de Monastir (Tunisie) en 1993. Cet enseignement a d'abord consisté en des cours magistraux destinés à des étudiants de la deuxième année du Premier cycle des études médicales dans le but de les sensibiliser à certaines questions d'ordre éthique. Cet enseignement a été évalué à l'arrivée en troisième année du Deuxième cycle (année terminale) des étudiants qui en ont bénéficié et a montré ses limites.

Un stage obligatoire en médecine légale d'une durée de deux semaines pour ces étudiants a été mis à profit pour instaurer la tenue de débats éthiques complétant l'enseignement théorique pré-existant. L'expérience a été adoptée depuis ce temps en même temps qu'un complément d'enseignement de « droits de l'Homme en médecine » a été institué pour ces étudiants de terminale. Au cours des réunions éthiques, un groupe de trois ou quatre étudiants présentent pendant une trentaine de minutes un exposé sur des thèmes actuels touchant à l'éthique médicale et qu'ils choisissent eux-mêmes (auto-apprentissage) en s'y documentant au préalable en petits groupes sous le tutorat d'un interne de médecine générale ou d'un résident en spécialité. La présentation des étudiants est suivie par un tour de table au cours duquel les étudiants prennent la parole pour poser des questions, exprimer un point de vue et bâtir une controverse éthique. Un document vidéo, extrait de film ou de documentaire, est projeté pour illustrer la question débattue et interpeller l'attention critique de l'étudiant grâce à une situation « vécue » sur la bande vidéo. Le débat dure deux heures, une personne ressource est invitée à y assister, elle y joue une position d'expert-arbitre, corrige les erreurs de fond survenues au cours du débat et rapporte son expérience personnelle en fin de séance. Le compte-rendu de ces séances est publié dans une version condensée sur le site internet du Service www.medlegmonastir.org, à la rubrique « ateliers étudiants de réflexion éthique » afin de permettre aux étudiants n'ayant pas assisté aux débats en question de disposer de références.

Nous rapportons dans ce travail cette modeste expérience et l'évaluation qui s'en est dégagée.

C06

ENSEIGNEMENT / APPRENTISSAGE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT AUPRES DES ETUDIANTS DE 2EME (P.C.E.M.2) ET 3^{EME} (D.C.E.M.1) ANNEE A LA FACULTE DE MEDECINE DE NANTES

Angélique BONNAUD, Gérard DABOUIS, Jacques Henri BARRIER et Alain MOUZARD.

CHU Hôtel-Dieu, 1 Place Alexis Ricordeau, 44093 Nantes, cedex.

Faculté de médecine de Nantes, 1 rue Gaston Veil, 44093 Nantes, cedex.

angelique.bonnaud@chu-nantes.fr

Contexte : Après le constat de la place insuffisante accordée à l'apprentissage de la relation médecin-patient à la faculté de médecine de Nantes, une activité d'enseignement a été officiellement mise en place auprès des étudiants de P2 et de D1 lors de la dernière rentrée universitaire.

But : Il s'agit de sensibiliser les étudiants et de les aider à appréhender de manière critique leur future pratique qui repose avant tout sur la rencontre avec un sujet.

Méthode : Nous avons choisi une méthode interactive en lien constant avec le terrain grâce aux stages qui sont la pierre angulaire de cet enseignement. Pour les étudiants de P2 comme pour ceux de D1, il y a quatre enseignements intégrés. La méthode pédagogique est celle de travail en sous groupes interactifs à partir de cas cliniques avec des apports théoriques. Ces enseignements sont intégrés à un stage auprès de médecins libéraux et hospitalier pour les P2, et auprès de médecins hospitaliers en médecine interne pour les D1. Après les stages, sont organisées des séances d'évaluation formative au cours desquelles a lieu une rétroaction et des échanges à partir de leurs vécu d'observateurs pour les P2 et de leur vécu de la rencontre avec un patient pour les D1.

Résultats : Il s'agira au cours de cet exposé oral de présenter dans quelle dynamique a été menée, et continue de l'être, la réflexion autour de cet enseignement puis, de développer, pour chaque année, les programmes et les méthodes pédagogiques utilisées. Nous insisterons sur la nécessité des stages qui sont à notre sens indispensables pour rendre crédible et efficace cet enseignement de la relation médecin-patient. Pour terminer, nous présenterons les premiers résultats des évaluations des enseignements et des stages.

C07

APPROCHE COMPREHENSIVE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE ETHIQUE PEDAGOGIQUE AU COURS D'UNE SEQUENCE D'ENSEIGNEMENT ET D'APPRENTISSAGE CONSACREE A L'ETHIQUE EN DCEM1

D. LEBOUL, J. JOUQUAN, Ph. BAIL, C. BERTHOU, A. GENTRIC, AM. LE FLOHIC, Ch. LEROYER, Ph. PARENT, M. WALTER

Département de Sciences humaines et sociales. Faculté de médecine de Brest, Université de Bretagne Occidentale. BP 815, 29285 BREST cedex daniele.leboul@univ-brest.fr

Contexte : Un module d'enseignement et d'apprentissage consacré à l'éthique et à la psychologie de l'action médicale est organisé depuis 8 ans dans notre faculté en DCEM1, à la fin de la partie « pré-clinique » du cursus, dans le cadre d'une réforme pédagogique institutionnelle développée depuis 1995. Il est mis en œuvre selon les principes et le format de l'apprentissage par problèmes. Les objectifs généraux de la séquence d'enseignement sont : l'acquisition intégrée de repères conceptuels en psychologie, éthique et déontologie médicales ; la sensibilisation aux dimensions de la compétence mobilisée dans l'action médicale à l'interface de ces différents champs, dans le contexte de 5 situations de santé problématiques : l'information du patient et l'annonce d'une « mauvaise nouvelle » ; la maladie chronique ; le consentement éclairé à un protocole de recherche clinique ; la continuité des soins du curatif au palliatif ; la limitation de traitement en soins intensifs.

But : L'approche pédagogique s'inscrit dans le paradigme d'apprentissage et privilégie le rôle de l'étudiant qui apprend seul, en interaction avec son professeur et avec ses pairs, à partir de questions qu'il s'est posé en situation d'analyse et/ou de résolution de problèmes. Avec cette perspective, nous souhaitons vérifier si l'apprentissage de la démarche de réflexion éthique était congruent avec la relation pédagogique mise en œuvre.

Méthodes : Une évaluation qualitative utilisant une approche compréhensive a été effectuée. Elle a exploité un matériau textuel constitué, d'une part des réponses à un questionnaire ouvert administré aux étudiants dès la fin de la séquence d'enseignement, d'autre part à partir des échanges développés au cours d'un groupe de discussion organisé deux mois après la fin de l'enseignement avec 12 étudiants.

Résultats : Les analyses des réponses au questionnaire et du verbatim du groupe de discussion sont convergentes. Elles corroborent l'appropriation par les étudiants des notions conceptuelles visées par les objectifs de l'enseignement : la place centrale du patient dans la démarche de soins, son autonomie, l'exigence de compétences spécifiques de la part du médecin, la valeur de l'information, l'égalité dans le débat. Elles précisent la

perception de leur part d'une forte cohérence avec les principes pédagogiques mis en œuvre : apprentissage en interaction avec leurs tuteurs et avec leurs pairs de contenus situés dans des contextes spécifiques, reliés à des tâches, en lien avec des compétences, au service de problèmes à résoudre.

Conclusion : A l'issue d'une séquence d'enseignement et d'apprentissages contextualisés, consacrée à l'éthique et à la psychologie de l'action médicale, les étudiants identifient une authentique congruence entre le cadre conceptuel de l'enseignement « centré sur l'étudiant » et celui de l'action médicale « centrée sur le patient ». Nous analysons cette congruence comme étant de nature éthique.

C08

APPRENTISSAGE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT PAR UNE EXPERIENCE DE TYPE BALINT PROPOSEE AUX ETUDIANTS HOSPITALIERS

Jean-Christophe WEBER¹, Tania KAPPLER-CONSTANS²

¹Fédération de médecine interne A et Laboratoire Universitaire «Ethique et pratiques médicales», Hôpitaux Universitaires, 1, place de l'hôpital, 67091 Strasbourg Cedex jean-christophe.Weber@chru-strasbourg.fr

²16, rue A. Béchamp 67540 Ostwald

Le futur médecin n'est guère préparé à tous les registres sollicités par la rencontre clinique, et se trouve embarrassé par la demande et les mobilisations affectives qu'elle suscite. Prendre de la distance, interroger, réfléchir à partir de situations concrètes permet de séparer ce qui relève de l'implication personnelle et ce qui relève de la responsabilité professionnelle. Le groupe Balint est un lieu où peut s'élaborer le questionnement qui émerge de la rencontre avec des malades et de ses effets subjectifs. Nous présentons une expérience proposée depuis une dizaine d'années aux étudiants hospitaliers qui effectuent un stage de quatre mois dans les services de la fédération de médecine interne A.

Le cadre est défini par les principes suivants : confidentialité, volontariat, régularité de la participation (séances d'une heure hebdomadaire). A partir du vécu en situation de soignant, même débutant, peut se construire une pensée : nommer ce qui se passe, mettre en sens les faits, les analyser, isoler les difficultés, aide à ouvrir le questionnement sur la manière dont chaque participant fait vivre sa fonction, sur sa représentation du métier de médecin, sur son rapport aux autres humains. La psychologue qui anime le groupe n'a pas d'autre activité dans le service et est rémunérée par la faculté. L'expérience est évaluée par un auditeur qui recueille les témoignages des participants à la fin du stage.

Un des moteurs du travail se base sur la possibilité de reconnaître un écart entre ce qui apparaît comme vérité du désir d'être médecin et l'image du médecin que chaque étudiant voudrait être. Travailler les interstices entre le don de soin et le don de soi, entre le désir de guérir du patient et celui du médecin, permet d'aménager la distance nécessaire pour laisser une vraie place au patient.

Il est parfois difficile pour certains d'entrer dans un travail à rebours d'une transmission de savoir ; ceux qui y adhèrent témoignent d'une trouvaille qui donne à leur formation médicale un enrichissement insoupçonné.

C09

LE STAGE CLINIQUE D'ETHIQUE MEDICALE. QUINZE ANNEES DE PRATIQUE AU LIT DU MALADE

MANTZ J.M., STORCK D.

Département d'Ethique - Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - 67085 STRASBOURG - jm.mantz@free.fr

Stage d'éthique clinique au lit du malade, organisé depuis 1987, obligatoire pour les étudiants du deuxième cycle.

L'objectif est la mise en lumière des problèmes éthiques posés concrètement par les malades et l'apprentissage de la décision.

Le stage se déroule tout au long de l'année. Quinze services hospitaliers y participent. La durée du stage est de cinq matinées. Les étudiants, répartis en petits groupes, passent chaque matin dans un autre service et sont confiés à un médecin senior qui les met en contact avec quelques-uns des malades du service.

L'interne et l'infirmière qui ont en charge le malade participent à la présentation. Chaque cas fait, en fin de matinée, l'objet d'un échange général de vues. La validation du stage se fait par la présence et la participation.

Ce stage aussi apprécié des étudiants que gratifiant pour les enseignants, permet de mettre en pratique sur le terrain les données théoriques enseignées par ailleurs à la Faculté sous forme de cours, conférences ou séminaires d'éthique. Il a en outre l'intérêt de sensibiliser les médecins hospitaliers, chacun dans sa spécialité, à la dimension éthique de leur exercice.

Une enquête sur l'impact de ce stage sur la pratique des médecins qui en ont bénéficié a été réalisée.

C10

ENSEIGNEMENT DE L'ETHIQUE MEDICALE PAR SEMINAIRE AUX ETUDIANTS DU DEUXIEME CYCLE. LE BILAN DE L'EXPERIENCE STRASBOURGEOISE

J.C. WEBER, M. BERTHEL, A. CLAVERT, A. DANION-GRILLIAT, S. GAYOL, M. HASSELMANN, D. HEITZ, M. KOPP, J.M. MANTZ, D. STORCK, P. WOLFF.

Faculté de Médecine, 4 rue Kirschleger, 67000 Strasbourg, France jean-christophe.Weber@chru-strasbourg.fr

L'enseignement de l'éthique médicale peut se concevoir selon différentes modalités. Dans le cadre des séminaires obligatoires pour les étudiants du second cycle, a été élaborée au fur et à mesure des années, une formule qui privilégie la réflexion personnelle à travers le déploiement d'une analyse de cas. Nous présentons cette expérience strasbourgeoise.

Chacune des deux séances annuelles concerne environ 70 étudiants de DCEM3 ou DCEM4. Après un bref exposé introductif de présentation de la démarche, les étudiants sont répartis en groupes, animés par un enseignant. Des cas tirés de la pratique font l'objet d'une analyse éthique. Chaque cas est construit de telle sorte qu'il débouche sur une alternative : interrompre ou non un traitement, accéder ou non à une demande, entreprendre ou non un traitement... Il est demandé à chaque groupe, après avoir dégagé la problématique éthique d'un cas, de construire un argumentaire rationnel pour étayer et justifier une des options de l'alternative, même si elle est contraire à la conviction des membres du groupe. Chaque cas est ainsi analysé par deux groupes. Le deuxième temps du séminaire se déroule en séance plénière. Un débat contradictoire a lieu, initié par les étudiants porte-parole de leur groupe, élargi à l'ensemble des participants. Des compléments plus théoriques sur l'histoire et la nature des principes et valeurs évoqués sont fournis.

L'intérêt d'une telle démarche réside dans la nécessité de rechercher tous les aspects éthiques soulevés par un cas sans se limiter à la question principale ; de plus, elle permet s'exercer à passer d'une conviction à une décision argumentée, d'expérimenter l'analyse des conflits de valeur qui est le lot commun de la plupart des décisions médicales difficiles et d'articuler de brefs apports fondamentaux à des situations concrètes.

L'évaluation par commentaires libres recueillis par écrit à la fin de la séance témoigne de l'adhésion des étudiants à ce type d'enseignement.

C11

ENSEIGNEMENT DE L'ETHIQUE A DIJON : 1° BILAN D'UNE EXPERIENCE

Irène FRANÇOIS¹, Bernard BLETTERY², André GISSELMANN³

¹*Médecine Légale et Droit de la Santé, Faculté de Médecine, 21079 Dijon cedex* ijl.francois@wanadoo.fr,

²*Réanimation Médicale, Hôpital Général, 3 rue du Fbg Raines, 21033 Dijon cedex*

³*Santé Publique, Faculté de Médecine, BP 87900, 21079 Dijon cedex*

Plutôt que d'enseignement de l'éthique, nous parlerons d'accompagnement dans la construction d'une réflexion, car c'est bien là notre objectif : permettre aux étudiants, par l'écoute ouverte et critique de discours très divers (médical, religieux, juridique, politique, militant...) de repérer quelles sont les valeurs à l'œuvre et de parvenir à construire sa propre réflexion, en prenant conscience des références choisies.

Parce que l'approche éthique est un questionnement et une remise en question permanent, parce que ce que l'on croit certain et acquis peut à tout moment être ébranlé, nous avons choisi de travailler avec de petits groupes (12- 14 étudiants maximum), que nous accompagnons tout au long de l'année.

Ce travail s'accompagne de l'organisation d'une journée annuelle de réflexion sur un sujet précis. Les étudiants ayant travaillé le sujet sont invités à présenter leur travail.

Nous présenterons le fonctionnement de notre enseignement, basé sur une multidisciplinarité très large et des interventions extérieures à la faculté. L'étude des évaluations par les étudiants nous guide et nous permet de rester à l'écoute de leur questionnement.

C12

IMPLANTER UN PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE L'ETHIQUE AUX RESIDENTS

*Michelle DALLAIRE et le COMITE D'ENSEIGNEMENT DE L'ETHIQUE A LA RESIDENCE (CEER)
Faculté de médecine, Université de Montréal
michelle.dallaire.chum@ssss.gouv.qc.ca*

Contexte : En juin 1998, un groupe de travail constitué de médecins de diverses spécialités recevait du Doyen le mandat d'implanter un programme novateur d'enseignement de l'éthique aux résidents de la Faculté de médecine.

Méthodologie : le mandat était de structurer un programme autour d'ateliers sur différents thèmes, enseignés à des groupes de résidents (environ 15) issus de spécialités diverses afin de favoriser l'interdisciplinarité et autour d'activités favorisant l'intégration de l'éthique au quotidien (analyse de cas clinique, analyse d'entrevues patient-médecin, journal club, etc.), principalement regroupées dans un programme appelé Programme intégré de formation en éthique clinique (PIFE).

Nous avons du 1- *construire une structure organisationnelle* regroupant des responsables de treize spécialités. Nommés par leur directeur de département, ils assurent la diffusion de l'information tant vers ce directeur (en ce qui concerne les besoins en termes de budget, de secrétariat ou de disponibilité et formation des professeurs) que vers les 57 directeurs de programmes (pour l'intégration des objectifs aux diverses activités cliniques). Un coordonnateur assure le leadership de l'ensemble des activités ; 2- *identifier ou former un corps professoral* adéquat ; 3- *mettre en place un processus d'évaluation* : des fiches d'évaluation ont été produites pour chaque activité pédagogique, qui sont complétées par les résidents participants, compilées par le secrétariat et analysées au Comité de programme.

Résultats :

- De septembre 1999 à avril 2002, 57 ateliers de 3 heures ont été offerts. 526 résidents y ont assisté (70 % de participation).
- De mars 1999 à décembre 2001, le PIFE a été enseigné à 9 reprises, pour un total de 76 jours d'enseignement (680 heures) par un groupe de 14 professeurs. 107 résidents issus de 11 programmes différents se sont prévalus de cette formation.
- Les évaluations fournies par les résidents ont permis de réviser les besoins et d'ajuster les activités.

Conclusion : Maintenir un enseignement de qualité inter spécialité est une tâche complexe requérant un corps professoral compétent, une direction facultaire engagée et une promotion soutenue de la discipline auprès des résidents. Une communication par affiche est proposée conjointement à cette présentation pour diffuser le contenu pédagogique de ce programme.

C13

L'ETHIQUE AU QUOTIDIEN, EN MEDECINE GENERALE (ACTION DE FORMATION CONTINUE)

*Francis RAPHAEL, Patrick TABOURING, Alain AUBREGE, Jean-Dominique de KORWIN
Faculté de Médecine de Nancy – France, 54505 Vandoeuvre-les-Nancy - raphael.fr@infonie.fr*

But de la séance de formation : induire une réflexion sur l'éthique médicale dans la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Objectifs pédagogiques:

- Définir les notions de déontologie, de morale, d'éthique.
- Enumérer les principales situations qui posent des problèmes éthiques en Médecine Générale (secret professionnel, vérité, respect de l'intégrité du sujet, consentement éclairé...)
- Analyser ces situations.
- Identifier les aspects philosophiques, psychologiques, déontologiques et législatifs intervenant dans une réflexion éthique.

Méthodes pédagogiques :

- Un exposé magistral en plénière.
- Des cas cliniques étudiés en petits groupes (cas vécus par les formateurs)

Outils pédagogiques : tableau de papier, rétroprojecteur ou ordinateur avec projecteur, magnétoscope, utilisation d'une grille critérisée permettant l'évaluation.

Evaluation :

La dimension éthique d'une décision médicale en Médecine Générale a été évaluée à l'aide d'une grille critérisée (8 items), permettant de :

- Identifier le(s) problème(s) éthique(s) soulevé(s) par l'étude du cas clinique.
- Identifier le(s) problème(s) éthique(s) rencontré(s) dans la solution proposée.

La procédure d'évaluation sera mise en œuvre à partir de la présentation du cas clinique de chaque groupe en plénière, suivi d'une évaluation croisée par chacun des groupes de travail.
Cette séance a été jugée pertinente puisqu'elle a entraîné la demande par les participants de création d'un groupe de pairs sur ce thème.

C14

LE QUESTIONNEMENT ETHIQUE DANS LA PRATIQUE GENERALISTE UNE ACTION DE FORMATION INNOVANTE

P.BONNET

Cabinet Médical - Chemin de l'Eltraz - 38110 CESSIEU p.bonnet@medsyn.fr

La pratique du test de dépistage du risque accru de trisomie 21 introduit en 1997 par les lois de bioéthique interroge directement le médecin généraliste dans son exercice. Elle pose une vraie question éthique que l'on ne peut réduire à une simple affirmation de conviction : il est « bien » ou il est « mal » de dépister puis d'éliminer les trisomiques 21 par interruption de la grossesse. Le médecin est effecteur de soins et exerce sa mission dans le cadre de la loi ; pour autant sa réflexion peut permettre à la société d'avancer dans la préservation du respect des personnes.

Plus largement, l'utilisation de tests génétiques à visée diagnostique dans les domaines de l'assurance individuelle en vue de l'exclusion de certains risques, ou en médecine du travail vont induire des répercussions sur le devenir social des individus concernés. Ils touchent à « l'intimité génétique » des personnes, ce qui pose le problème de la protection de la confidentialité des informations médicales. Au prétexte d'une optimisation du suivi sanitaire, ils vont permettre, s'il n'existe pas un cadre juridique clair, un risque de sélection par un tiers (employeur, assureur, voire la Société) à des fins dépassant largement les intérêts de l'individu. Une réflexion sur ce sujet prend d'autant plus d'actualité sous l'éclairage de la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et de la modernisation du système de santé.

MG Form a mis en place une formation de 2 jours qui aborde *le questionnement éthique relatif aux avancées de la génétique* et des tests génétiques en pratique ambulatoire, ouvrant le champ d'une pratique nouvelle : la médecine prédictive.

Ce séminaire propose aux médecins généralistes de réfléchir sur les conséquences de leur pratique sur l'avenir des personnes et leur retentissement social. Cette réflexion est abordée dans le suivi de la grossesse et des personnes à risque connu de cancer ou de pathologies chroniques du fait d'antécédents familiaux, lors de la réalisation des examens préalables à la signature de contrat d'assurance et dans le suivi des personnes à risque professionnel.

Pour aider à cette réflexion, à partir de situations cliniques de pratique généraliste, nous proposons d'introduire dans ce séminaire les bases philosophiques de la réflexion éthique, une analyse juridique du principe de responsabilité médicale, de consentement du patient, de l'obligation de moyens et de résultats, indispensables à une pratique professionnelle éclairée, responsable et en accord avec les exigences de nos missions modernes de soin des personnes.

Cet exercice formel ouvre la voie à la « médecine prédictive » et la « génétique », applicable de façon générale à toute relation médecin patient.

La première formation réalisée en octobre 2002 a réuni 18 médecins généralistes et 5 experts (médecin généraliste, philosophe, bio-généticien, juriste et interniste). Les 18 participants ont coté « satisfaisant et très satisfaisant » l'ensemble des items d'évaluation du séminaire.

Les commentaires libres font état de « la pertinence, l'originalité, le désir de poursuivre la réflexion en l'élargissant à d'autres domaines de la pratique professionnelle »

C15

ÉVALUATION DE LA DECISION EN SITUATION COMPLEXE : COMPARAISON DE L'INCIDENCE DE JURY D'EXPERTS SUR L'APPRECIATION D'ETUDIANTS EN DEBUT OU EN FIN DE CURSUS

G. LLORCA

Service de Rhumatologie, Pavillon 2B, Centre hospitalier Lyon-Sud 69495 PIERRE-BÉNITE Cedex guy.llorca@chu-lyon.fr

Contexte : Les situations débouchant sur des décisions complexes sollicitent tout particulièrement l'éthique clinique, car les solutions possibles ne sont généralement pas univoques. L'évaluation de la qualité de telles décisions demeure une question fondamentale ¹.

But : à partir de l'analyse des modalités pratiques d'une décision complexe type, comparer l'application d'une démarche de type concordance de script (TCS) ² à une démarche d'évaluation classique.

Méthode : Une situation complexe exemplaire est proposée sous forme d'un cas clinique débouchant sur 6 propositions d'attitudes différentes possibles et non exclusives. Cette situation est soumise, d'une part à 4 jury d'experts logiques (15 membres d'un Comité d'éthique, 15 professeurs de médecine habitués au raisonnement éthique, 44 enseignants de thérapeutique et 65 médecins généralistes) et un correcteur unique, et, d'autre part, à 50 étudiants en médecine en début de formation clinique et à 11 internes en médecine en fin de cursus. Les réponses aux 6 propositions sont recueillies sur une échelle de Likert en 5 points (-2 à +2) ². Les réponses des 4 jury et du correcteur unique sont comparées, puis utilisées pour corriger les réponses des étudiants et des internes en mode TCS (pour les 4 jury) et en mode QCM (pour le correcteur unique).

Résultats : Les réponses des 4 jurys sont sensiblement voisines. Les réponses des étudiants en début de cursus divergent très significativement. Les réponses des internes sont proches de celles des jurys. Les moyennes obtenues sont significativement plus basses pour les étudiants par rapport à celles des internes, tant en correction par TCS que par QCM. La correction par TCS rend mieux compte des divergences d'experts et permet d'obtenir des notes supérieures en évitant une borne inférieure égale à 0. Il existe une corrélation significative des notes déterminées par les différents jurys.

Conclusion : Cette étude démontre la supériorité de l'application d'une évaluation de type TCS par rapport à une évaluation unique dans le cas de l'analyse de décisions complexes. Cette démarche semble bien adaptée à l'évaluation décisionnelle en matière d'éthique clinique et semble capable de mettre en évidence l'écart correspondant au savoir professionnel.

1. Llorca G. : *Du raisonnement médical à la décision partagée. Introduction à l'éthique en médecine. Éditions Med-Line, Paris, 2003.*

2. Charlin B., Gagnon R., Sibert L., Van der Vleuten C. : *Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique. Pédagogie Médicale, 2002 ; 3 : 135-144.*

C16

STABILITE DES RESULTATS DE L'EVALUATION DU RAISONNEMENT CLINIQUE PAR LE TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPT UTILISE DANS 2 MILIEUX CULTURELS DIFFERENTS

L. SIBERT,* B. CHARLIN, R. GAGNON,** J. CORCOS.*****

C.H.U. Rouen, France louis.sibert@chu-rouen.fr , **Université de Montréal, *Université McGill, Montréal, Canada.*

Contexte : Le test de Concordance de Script (TCS) est un examen écrit conçu pour mesurer l'organisation des connaissances qui permet d'interpréter les données lors du raisonnement clinique. Le système de notation est basé sur les réponses données par un groupe d'experts. Plusieurs études menées dans différentes disciplines ont montré que le TCS présentait de bonnes caractéristiques psychométriques (validité de construit, validité prédictive, fiabilité).

But : Explorer la stabilité des scores obtenus au même test lorsqu'il était administré dans 2 milieux culturels différents. Le domaine évalué est l'urologie.

Méthodes : Un TCS de 80 items a été administré à 2 groupes de participants français (15 externes, 11 internes) et anglophones (8 externes, 14 internes). Leurs réponses ont fait l'objet d'une double correction, l'une avec les réponses obtenues par un panel d'urologues français, l'autre par un panel d'urologues anglophones. Les scores ont été comparés par analyse de variance, la fiabilité du test a été étudiée par le calcul du coefficient alpha de Cronbach.

Résultats : Les scores des internes ont été significativement supérieurs à ceux des externes, quelque soit le milieu culturel et linguistique du panel d'urologues utilisé pour établir la notation. Les candidats obtenaient néanmoins de meilleurs scores quand ils étaient jugés par des urologues de leur milieu. Le coefficient alpha a été mesuré à 0,794 et 0,795.

Conclusions : Les résultats confirment la stabilité de la validité de construit et de la fiabilité du test lorsqu'il est utilisé dans 2 milieux culturels et linguistiques différents. Le maintien des qualités psychométriques de cet outil

d'évaluation apparaît particulièrement attractif, compte tenu des nécessités d'harmonisation des programmes de formation médicale au sein de l'Union Européenne.

C17

EVALUATION DE L'APPRENTISSAGE DES GESTES D'URGENCE PAR LES ETUDIANTS EN MEDECINE A DISTANCE DE LEUR FORMATION

C AMMIRATI, F KRIM, C AMSALLEM, C BOYER, JM MERCECA, H THIEBAUT, B NEMITZ

SAMU 80, faculté de médecine d'Amiens, place V Pauchet 80 000 Amiens - Ammirati.christine@chu-amiens.fr

L'objectif était d'évaluer les connaissances cognitives et gestuelles de 91 étudiants de PCEM1 validé, en comparant leurs performances avant, à la fin et 18 mois après la formation aux gestes d'urgence.

Méthode. Les connaissances théoriques ont été testées par 50 QCM à choix libre. Deux grilles d'observation portant respectivement sur la conduite pratique face à un patient inconscient qui ventile (8 critères) et sur un arrêt cardiorespiratoire (7 critères) ont évalué le comportement et la gestuelle. Deux techniques pédagogiques ont été employées sur deux cohortes de 45 et 46 étudiants : une technique démonstrative conforme aux recommandations du secourisme français et une technique pédagogique de découverte.

Résultats. *Connaissances théoriques :* Les connaissances antérieures des étudiants sont justes pour 72% des items. L'existence d'une formation antérieure de secourisme influence significativement ($p=0.0001$) les résultats obtenus avant la formation mais n'a pas de conséquence significative sur les performances à la fin et à distance. En moyenne, la perte de performance est de 5 % en 18 mois.

Connaissances pratiques : Pour la mise en position latérale de sécurité, l'existence d'une formation préalable augmente significativement la performance gestuelle à la fin de la formation ($p=0.02$) mais la déperdition à distance est identique pour l'ensemble des étudiants. Cette perte est nettement supérieure aux résultats des QCM (- 34.6% pour la stabilisation de la position par exemple).

Pour la réanimation cardiopulmonaire (RCP), quelque soit le moment de l'évaluation, il n'existe aucune différence entre les étudiants ayant reçu ou non une formation préalable. Il est remarquable de noter que 53% des étudiants réalisent des compressions thoraciques inefficaces après 18 mois alors que 83% pratiquent des insufflations efficaces par bouche à bouche.

Influence des méthodes pédagogiques : aucune différence significative n'a été notée pour les connaissances théoriques et la mise en PLS. Pour la RCP, la technique de découverte semble donner des résultats significativement supérieurs à la méthode démonstrative ($p\leq 0.05$). Il est important de noter qu'il existe une corrélation entre les performances cognitives et gestuelles.

Au total, une évaluation gestuelle en fin de formation ne préjuge pas de l'acquisition définitive d'un geste.

C18

ENSEIGNEMENT CONTEXTUALISE DE LA SANTE PUBLIQUE (SP) A L'AIDE D'ARTICLES SCIENTIFIQUES : EXPERIENCE A L'UFR DE MEDECINE PHARMACIE DE ROUEN

P CZERNICHOW, V JOSSET, J LADNER, M KERDILES, V MERLE

UFR Médecine, 76000 Rouen, France. pierre.czernichow@chu-rouen.fr

Contexte : L'apprentissage de connaissances dans un contexte pratique, principe en pédagogie médicale, est difficile à appliquer pour l'enseignement de SP dans la formation initiale faute de stages pratiques comme en clinique. A l'UFR de Rouen cet enseignement est étalé en méthodes (D1), problèmes de santé (D2) et groupes de population (D3) ; des objectifs détaillés et un support d'enseignement sont distribués en début d'année. Les connaissances sont acquises par l'auto-apprentissage ; des séances d'enseignement dirigé (ED) par petits groupes (90 mn) sont consacrées chacune à un thème sur la base d'un travail sur un article rapportant le résultat d'études ou d'actions menées dans un contexte de SP sur le thème de la séance ; chacune est structurée par une dizaine de questions ouvertes se rapportant à l'article, et dont la réponse mobilise les connaissances acquises préalablement. La validation de l'enseignement comporte des QCM (50%) et l'analyse d'un bref article (50%).

But : Evaluer un enseignement contextualisé de SP sur la base d'articles scientifiques.

Méthodes : Pour chacune des 8 séances d'ED de D2, la présence de chaque étudiant a été notée ; un questionnaire anonyme de satisfaction (support, article thématique, séance, connaissances acquises pendant la séance) a été rempli en fin de séance. Les notes obtenues à l'examen ont été testées selon la présence aux séances par analyse de variance et l'association entre nombre de séances suivies et note obtenue par le test de Spearman.

Résultats : La participation des 88 étudiants aux 8 séances était de 36% ; 59% avaient lu le support et 54 % l'article avant la séance. La qualité des articles a été perçue comme satisfaisante ou excellente par 64%. Celle des séances a été jugée comme satisfaisante ou excellente par 85% ; 85% des étudiants ont jugé avoir complété les

connaissances. Les notes obtenues à l'examen étaient de 10,5 (aucune séance suivie), 11,6 (1 à 4 séances) et 12,7 (5 à 8 séances) ($p < 10^{-4}$). Ces notes étaient liées au nombre de séances suivies pour l'article ($r=0,31$; $p=0,02$) et pour les QCM ($r=0,42$; $p=0,0005$)

Conclusion : L'étude d'articles scientifiques peut constituer un contexte acceptable et peut-être efficace pour l'enseignement de la santé publique

C19

UTILISATION DE LA SIMULATION POUR L'ENSEIGNEMENT DES SITUATIONS CRITIQUES EN ANESTHESIE REANIMATION

Claire LEPOUSE, Pascal GALLET, Alain LEON,

DAR, hôpital Robert Debré, 51092 Reims Cedex - clepouse@chu-reims.fr

Contexte : En pédagogie, la simulation par ordinateur permet d'étudier les réactions d'un individu confronté à une situation rare mais potentiellement grave et ceci sans réel danger. Si les pilotes d'avion ont été les premiers à utiliser ces simulateurs, ceux-ci font leurs apparitions en médecine principalement dans les pays anglo-saxons. L'anesthésie peut être comparée à l'aviation du fait de l'existence d'évènements rares mais potentiellement catastrophiques. Nous avons donc décidé de développer l'utilisation de ces simulateurs dans notre enseignement aussi bien auprès des internes que des seniors.

Le but de ce travail est d'évaluer la qualité de notre enseignement en anesthésie-réanimation et d'améliorer l'efficacité du travail en équipe face à une situation où la vie du patient est en jeu.

Méthodes : Après un enseignement théorique traditionnel, nous réalisons des simulations sur un mannequin (SimMan*) relié à un ordinateur dans une salle où l'ambiance du bloc opératoire est recrée. Après plusieurs minutes d'adaptation où l'anesthésie se déroule sans problème, une situation critique est générée. Aucune critique n'est faite pendant la session ni aucune intervention n'est réalisée. Cependant, la simulation est filmée à l'aide de 3 caméras permettant ensuite d'évaluer avec les enseignés la gestion de la situation de crise créée de toute pièce par l'enseignant.

Résultats : Lors de la simulation, progressivement les enseignés se sont pris " au jeu " et le côté fictif a été oublié ainsi que les caméras. Le problème principal pour les étudiants était non le diagnostic ou les connaissances mais le travail en équipe et surtout d'accepter l'autorité d'un tiers sans discussion ou opposition, source de conflit générant pour le mannequin-patient un risque parfois vital.

Conclusion : La simulation permet l'assimilation des connaissances acquises et de créer sa propre expérience. L'apport de la vidéo a été fondamentale permettant aux enseignés de voir et de découvrir leurs propres erreurs et donc d'accepter plus facilement les critiques ou les conseils des enseignants ainsi que des autres enseignés.

C20

LE VOTE ELECTRONIQUE AU SERVICE DE L'EVALUATION DES STAGES ET TRAVAUX PRATIQUES EN MEDECINE

Pr Noureddine BOUIADJRA

Doyen de la Faculté de Médecine d'ORAN - Algérie

Le laboratoire de Recherche Universitaire en pédagogie médicale que je dirige se propose parmi les différents projets de recherche d'expérimenter une nouvelle méthode d'évaluation des stages pratiques des étudiants du tronc commun des études médicales.

Quatre équipes de recherche sont engagées dans cette expérimentation, deux dans le premier cycle en anatomie et en histologie, et deux dans le deuxième cycle en sémiologie chirurgicale et en gastro hépato-entérologie. Les documents de travail et les dossiers de malades sont quotidiennement collationnés, interprétés, traités et archivés dans une banque de données informatisée par scanner et graveur sur CD. Pour chaque pièce et pour chaque dossier, la chronologie des investigations, de la prise en charge et de l'issue thérapeutique sont accompagnés de questionnements correspondants à chaque phase de telle façon à confectionner des épreuves de planchage dans le premier cycle et des épreuves de cas cliniques dans le deuxième cycle.

Lors des évaluations, vu la pléthore de nos étudiants, des examens sous forme d'entretien sont matériellement impossibles à organiser. Nous nous proposons de faire la double projection sur vidéo projecteur, l'une montrant le fait expérimental ou clinique, l'autre le questionnement. Les étudiants se servant du boîtier électronique votent pour la réponse choisie. Le temps de réponse et la justesse de la réponse sont pris en considération pour la note. Les étudiants sont repartis par groupe de 30. Une triple enquête est lancée, l'une auprès des étudiants pour connaître leur appréciation, l'autre à visée docimologique et l'autre auprès des enseignants.

Les résultats préliminaires montrent qu'au niveau des étudiants : 32,7% restent réticents, 28% sont favorables et le reste sans opinion. Au niveau des enseignants : 58% se disent séduits par la modalité car ils seront débarrassés des corrections mais estiment en contre partie contraignante la confection de la banque de données au quotidien, 17% sont séduits et le reste sans opinion. Quant à l'enquête docimologique, elle montre un net accroissement de l'engouement et de l'assiduité des étudiants pendant les séances de travaux pratiques et de stages cliniques.

C21

COMPARAISON DE LA PERFORMANCE D'ETUDIANTS FRANÇAIS ET AMERICAINS A UN EXAMEN PILOTE STANDARDISE DU SECOND CYCLE EN SCIENCES CLINIQUES

A. DE CHAMPLAIN¹, J.P. FOURNIER², R. SUBHIYAH¹, D. MELNICK¹, P. SCOLES¹, D. BENCHIMOL², P. RAMPAL², M. BRAUN³, C. KOHLER³, B. GUIDET⁴, P. CLAUDEPIERRE⁵, M. PRÉVEL⁵, J. GOLDBERG⁶.

¹National Board of Medical Examiners, 3750 Market Street, Philadelphia, PA, 19104 USA. adechamplain@nbme.org

² Faculté de médecine de Nice. ³ Faculté de médecine de Nancy. ⁴ Paris Saint-Antoine. ⁵ Paris-Créteil. ⁶ ANAES, Paris.

Introduction : Un examen pilote, visant à évaluer les connaissances au niveau des sciences cliniques d'un échantillon d'étudiants français du second cycle, fut développé conjointement par des membres de quatre facultés françaises ainsi que par des membres du National Board of Medical Examiners (NBME). Le NBME, situé à Philadelphie, est l'organisme qui est chargé, depuis 1915, du développement d'examens qui sont utilisés aux Etats-Unis pour attribuer le permis d'exercice en médecine.

Méthode : L'examen pilote fut développé selon un modèle adopté par le NBME pour ses propres évaluations. Deux cent cinquante items furent évalués et traduits par un comité multi-disciplinaire français. L'examen final fut constitué de 200 items, jugés adéquats en fonction du curriculum médical français et des pratiques nationales. Cet examen pilote fut administré en janvier, 2002 à 285 étudiants du DCEM 4 sous des conditions standardisées.

Analyses : La théorie de la réponse aux items (TRI) offre plusieurs avantages, dont la possibilité de comparer la performance d'étudiants français à celle d'étudiants américains. Ceci est largement dû au fait que la difficulté des items et l'habileté des étudiants peuvent être estimées selon la même échelle de mesure. De plus, la TRI permet d'évaluer le niveau "d'adaptabilité" de l'examen aux étudiants français, au niveau de la difficulté.

Résultats : Les résultats suggèrent que l'examen fut très bien adapté, en ce qui a trait à sa difficulté, au niveau d'habileté des étudiants français. De plus, la performance des étudiants français ne fut que légèrement inférieure à celle d'un groupe comparable d'étudiants américains.

Conclusion : Les résultats obtenus au cours de cette étude suggèrent que la performance d'étudiants français à un examen de type NBME s'apparente à celle d'étudiants américains. Ceci est encourageant compte tenu du fait que le type d'item comprenant l'examen (vignette clinique) était méconnu des étudiants français. Etant donné les nombreux avantages associés à ce genre d'examen (haute fidélité, validité), il semble avantageux de considérer davantage son apport au niveau de l'évaluation d'étudiants français.

C22

INTERET DE LA TRANSPOSITION EN FRANCE D'UN EXAMEN NORD AMERICAIN

JP FOURNIER¹, A DE CHAMPLAIN², D BENCHIMOL¹, M BRAUN³, C KOHLER³, B GUIDET⁴, P CLAUDEPIERRE⁵, M PREVEL⁵, R SUBHIYAH², P SCOLES², D SWANSON², J GOLDBERG⁶, P RAMPAL¹, D MELNICK²

¹Faculté de Médecine de Nice jpfourn@club-internet.fr, ²National Board of Medical Examiners, Philadelphia - USA,

³Facultés de Médecine de Nancy, ⁴Paris Saint Antoine, ⁵Paris Créteil, ⁶ANAES, Paris - France.

Le futur Examen National Classant repose exclusivement sur des questions rédactionnelles. Elles ne permettent pas de garantir une fidélité suffisante à un examen conditionnant le choix (filière et CHU) des futurs étudiants du troisième cycle des études médicales. Les examens organisés par le *National Board of Medical Examiners* (NBME) certifient les étudiants américains en fin d'études. Ils reposent exclusivement sur des QCM, et atteignent un haut niveau de fidélité. Un tel modèle d'examen est-il utilisable en France en termes de faisabilité, validité et fidélité ?

Méthode : 4 Facultés françaises et le NBME ont préparé cet examen : groupe multi disciplinaire de pilotage, définition du cahier des charges (200 questions balayant l'ensemble du programme du second cycle, adaptées à la future pratique des étudiants), traduction et adaptation des questions issues de la banque du NBME. Il a été administré à 285 étudiants dans des conditions strictement standardisées. Les paramètres de chaque question (taux de bonne réponse, pouvoir discriminant) et le score de fidélité de l'examen (coefficient α de Crombach) ont été déterminés et comparés aux normes du NBME. Le score des étudiants français a été comparé à celui d'étudiants américains de niveaux d'étude et de motivation similaire.

Résultats : l'examen a été préparé en 4 mois. 7 questions ont été éliminées *a posteriori*. Le coefficient α était de 0,91, aux normes du NBME. Le score des étudiants français était inférieur de moins d'un demi écart type à celui d'étudiants américains.

Commentaires : l'examen est faisable. Sa validité apparente est garantie par la rigueur du processus de rédaction des questions au NBME, les validités de contenu et de construit par le processus de sélection des questions par le groupe de pilotage. Le coefficient de fidélité est très élevé. Le score des étudiants français s'explique probablement par un moindre niveau d'entraînement à ce format, l'impact de la traduction, et un moindre niveau de motivation. Un tel examen est donc probablement transposable en France.

C23

LES BILANS DE COMPETENCE MG FORM, PREMIERS RESULTATS AUPRES DE 80 PARTICIPANTS

MH CERTAIN, A PERRIN

MG Form, 8/10 bd Jourdan 75014 PARIS mh.certain@medsyn.fr

Contexte : Dans un contexte où la société revendique toujours plus de qualité et de transparence professionnelle, MG Form a développé depuis 2000 un dispositif de bilan de compétence. Il s'agit d'une démarche personnelle "d'auto évaluation accompagnée" dans un cadre précis et sécurisant pour le médecin qui s'y prête : volontariat, confidentialité des résultats, caractère non sanctionnant. Le bilan est conçu sur les bases du référentiel professionnel, à savoir les activités et compétences requises pour exercer le métier de généraliste. Après 2 ans et demi et 150 bilans, nous pouvons donner aujourd'hui les premiers résultats obtenus auprès de 80 participants entre 6 et 18 mois après leur bilan.

But de l'évaluation

1. Evaluer le dispositif et les outils développés au regard de ses finalités et des objectifs fixés.
2. Déterminer les effets du bilan chez les participants en terme de réalisations déjà acquises ou de projets professionnels.
3. Mesurer l'atteinte des objectifs fixés par comparaison entre un groupe de médecins ayant fait le bilan et un autre ne l'ayant pas fait.
4. Tirer des conclusions : consolidation ? réorientation ? perspectives d'évolution ?

Méthode :

- a) Questionnaire d'évaluation écrite à chaud en fin de session, puis à distance (3 à 4 mois)
- b) Une journée de suivi collective de 6 à 18 mois après le bilan
- c) Une évaluation externe par un questionnaire comparatif entre 2 groupes ayant fait ou non le bilan (en cours de réalisation)

Résultats : Le dispositif est très bien perçu par les participants, tant dans l'organisation, le montage du dispositif, l'animation des sessions et leur contenu. L'entretien de synthèse est la phase qui laisse le plus de perplexité quant à son contenu et son efficacité, même si la perception en est globalement satisfaisante à très satisfaisante. L'expérience est vécue comme très enrichissante, un moment clé, voire indispensable dans une carrière professionnelle.

Le bilan permet de retrouver une motivation et des projets, après avoir identifié points faibles et points forts sur lesquels s'appuyer. Les projets portent sur la gestion du temps de travail et l'organisation du cabinet avec un souhait fortement exprimé de travailler plus en groupe professionnel ou interprofessionnel. Avec le recul, les projets initiaux se concrétisent : aménagement du temps de travail, meilleure organisation du cabinet, création ou participation à un groupe de pairs, inscriptions à des formations, investissement dans la FMI ou la recherche. Les cas de réorientations totales sont exceptionnels. Les besoins de formation identifiés sont :

- Conduite d'entretien et travail sur la relation d'aide.
- Recherche, critique et utilisation rationnelle de l'information et des connaissances.
- Evaluation du risque et hiérarchisation des priorités pour un patient donné
- Modalités d'organisation de l'outil de travail et aptitude à travailler en équipe
- Problèmes liés à l'image de soi, besoins de réassurance, lutte contre la solitude professionnelle

Conclusion : Expérience riche pour les participants, mais aussi pour ceux qui encadrent cette démarche.

C24

LE TRIANGLE DE L'APPRENTISSAGE DE L'ETHIQUE MEDICALE ET L'ETHIQUE DE L'APPRENTISSAGE MEDICAL

L. BRAZEAU-LAMONTAGNE

Sherbrooke - Canada

Veiller à l'apprentissage de l'éthique médicale représente une tâche complexe pour les enseignants dans les facultés de médecine. Il leur faut tenir compte de la pédagogie, des contraintes de curriculum et d'évaluation. Il leur faut surtout tenir compte des autres qui sont avec eux, au cœur de l'enseignement : les futurs médecins et les malades. L'apprentissage de l'éthique médicale a besoin d'explicitation des points suivants : la planification judicieuse, cohérente et systémique de l'enseignement, et l'engagement de tous les enseignants en médecine. L'éthique médicale fait partie intégrante de la compétence professionnelle du médecin. À partir des données les plus récentes en éthique et en pédagogie médicales émergent une didactique, une pédagogie et une évaluation de l'éthique médicale. L'interactivité et l'intégration systémiques débouchent sur l'éthique de responsabilité. Cette éthique implique une conception anthropologique selon laquelle les êtres humains sont égaux en dignité et irréductibles à leur seule entité physique. Ces implicites apportent un éclairage qui favorise la cohérence de l'apprentissage de l'éthique médicale en explicitant l'éthique de l'apprentissage.

C31

ENQUETE DE LA CIDMEF SUR LA PRATIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'EVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT DANS LES FACULTES DE MEDECINE FRANCOPHONES

K. KOUMARE (Bamako) N. SERGE (Montréal) J. BARRIER (Nantes) G. BLANCHET (Nantes)

koumareak@buroticservices.net.fr

L'évaluation des enseignements est une pratique institutionnelle dans les facultés francophones nord américaines. Nous avons donc voulu savoir quelle est la place de cette pratique dans les autres facultés francophones.

Nous avons donc élaboré un questionnaire comportant 11 questions que nous avons pré testé par inter-net au près d'une dizaine de facultés.

Nous avons envoyé par inter net ce questionnaire aux facultés de médecine francophones joignables par courriel. Nous avons donné un délai de réponse de 15 jours, suivi d'un rappel.

Sur 126 facultés de médecine francophones, 61 étaient joignables par courriel. 43 ont répondu sur ces 61 soit un taux de réponse à 70,5 %.

Vingt cinq sur quarante trois (soit 58,1 %) ont déclaré qu'elles ont eu une évaluation de l'enseignement.

Les buts de cette évaluation ont été : l'amélioration de la performance des cours (52 %), l'auto évaluation (40 %), la recherche pédagogique (24 %), la promotion des enseignants (20 %), l'étude des besoins de formation (15 %), l'aide aux étudiants pour le choix des cours (8 %). Plusieurs buts pouvaient être cochées pour la question qui demandait les buts de l'évaluation effectuée dans l'Institution.

Dix huit sur quarante trois (soit 41,9 %) ont déclaré qu'elles n'ont pas eu d'évaluation de l'enseignement. Les principales raisons évoquées ont été : absence de budget (50 %), enseignants non préparés (38,8%), administration non préparée (33,3 %), étudiants non préparés (33,3 %), dangereux (11,1 %). Plusieurs raisons pouvaient être cochées pour la question qui demandait les raisons d'absence d'évaluation dans l'Institution.

Conclusion : l'évaluation de l'enseignement doit être encouragée.

C32

REPRODUCTIBILITE DE LA CORRECTION D'UNE EPREUVE DE LECTURE CRITIQUE D'ARTICLE (LCA) : COMPARAISON DE DEUX METHODES

F. ROUSSEL, P. CZERNICHOW, A. LAVOINNE, J.F. LEMELAND, R. COLIN, J.P. FILLASTRE
UFR de Médecine- Pharmacie. Boulevard Gambetta 76000 Rouen - Francis.Roussel@CHU-Rouen.fr

Contexte : Les médecins doivent apprendre en permanence pendant leur vie professionnelle, et pour ce faire doivent choisir et critiquer de façon autonome leur propre documentation. Il est donc essentiel pour eux d'«apprendre à apprendre» au cours de leur formation initiale et l'enseignement de la LCA y contribue. Son introduction dans l'Examen National Classant, implique toutefois certaines qualités docimologiques, dont la reproductibilité, actuellement mal connue.

But : Evaluer la reproductibilité de la correction d'une épreuve de LCA

Méthodes : Un article original récent, en français, a été sélectionné par 5 experts locaux ; un dossier (10 questions méthodologiques avec les réponses attendues, un résumé en 250 mots) a été conçu et validé par un groupe national d'experts. Une épreuve test anonyme utilisant ce dossier a été proposée aux étudiants volontaires de D2 et D3 de l'UFR de Rouen et organisée sur 3 heures, dans les conditions d'un concours. Les copies ont été notées par une note globale affectée à chaque question ou paragraphe du résumé, et par une grille détaillée d'items, chacune par 2 correcteurs indépendants en aveugle. Le coefficient de corrélation intraclasses R (et son intervalle de confiance à 95%) (IC 95%) entre les 2 correcteurs a été estimé avec la notation globale, et avec la grille détaillée, pour les questions, le résumé puis l'ensemble du dossier.

Résultats : 59 étudiants se sont portés volontaires dont 20 de D2 et 34 de D3 ; les estimations de R figurent dans le tableau ci-dessous :

	Globale	IC 95%	Grille	IC 95%
Questions	0,78	(0,65 - 0,86)	0,87	(0,79 - 0,92)
Résumé	0,49	(0,27 - 0,66)	0,72	(0,57 - 0,82)
Ensemble	0,68	(0,52 - 0,80)	0,81	(0,70 - 0,88)

Les valeurs estimées pour R ne différaient pas entre les étudiants de D2 et D3.

Conclusion : Dans les conditions de ce test, la correction d'une épreuve de LCA utilisant une grille détaillée est plus reproductible qu'une notation globale ; la reproductibilité des questions est supérieure à celle du résumé quelle que soit la méthode. Dans ce type d'épreuve, le résumé doit être corrigé avec des standards particulièrement élevés.

C33

EVALUATION D'UN ENSEIGNEMENT DE METHODOLOGIE APPLIQUE A LA LECTURE CRITIQUE D'ARTICLES (LCA) CHEZ LES ETUDIANTS EN MEDECINE : EXPERIENCE A L'UFR DE ROUEN

J LADNER¹, M KERDILES¹, V VAN ROSSEM¹, V MERLE¹, JF MENARD², P CZERNICHOW¹
¹ Département d'Epidémiologie Santé Publique, UFR Médecine, Rouen, France. joel.ladner@chu-rouen.fr
² Unité de Biostatistiques, UFR Médecine, Rouen, France.

Contexte : L'acquisition d'habiletés pour la LCA fait désormais partie des objectifs de la formation initiale des médecins. A l'UFR de Rouen, il fait l'objet d'un enseignement en D1 avec acquisition préalable par auto-apprentissage des connaissances requises, à partir d'un programme comportant des objectifs détaillés et un calendrier, ainsi que la lecture d'un article scientifique utilisant une méthode spécifique. Huit séances facultatives en petits groupes (< 20, durée 1h30), chacune consacrées à l'analyse de l'article à partir de questions courtes, mobilisent les connaissances correspondantes.

Objectifs : Evaluer un enseignement de méthodologie appliqué à la LCA.

Méthodes : Après chaque séance, une évaluation anonyme par questionnaire de perception des étudiants (n = 108) portait sur la préparation, la participation et l'interactivité, et une note globale de satisfaction (sur 5). La présence des étudiants était relevée. La validation par un examen comprenait 5 QCM et une LCA. La liaison entre les notes (sur 20) et la présence aux séances a été étudiée par comparaison des notes moyennes des étudiants ayant suivi de 0 à 4 (G1) et de 5 à 8 (G2) séances et par un test de Spearman.

Résultats : Pour 2002-3, la participation moyenne aux séances était de 76,0%. Près de 9 étudiants sur 10 avaient préparé la séance, près de 2/3 ont participé activement et 89% ont apprécié l'interactivité. La satisfaction globale médiane était de 4,0. A l'examen, les notes médianes aux QCM, à la LCA et totale pour G2 étaient supérieures à G1 (respectivement 8,0 vs 9,5 p=0,02 ; 7,0 vs 10,0 p=0,02 et 6,5 vs 9,2 p=0,001). Les notes obtenues étaient liées au nombre de séances suivies pour la LCA (r=0,31p=0,002), pour les QCM (r=0,34 p=0,002) et globalement (r=0,42p=0,001).

Conclusions : L'enseignement de méthodologie appliqué à la LCA est apprécié des étudiants et associé à de bonnes performances, autant pour l'habileté à la LCA que pour l'acquisition de connaissances.

VALIDATION D'UN INSTRUMENT D'ÉVALUATION DES CLINIENS ENSEIGNANT EN MILIEU DE SOINS AMBULATOIRES

Georges BORDAGE, MD, PhD¹, Rukhsana ZUBERI, MD, MHPE²,

¹University of Illinois at Chicago, USA bordage@uic.edu ; ²Aga Khan University, Pakistan

Problématique et buts. Le déplacement des stages cliniques vers les milieux de soins ambulatoires a suscité le besoin de développer des instruments d'évaluation de l'enseignement propres à ces milieux. Le but de cette étude fut de développer et de valider un instrument d'évaluation des cliniciens enseignant dans le contexte des soins ambulatoires : validité de contenu, validité concurrente, fidélité interne et fidélité inter-juges. Il s'agissait aussi d'estimer son utilité pour donner du feedback aux enseignants et les aider à déterminer leurs besoins en perfectionnement pédagogique.

Méthode. L'instrument fut développé et validé en six étapes : (1) l'élaboration du contenu, (2-5) quatre essais pilotes et (6) une étude de validation. D'abord, 57 énoncés furent répertoriés à partir de références et d'opinions d'experts cliniciens et éducateurs. Quarante des 57 énoncés ont été retenus et associés à une échelle de Likert en 7 points (3=satisfaisant) pour être mis à l'essai dans deux milieux cliniques : McMaster University (Canada) et à la Aga Khan University (Pakistan). Différentes analyses factorielles, analyses d'items et de fidélité ont permis de réduire le nombre d'énoncés à 15. Le nouvel instrument fut à nouveau mis à l'essai séparément dans les deux mêmes milieux pour en raffiner le contenu. Enfin, l'étude de validation à proprement dite fut menée pendant une année à la Aga Khan University avec d'externes de 3^e, 4^e, et 5^e année à la fin de leur stage en soins ambulatoires (n=519 évaluations anonymes) concernant 87 enseignants. En fin d'année, les étudiants identifièrent les trois meilleurs enseignants de l'année en milieu ambulatoire.

Résultats. Le coefficient de généralisabilité inter-juges est de 0.92 et la fidélité interne de 0.98. La corrélation moyenne inter-items et item-total est respectivement de 0.79 et 0.87. Des analyses factorielles révélèrent un facteur global et quatre facteurs subséquents extraits d'une rotation varimax orthogonale : (1) l'enseignement centré sur les apprenants, (2) la compétence clinique de l'enseignant, (3) la création d'un milieu propice à l'apprentissage et (4) un facteur contenant des éléments résiduels. Le lien (validité concurrente) entre les cotes obtenus par les enseignants (seuil = 55.41%) et le choix des étudiants quant aux meilleurs enseignants de l'année révéla une sensibilité, une spécificité et des valeurs prédictives positive et négative respectivement de 0.93, 0.85, 0.93 et 0.85. Quatorze sur 87 enseignants (16%) reçurent des cotes moyennes insatisfaisantes (<43%) alors que neuf (10%) reçurent des cotes moyennes nettement supérieures (>85%). Ces neuf enseignants ont tous été identifiés comme étant parmi les meilleurs enseignants de l'année. Bien que 87% des enseignants furent jugés « compétents sur le plan clinique », certains aspects de leur enseignement furent jugés insatisfaisants.

Conclusion. L'utilisation de cet instrument d'évaluation des enseignants cliniciens dans le contexte des soins ambulatoires a permis de faire des évaluations fidèles, valides et utiles pour identifier les forces et faiblesses des enseignants de sorte qu'elles peuvent servir à leur donner un feedback individuel et à planifier leur perfectionnement pédagogique. Les évaluations peuvent aussi aider à corroborer le choix des meilleurs enseignants de l'année en milieu ambulatoire.

EVALUATION DU DIPLÔME INTERUNIVERSITAIRE DE PÉDAGOGIE ET COMMUNICATION MÉDICALES DES FACULTÉS DE MÉDECINE D'ANGERS, BREST, NANTES ET RENNES

O. ARMSTRONG¹, J.H. BARRIER¹, Y. MAUGARS¹, J. JOUQUAN², F. DUBAS³, Ch. HONNORAT⁴

ET LES MEMBRES DE LA COMMISSION PÉDAGOGIQUE DU DIPLÔME.

¹Département de Formation Médicale Continue - Faculté de Médecine de Nantes - 1, rue Gaston Veil
44035 NANTES CEDEX 1 dfmc@sante.univ-nantes.fr ; ²Faculté de Médecine - 29000 BREST ;

³Faculté de Médecine - 49000 ANGERS ; ⁴Faculté de Médecine - 35000 RENNES.

Depuis 1996, un Diplôme Inter-Universitaire (D.I.U.) de Pédagogie et Communication Médicales est organisé conjointement par les Facultés de Médecine de l'Ouest de la France : Angers, Brest, Nantes et Rennes. Il vise à acquérir des compétences pédagogiques de niveau II (CIDMEF). Les séminaires obligatoires (3) sont répartis sur 1 an. Il est basé sur un projet pédagogique personnel (mémoire).

Une enquête a été menée par courrier. Après 2 relances, nous avons obtenu 45 réponses sur 85.

Concernant les pratiques enseignantes, 41 le jugent utile pour l'enseignement en Formation Médicale Continue et 32 pour l'enseignement en Formation Médicale Initiale. Dans la pratique médicale, vis à vis des patients, 22/45 pensent que ce D.I.U. est utile et 30/45 le considèrent utile dans la pratique professionnelle en dehors de la relation médecin-malade.

En ce qui concerne la formation continue en pédagogie, 34/45 souhaitent participer à d'autres séminaires pédagogiques complémentaires et 35 ont recommandé ce D.I.U. à un confrère en raison essentiellement de 3 critères : il permet de se remettre en cause ; de s'impliquer dans la formation (essentiellement FMC) ; et afin de faire évoluer les études médicales.

Ces résultats soulignent l'intérêt d'un tel D.I.U. qui devrait être obligatoire pour tous ceux qui souhaitent s'investir en F.M.C. et ceux qui ont ou auront des charges d'enseignement.

C36

L'ÉVALUATION DES ENSEIGNANTS A LA FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES: EXPERIENCE DEPUIS UNE TRENTAINE D'ANNEES

S. LOURYAN, D. BAEYENS-VOLANT, Y. DUSSART, V. DE MAERTELAER, M. ROOZE

Faculté de Médecine de l'Université Libre de Bruxelles, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles - slouryan@ulb.ac.be

C'est il y a plus de 30 ans, sous l'influence des événements de Mai 68, qu'est apparue à l'ULB la notion d'« avis pédagogique ». Il s'agit d'une enquête par questionnaire anonyme, distribuée auprès des étudiants, et destinée à apprécier la qualité pédagogique des enseignants *de l'année précédente* (ce qui signifie que les examens ont été passés.).

Le type de questionnaire a évidemment évolué au cours du temps : de rudimentaire qu'il était au début, il est devenu de plus en plus complet, et donne la priorité à des questions appelant des réponses de type « objectif » (exemples non limitatifs: *l'enseignant est-il ponctuel ? Répond-il aux questions posées ? Le nombre d'heures est-il respecté ? Existe-t-il une référence écrite actualisée ?*). Le taux d'assistance de l'étudiant au cours est demandé. Toutefois persistent des questions relatives à la clarté de l'exposé, à la stimulation de l'intérêt de l'étudiant, à l'illustration du cours, etc. L'ensemble des items est associé à une note chiffrée, dont la synthèse correspond à la « note pédagogique » de l'enseignant. La note moyenne de l'année d'études est calculée, ce qui permet à chacun de se situer. Une analyse statistique est réalisée, et la note est déclarée non significative si le nombre de réponses est insuffisant, ce qui pose parfois problème dans les « petites sections » (science dentaire, sciences biomédicales, vétérinaires...). Le questionnaire « stages » actuel (en voie de redéfinition) explore l'accueil et l'encadrement des étudiants, les responsabilités qui leur sont confiées, le taux d'actes techniques, la proportion de « corvées » non pédagogiques (type aller chercher des radios...) et la qualité de l'enseignement. Outre le questionnaire « fermé », une rubrique s'ouvre dans tous les cas aux commentaires « ouverts », dont la lecture est parfois surprenante.

C'est ainsi que sont investigués les *professeurs*, les *assistants* et les *stages cliniques*. La pertinence des *travaux pratiques* est également explorée. Même s'il y eut des périodes où l'enquête s'adressait prioritairement aux enseignants susceptibles d'être promus ou d'être nommés à titre définitif, elle concerne actuellement chaque enseignant, et ceci annuellement. Aujourd'hui, elle se réalise par internet. En principe, le questionnaire doit avoir été obligatoirement rempli avant la session d'examens de l'année en cours. La collecte annuelle permet d'apprécier l'évolution personnelle de chaque enseignant, dont il est tenu compte lors des demandes de promotion ou de titularisation. Il est arrivé que des promotions ont été refusées sur base d'un avis pédagogique mauvais et persistant, comme il est récemment survenu que deux titulaires intérimaires n'ont pas été renouvelés à la suite d'une évaluation constamment défavorable.

En cas d'avis pédagogique défavorable, l'enseignant est convoqué par le président de la commission, voire par le doyen. Des conseils lui sont prodigués, et une « tutelle pédagogique » peut être proposée, de même qu'une formation complémentaire. En cas de non amélioration, la situation peut être assimilée à une faute professionnelle, et des sanctions peuvent être prises. Une gestion plus collégiale des charges d'enseignement, telle qu'elle se met progressivement en place, permettra à l'avenir d'affecter les membres de la faculté à des fonctions plus en phase avec leurs aspirations et leurs compétences réelles.

On remarque intuitivement que la note moyenne des années d'étude est proportionnelle à l'investissement et à l'engagement pédagogique des différents titulaires, ainsi qu'inversement proportionnelle au nombre d'enseignements dans le programme d'une année. Les titulaires qui sont affectés de lourdes responsabilités hospitalières et/ou logistiques s'impliquent généralement moins que les « fondamentalistes » dans la réflexion et la stratégie pédagogique, de même qu'ils connaissent moins bien les processus cognitifs et métacognitifs de leurs étudiants. Leur fonction enseignante constitue en effet une part assez congrue de leur mission hospitalo-facultaire. Il en résulte que les années qui comportent un grand nombre de « petits » cours cliniques sont plus sévèrement jugées que les années d'étude structurées en un petit nombre de grands modules précliniques, dispensés par des équipes ouvertes à la discussion pédagogique. Cette règle générale connaît bien sûr quelques exceptions individuelles dans les deux sens, mais qui, en moyenne, n'inversent pas la tendance.

Sauf exceptions, les enseignants apprécient généralement de disposer ainsi d'un « feed-back » relatif à leurs prestations, bien qu'ils redoutent parfois à juste titre les commentaires « libres ». Les étudiants, qui participent par ailleurs aux instances de gestion de notre université à tous les niveaux sont conscients de l'importance de ce

travail, bien qu'il faille parfois les harceler pour qu'ils rentrent les formulaires dûment remplis, vu le grand nombre d'enseignants et la complexité des grilles d'évaluation.

C37

EVALUATION D'UN STAGE INFIRMIER EN BINOME AVEC UNE REFERENTE A LA FACULTE DE MEDECINE DE ROUEN, FRANCE

Francis ROUSSEL¹, Janine ELOUARD², Jacques WEBER³, Raymond COLIN⁴

¹ Responsable pédagogique du P2 Francis.Roussel@CHU-Rouen.fr ; ² Directrice des Soins Infirmiers. ³ Vice Doyen à la Pédagogie. ⁴ Ancien Vice Doyen à la Pédagogie. CHU de Rouen. 1 rue de Germont. F76031 Rouen cedex.

Les modifications réglementaires de 1992 ont introduit un stage d'initiation aux soins dans les études médicales, sans en préciser les modalités. A Rouen, ces changements ont été intégrés à une réforme pédagogique plus vaste incluant notamment les Apprentissages par Problèmes. Nous rapportons ici notre expérience d'introduction d'un stage infirmier en binôme avec une référente, inaugurant les études médicales.

Cette séquence se déroulait en immersion totale. Chaque stagiaire était affecté à une infirmière référente. Il partageait ses horaires pendant trois semaines et assistait ou participait à toutes ses tâches et était évalué par elle. Deux cohortes successives d'étudiants débutants (1999-2000 et 2000-2001) ont été analysées, tant au plan de l'évaluation nominative de fin de stage que des enquêtes anonymes d'opinion auprès des acteurs. L'attitude des stagiaires était marquée par l'enthousiasme et leurs évaluations individuelles étaient très élevées. Cependant, quelques rares étudiants ont révélé précocement des difficultés comportementales. L'accueil a été très bien évalué et les services de chirurgie ont fait des terrains de stage de même qualité que ceux de médecine. La satisfaction des référentes était extrêmement élevée et leur expérience pédagogique d'un an ne modifiait pas l'évaluation de leur stagiaire.

Plébiscité par les étudiants et les infirmières, bien accepté par les universitaires, ce stage nous a permis d'acclimater l'interprofessionnalité dans notre institution. La position du stage dans le curriculum, ses modalités pratiques de fonctionnement nous ont paru avoir un caractère stratégique.

Mots clefs: Enseignement médical premier cycle. Etudiant en Médecine. Stage. Milieu infirmier. Evaluation. Interprofessionnalité.

C38

MISE EN PLACE D'UNE EVALUATION DES STAGES HOSPITALIERS DES ETUDIANTS DU DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES AU CHU DE NANCY

Chantal KOHLER – G. MARI – M. BRAUN – J.ROLAND

Faculté de Médecine de Nancy – BP 184 – 54505 Vandoeuvre Les Nancy Cedex
Chantal.Kohler@medecine.uhp-nancy.fr

Contexte : La mise en place de la réforme du deuxième cycle des études médicales repose sur un fonctionnement en pôles avec enseignement pratique au lit du malade et enseignements théoriques coordonnés. Jusque là la fonction de ces étudiants hospitaliers était floue, les objectifs mal définis ou non atteints et aucune évaluation n'existait.

But du travail : Nous avons profité de la réforme pour définir des objectifs de stage et mettre en place une évaluation de l'apport de cet enseignement pratique.

Méthode : Une évaluation comportant 48 items à réponse en « oui/non/sans objet » a été réalisée par les étudiants de DCEM2 au cours de l'année 2001/2002, soit 525 stages. L'évaluation est réalisée sur grille optique et la correction est automatisée. Les items sont répartis en 7 rubriques : accueil de l'étudiant et présentation du service ; qualité du travail hospitalier réalisé ; atteinte des objectifs de formation ; appréciation de l'intérêt du stage par rapport au temps passé ; apprentissage du métier de médecin ; évaluation de l'acquisition des connaissances ; conclusions.

Résultats : Soixante trois services hospitaliers ou plateaux techniques ont accueilli les étudiants. Les résultats ont été donnés par service et par item sous forme d'histogrammes représentant le nombre de oui, de non et de sans objet ainsi que par items tous services confondus. Nous présentons ici les items pertinents issus des résultats globaux.

Des points sont à améliorer car plus de 50% des étudiants n'ont pas présenté d'observation au cours de leur stage ; ¼ des étudiants a rédigé des observations qui n'ont pas été validées ; seulement la moitié des étudiants ont été sensibilisés à l'éthique et à peine 60% ont abordé l'information du patient.

Il est cependant satisfaisant de noter que la quasi-totalité des étudiants se sont intéressés aux pathologies observées dans le service ; 70 % pensent avoir progressé au cours de leur stage notamment dans le raisonnement médical et 70% se sont sentis intégrés à l'équipe soignante.

Conclusions : Le bilan est un peu prématuré. Il s'agit à ce stade de valider la pertinence des questions. Les services sont maintenant invités à tenir compte de cette première évaluation pour améliorer leur prise en charge.

C39

EVALUATION PAR LES ETUDIANTS DE L'EXAMEN ECOS SANCTIONNANT LA 2^{EME} ANNEE DU 3^{EME} CYCLE A LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY FRANCE EN JUIN 2000

Francis RAPHAEL, Patrick TABOURING, Annette EVEN, Jacques ROLAND
Faculté de Médecine de Nancy – 54505 VANDOEUVRE LES NANCY - raphael.fr@infonie.fr

Sur les 92 étudiants qui se sont présentés à l'ECOS de juin 2000 à la Faculté de Médecine de Nancy, 89 fiches d'évaluation ont été récupérées à la fin de l'épreuve.

6 questions ont été posées :

1. Les scénarios des stations d'examen ont-ils été abordés au cours de la 2^{ème} année du 3^{ème} cycle de Médecine Générale ?
2. Les stations d'examen reproduisent-elles des situations rencontrées en Médecine Générale ?
3. Les instructions aux candidats vous ont-elles parues claires et précises ?
4. Les enseignants ont-ils bien joué leur rôle de patient (e) ?
5. Laquelle de ces 4 modalités d'examens estimez-vous la plus adaptée à évaluer l'aptitude à l'exercice de la Médecine Générale ? (QCM, question rédactionnelle, examen oral, ECOS)
6. Avez-vous déjà effectué votre stage chez le praticien ?

Les commentaires libres étaient souhaités.

Les résultats en histogrammes, les commentaires sont analysés : les étudiants trouvent l'ECOS plus valide que les examens traditionnels, plus fiable, permettant d'évaluer un plus grand nombre de compétences professionnelles. Ils estiment que le savoir s'évalue mieux à l'aide d'un examen écrit traditionnel ou d'un oral. Les facteurs « temps » et « mise en situation » ont semblé les plus difficiles à surmonter et il n'est pas facile de considérer le patient simulé par un enseignant comme un vrai malade.

67,42 % des étudiants estiment l'ECOS comme la modalité d'examen la plus adaptée à évaluer l'aptitude à l'exercice de la Médecine Générale.

Ils estiment que l'ECOS doit être utilisé plus tôt dans le cursus de façon à les familiariser avec cette modalité d'examen qui devrait être formative et non pas sanctionnante, en leur permettant d'identifier leurs lacunes.

C40

FORMATION EN EPIDEMIOLOGIE SUR INTERNET : EVALUATION PAR LES ETUDIANTS D'UN DIPLOME D'UNIVERSITE (D.U.)

**CHENE G, THIESSARD F, SAVES M, JUTAND M-A, ALIOUM A, BARBERGER-GATEAU P, MANCEAU D,
SALMI LR, PALMER G, SALAMON R.**

*Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Université Victor Segalen Bordeaux 2.
genevieve.chene@isped.u-bordeaux2.fr*

Contexte : Il existe une demande de formation francophone en épidémiologie par un public n'ayant pas accès à des formations en « présentiel » pour des raisons géographiques ou professionnelles. L'ISPED a mis en place depuis 2001-2002 une formation diplômante via Internet, comprenant 6 modules (site de démonstration : <http://ead.demo.isped.u-bordeaux2.fr>). Le lieu et les horaires de connexion sont libres pour l'étudiant. Une partie de la validation se fait en ligne, l'autre en présentiel dans les pays de résidence des étudiants. Chaque étudiant est accompagné par un tuteur, via le mél. La réponse aux messages des étudiants se fait une fois par semaine, à jour fixe. Un forum de discussion est mis à leur disposition.

But : Apprécier l'avis de la première promotion d'étudiants sur cette formation.

Méthodes : L'évaluation s'est déroulée en deux temps, à partir d'auto-questionnaires proposés sur le site : le 1^{er} concernait les outils disponibles sur le site, le contenu des 3 premiers modules et les souhaits pour l'avenir de la formation ; le 2nd (en cours) concernait le contenu des 3 derniers modules, le coût financier, et les souhaits d'autres formations.

Résultats : La promotion comprenait 52 étudiants : 30 de France métropolitaine, 16 d'Afrique, 2 des DOM, 1 d'Albanie, 1 d'Amérique du nord, 1 de Haïti et 1 d'Équateur. Parmi les 34 étudiants (65%) se connectant régulièrement, 33 ont répondu au 1^{er} questionnaire. Parmi ces 33 étudiants, 88% jugeaient que la 1^{ère} partie avait répondu à leurs attentes. Concernant le tutorat, 60% souhaitaient des contacts plus fréquents et plus approfondis avec leur tuteur (proposant l'instauration de contacts téléphoniques, de contacts en temps réel en cas de blocage sur un cours ou un exercice). Concernant les relations entre étudiants, 88% n'avaient jamais ou rarement utilisé le

forum de discussion et seulement 24% des étudiants avaient communiqué avec d'autres, via le mél surtout. L'absence de notion de groupe était majoritairement déplorée : 67% souhaiteraient travailler avec d'autres étudiants (proposant la mise à disposition de problèmes à résoudre en groupe, et de regroupement physiques d'étudiants).

Conclusion : Cette évaluation souligne la nécessité de favoriser, même dans le cadre d'une formation à distance, les liens entre enseignants et étudiants d'une part et entre étudiants d'autre part. Des solutions, comme l'utilisation plus intensive du forum, doivent être proposées pour renouer avec la notion de « classe ».

C41

VALIDATION DE CRITERES DE JUGEMENT DE PERTINENCE ET DE METHODOLOGIE POUR L'ACCEPTATION DES PROJETS DE THESE DE MEDECINE GENERALE

GUYOT H., L'HUILLIER M., BERTRAND P., LEHR-DRYLEWICZ AM., MERCUSOT C., WAGNER-BALLON J., CHOUTET P.

Département de Médecine générale – Faculté de Médecine – 2 bis boulevard Tonnelé – 37032 Tours cedex hguyot002@rss.fr

Contexte : Un projet de thèse sur deux présenté par les résidents n'est pas conforme à la spécificité de la Médecine générale. La méthodologie des thèses doit répondre aux principes de la rédaction médicale.

But : Valoriser les thèses et promouvoir la recherche en Médecine générale en créant une grille de critères de jugement pour l'acceptation des projets de thèse par la Commission des thèses du Département de Médecine générale de Tours.

Méthode : A partir des 101 projets de sujets de thèse soumis à la Commission entre janvier 2001 et juin 2002, 3 critères de pertinence du titre et des objectifs (pratique et/ou exercice professionnel, pédagogie-docimologie, histoire) et 2 critères de pertinence méthodologique (éléments à mesurer, échantillon) ont été validés par une étude de concordance entre 8 experts choisis conformément à la composition de la Commission (4 médecins généralistes, 2 hospitalo-universitaires, 1 méthodologiste, 1 résident), de façon indépendante et en aveugle. L'évaluation de chaque critère et chaque avis a été faite par une étude descriptive globale des réponses et une étude de concordance deux à deux (étude de reproductibilité avec l'indice Kappa (K) de Cohen).

Résultats : Les critères de pertinence du sujet de thèse sont valides (concordance de 63% entre au moins 7 experts) et reproductibles (concordance entre les médecins généralistes élevée : $K = 0,920$). Les critères de pertinence méthodologique ne sont ni valides ni reproductibles car les concordances entre les experts sont faibles avec $K < 0,273$ ainsi que celles entre les médecins généralistes avec $K < 0,562$. La définition de ces critères méthodologiques apparaît incomplète et insuffisamment explicite.

Conclusion : Une nouvelle grille de critères de jugement (modifications des définitions et ajout de deux critères méthodologiques : objectif du travail ou question posée et type d'étude) est utilisée par la Commission des thèses depuis janvier 2003 afin de donner des avis plus reproductibles et représenter une aide méthodologique et rédactionnelle pour les résidents et les directeurs de thèse.

C42

EVALUATION INTERNE DE LA FACULTE DE MEDECINE, PHARMACIE ET ODONTO STOMATOLOGIE DE CONAKRY (FMPOS) : SONDAGE D'OPINIONS

HYJAZI Y.* ; KOULIBALY M.* ; LAKISS S.* ; CISSE A.G.* ; SOW O.Y.* ; CAMARA S.* ; CISSE A.*

*Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie de Conakry (Guinée) BP 158 – Conakry.
hyolandefr@yahoo.fr

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des enseignements au sein de la FMPOS de Conakry, une évaluation organisée par les gestionnaires de la dite faculté en collaboration avec l'OMS a été effectuée au cours de l'année 2002. Cette évaluation avait pour but d'identifier les forces et les faiblesses de l'institution de formation, ainsi que les opportunités dans une perspective de réforme globale du système d'enseignement.

La méthodologie utilisée a été celle recommandée par la CIDMEF. Parmi les différentes méthodes utilisées pour la collecte des données, un sondage d'opinions a été effectué auprès des étudiants des différents niveaux de la faculté et des enseignants. Les techniques utilisées ont été les discussions de groupes dirigées pour les étudiants et les entrevues approfondies pour les enseignants des différents départements de ladite faculté. Les questions posées étaient relatives aux : (I)données générales sur l'organisation de l'institution, (II)programmes d'enseignement, (III)conditions de travail, (IV)système d'évaluation aussi bien des étudiants que des enseignants et des enseignements, (V)niveau de compétences des formateurs et (VI)des approches de formations continues mises en place.

Les étudiants et les enseignants enquêtés ont relevé une inadéquation entre les programmes enseignés et les objectifs d'apprentissage projetés par l'institution, un manque de corrélation entre les cours théoriques et les

compétences attendues, un autoritarisme des formateurs sur les apprenants. En outre une inadéquation entre les ambitions de l'institution, les conditions de travail créées et l'organisation interne du système. De l'analyse de ces données, il est ressorti la nécessité d'une refonte totale du système d'enseignement au sein de la FMPOS, et des suggestions d'amélioration été faites par les enquêtés.

Cette démarche impliquant les différents partenaires de la formation permettra une réforme plus objective du système d'enseignement et d'évaluation de l'institution.

Mots – clés : Evaluation interne; Enseignements ; Etudiants ; Enseignants ; Guinée

C43

EVALUATION DES ENSEIGNEMENTS A LA FACULTE DE MEDECINE, PHARMACIE ET ODONTO-STOMATOLOGIE DE CONAKRY (FMPOS) : POINT DE VUE DES ETUDIANTS

KOULIBALY M.¹ ; HYJAZI Y.¹ ; WATEBA J.² ; DELAMOU A.² ; SOW O.Y.¹ ; CAMARA S.¹ ; CISSE A.¹

¹Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie de Conakry (Guinée) BP 158 – Conakry. hyolandefr@yahoo.fr

²Etudiants FMPOS de Conakry

L'évaluation des enseignements était peu ou pas pratiquée à l'Université de Conakry. A la faveur de l'évaluation interne de la FMPOS récemment menée dans le but d'une rénovation pédagogique, une commission essentiellement composée d'étudiants a été chargée d'évaluer les enseignements.

La commission était composée de 15 étudiants représentant tous les niveaux d'études des trois départements de l'institution selon les recommandations du groupe d'évaluation de la CIDMEF. Le questionnaire confectionné par les étudiants et comportant des critères d'appréciation de l'enseignement théorique et des stages, concernait les aspects suivants : Objectif/Plan ; degré de participation des étudiants ; motivation et disponibilité de l'enseignant ; maîtrise du contenu du cours ; clarté des explications ; utilisation d'exemples ; qualité des supports audiovisuels.

Le rapport confidentiel d'évaluation a été transmis à la commission centrale pour analyse.

L'analyse du rapport a permis d'identifier les enseignements non satisfaisants. Les responsables de ces enseignements ont été invités à suivre un atelier de formation pédagogique (niveau I de la CIDMEF). L'atelier organisé par le comité pédagogique de la FMPOS a regroupé 20 participants et a duré 4 jours. Chaque participant a choisi 10 thèmes prioritaires à enseigner. Pour chacun des thèmes, les besoins de formation et les objectifs d'apprentissage ont été définis individuellement et en travaux de groupe.

A l'issue de l'atelier, les participants ont pris conscience de la nécessité de poursuivre cette formation pédagogique et pour cela, des séances hebdomadaires de présentation d'un cours ont été organisées à leur demande. Ces séances sont supervisées par les enseignants de rang magistral.

Cette approche impliquant les étudiants a permis de déclencher un processus de formation pédagogique des enseignants qui devra être poursuivie jusqu'à l'acquisition des compétences en techniques d'évaluation des apprentissages.

Mots – clés : Evaluation ; Enseignements ; Etudiants ; Guinée

C44

LA DEMARCHE-QUALITE DANS L'ENSEIGNEMENT A L'UNIVERSITE VICTOR SEGALEN BORDEAUX 2

QUINTON A, BOIRON M, HENRY P, BARAT, JL BEGAUD B BÉBÉAR C

Université de Bordeaux 2 – 143, rue Léo Saignat – 33076 - Bordeaux - andre.quinton@chu-bordeaux.fr

Notre université inscrit l'évaluation des enseignements dans une démarche Qualité dont les trois étapes sont l'établissement d'une procédure, la réalisation d'une action, l'évaluation.

But : Privilégier le débat entre enseignants de différentes disciplines, entre enseignants et étudiants pour distinguer les points forts et identifier les difficultés.

Méthode :

Deux types d'évaluation ont été mis en place, annuelle et quadriennale.

Les évaluations annuelles sont faites par étudiants et enseignants.

Les évaluations quadriennales institutionnelles sont effectuées tous les 4 ans par une Commission d'étudiants et d'enseignants (constituée pour chaque évaluation), portent sur l'ensemble du processus de chaque enseignement, sont adaptée à ses spécificités. Pour chaque séance après la présentation de l'enseignement par ses responsables le débat porte sur l'estimation des besoins et les finalités, la précision des objectifs, les modalités, les contrôles des connaissances, les évaluations faites par les étudiants. Un rapport est rédigé dans le mois.

Structures de l'évaluation : le C.A. et le C.E.V.U. constituent le comité de pilotage, les conseils d'UFR planifient les évaluations et, selon les résultats, modifient les procédures d'enseignement. Les commissions pédagogiques, groupes projet de la Démarche Qualité, renforcent par l'évaluation leurs fonctions de réflexions et de propositions.

Résultats

Toutes les UFR ont vécu plusieurs évaluations quadriennales. Entre 1990 et 2002 les UFR médicales ont eu chacune leur approche quant au nombre d'évaluations faites, l'ampleur et la durée des séances. Dans une UFR l'évaluation porte déjà sur les enseignements de la réforme du 2^o cycle, alors qu'il y a une pause dans les deux autres. Initialement appréhendées et perçues avec réserve par les enseignants, les évaluations suscitent un fort intérêt. Les UFR des Sciences de la santé (médecine, odontologie, pharmacie) des Sciences de la Vie, des STAPS sont les plus engagées dans la Démarche. L'intérêt de notre approche a été soulignée dans le rapport DEJEAN au Haut Conseil de l'Evaluation de l'Ecole *

Conclusion

Processus encore fragile, la Démarche Qualité dans l'enseignement .s'intègre dans la culture de Bordeaux 2.
*<http://www.ad.adc.education.fr/hcee>

C45

LES CYBER-UNIVERSITES MEDICALES FRANCOPHONES DANS LE MONDE. UN ENJEU MAJEUR DE COOPERATION POUR L'UMVF ET LA CIDMEF

A.C. BENHAMOU

Chargé de mission Université Numérique Francophone - Ministère de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche - 173, bd Saint Germain - PARIS 75006 Albert-claude@recherche.gouv.fr

La création du Groupement d'intérêt Public pour la mise en place d'une Fédération Interuniversitaire pour l'Université Médicale Virtuelle Francophone sous l'égide de la Conférence des Présidents d'Université et de la Conférence des doyens des Facultés de Médecine de France est au stade de finalisation administrative.

Le travail des groupes du projet UMVF tant sur le plan technologique que pédagogique s'est intensifié depuis la tenue de la conférence IPM2002 à Lille les 28 et 29 novembre 2002.

De très nombreuses spécialités médicales via leurs collèges nationaux d'enseignement et leurs sociétés savantes sont partants pour la construction de campus numériques nationaux dans leur discipline couvrant les camps de la formation initiale et de la formation continue.

De manière spontanée et conviviale de très nombreux contacts avec les instances et les acteurs de la CIDMEF ont permis de commencer une collaboration informelle qui s'avère très positive et fructueuse.

Les contacts avec l' AUF sont également très positifs.

L'UMVF suscite un espoir et un intérêt importants tant auprès des structures institutionnelles que des collègues enseignants et des étudiants en francophonie et dans le monde.

Comment échafauder un accord cadre de coopération UMVF-CIDMEF seul à même de coordonner les efforts dispersés des uns et des autres et passer la vitesse supérieure dans le domaine d'une offre compétitive sur le plan européen et international ?

Voilà le thème central qui sera abordé afin de susciter un élan et le démarrage d'un groupe de travail sur ce thème.

C47

ENTRETIEN ACCUEIL DES LYCEENS S'INSCRIVANT EN PCEM 1 : OBJECTIFS, FAISABILITE – UNE EXPERIENCE DE 4 ANS

PERROTIN D, ARBEILLE B, SAM GIAO M

*Département de Pédagogie – Faculté de Médecine – 2 bis boulevard Tonnelé – 37032 Tours Cedex
perrotin@med.univ-tours.fr*

La majorité des universités Nord américaines et beaucoup d'universités européennes intègrent un entretien dans le processus d'admission/sélection en Faculté de Médecine.

En France :

- une sélection à l'entrée de l'université est impossible.
- l'entretien d'admission n'existe pas (sauf exception) dans l'université
- la sélection à la fin du PCEM 1 se fait exclusivement à partir d'épreuves écrites
- la dimension relationnelle n'est jamais prise en compte.

Objectifs :

Principal : créer une rencontre avec le futur étudiant avant son entrée à l'université par un accueil individuel et personnalisé.

Secondaires :

- apprécier la capacité du jeune bachelier à établir une relation humaine et profiter de cet entretien pour le sensibiliser à la spécificité des études médicales
- évaluer sa motivation et la qualité de son projet personnel compte tenu de la difficulté du concours et du cursus des études médicales

- évoquer l'intérêt de réfléchir à une réorientation en cas de projet mal préparé
- prédire sa réussite éventuelle au concours de fin de première année

Méthodes :

L'équipe d'accueil est composée d'un enseignant de la Faculté et d'un médecin praticien (hospitalier ou libéral) qui ont reçu au préalable une formation aux techniques d'entretien.

L'entretien dure 20 à 30 minutes. Le bachelier est invité à se présenter par une brève autobiographie, puis l'échange avec l'équipe d'accueil permet d'évaluer principalement les qualités suivantes : **motivation – maturité – sociabilité – expression orale.**

A la fin de l'entretien l'étudiant prend son inscription administrative. Cette inscription n'est en aucun cas conditionnée par le déroulement de l'entretien.

Sur quatre années consécutives, notre Faculté de médecine a accueilli l'ensemble des étudiants s'inscrivant en première année (450 étudiants primants par an environ) sur une période de deux semaines en juillet.

Les 90 médecins participant à cette expérience sont convaincus de l'intérêt de cet accueil. Les étudiants ont dans l'ensemble bien accepté cet entretien. Un bénéfice réciproque, médecins-étudiants semble bien se dégager de cette expérience.

C48

ENTRETIEN-ACCUEIL DES LYCEENS S'INSCRIVANT EN PCEM 1 : ETUDE PROSPECTIVE SUR DEUX ANS

FAVARD L, PERROTIN D, ARBEILLE B, GARAUD P

*Département de Pédagogie – Faculté de médecine de Tours – 2 bis boulevard Tonnelé – 37032 Tours Cedex
favard@med.univ-tours.fr*

Le but de cette étude prospective a été d'analyser quelques caractéristiques « sociologiques » d'une promotion de jeunes bacheliers inscrits pour la première fois en PCEM1 et de comparer ces données aux résultats obtenus au concours.

En juillet 1999, tous les bacheliers qui souhaitaient s'inscrire en PCEM1 pour la première fois, ont été reçus individuellement par des binômes composés d'un enseignant de la faculté et d'un médecin. Cet entretien de 20 à 30 minutes a permis à chaque binôme de colliger des informations notamment pour quatre critères : motivation, maturité, sociabilité, expression. Tous les participants avaient été formés à la façon de réaliser l'entretien. Les analyses statistiques ont utilisé le test du chi 2.

Ainsi, 386 entretiens ont été réalisés. Ces 386 étudiants (245 filles, 141 garçons) ont été suivis sur deux ans. Sur ces 386 étudiants, 28 ont été reçus à leur premier concours, 225 ont redoublé et 133 ont abandonné. Sur les 225 redoublants, 105 ont été reçus à leur deuxième concours. Il n'y avait pas de différence significative entre la réussite au concours et le sexe.

La mention obtenue au baccalauréat était liée très significativement ($p < 0,001$) avec la réussite au concours. Les 17 mentions très bien ont tous été reçus. 81% des mentions bien, 37 % des mentions assez-bien et 15 % des mentions passables ont été reçus.

Les critères motivation et sociabilité était liée de façon très significative ($p < 0,01$) à la réussite au concours. Il s'agissait d'une tendance pour le critère expression ($p < 0,06$) et il n'y avait pas de lien avec le critère maturité.

Il a été demandé aux moniteurs de se prononcer intuitivement sur la réussite future ou non au concours. Pour la prédiction d'une réussite, les moniteurs ont fait une erreur de jugement dans 47 % des cas. Pour la prédiction d'un échec il y a eu erreur de jugement dans 13 % des cas.

Cette étude confirme l'importance de la mention obtenue au baccalauréat. Elle permet de constater que la motivation et la sociabilité sont des facteurs essentiels. Enfin, elle montre que les moniteurs se trompent rarement pour prédire un échec, beaucoup plus pour prédire une réussite. Au-delà de ces chiffres, il faut retenir de cette expérience la satisfaction d'avoir pu établir un échange réel et une écoute personnalisée de chaque étudiant qui souhaitait s'inscrire en PCEM 1.

C49

PERCEPTION DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE LEUR FORMATION : RESULTATS D'UNE ENQUETE MENEES A LA FACULTE DE MEDECINE D'ORAN EN 2002

MESLI M.F., BELKAID R., BOUZIANI M., AHMED FOUATIH Z.K.

Laboratoire de Biostatistique - Faculté de Médecine d'Oran BP 1510 Oran El M'Naouer 31000 anis@algeriecom.com

L'inscription aux études en sciences médicales constitue un enjeu considérable dans notre pays dans la mesure où elle est le centre des préoccupations de tout candidat au baccalauréat et les parents d'élèves ont en fait un symbole de réussite scolaire. Ceci est accentué par des conditions d'accès sans cesse renouvelées, aux études de médecine. Paradoxalement, les besoins en soins sont de moins en moins satisfaits notamment au plan de leur qualité jetant singulièrement le doute sur la qualité de la formation. Dans ce contexte, nous avons initié une série d'enquêtes autour de l'évaluation de la formation notamment auprès des usagers, des professionnels ainsi que des étudiants. Ainsi, nous rapportons dans ce travail, les résultats de l'enquête menée auprès des étudiants de cinquième et sixième année de médecine. L'objectif est de connaître la perception des étudiants sur leur propre formation et comment ils voient leur avenir en terme de pratiques professionnelles.

L'enquête est menée auprès des étudiants de cinquième et sixième année de médecine de la faculté d'Oran à l'aide d'un questionnaire. Le questionnaire a été distribué à l'entrée des amphis et repris vingt minutes plus tard par les enquêteurs. Le questionnaire comporte une trentaine de questions fermées et semi ouvertes. Les questions portent sur les identifiants, les motivations du choix des études médicales, sur les stages et la qualité de la formation ainsi que sur la perception de leur aptitude à l'exercice de la médecine. L'enquête a touché 211 étudiants ; 203 questionnaires étaient exploitables, ils concernent les réponses de 93 étudiants en cinquième année et 103 en sixième année. L'âge moyen des étudiants est respectivement de 22 et 24 ans. Le nombre moyen d'heures de stage par semaine est de 3,5 heures pour les étudiants de cinquième année et 2,4 heures pour ceux de la sixième année. 43% des étudiants déclarent n'avoir pas du tout fait de stages durant l'année, ce pourcentage est plus élevé en sixième année (69%). Le choix de la médecine est imposé par les parents dans 34% des cas, seul 3% des étudiants déclarent avoir choisi la médecine par vocation. La médecine générale est vue comme une simple transition, 83% déclarent vouloir faire une spécialité, seule 4% veulent pratiquer en médecine générale. Les étudiants sont mécontents de leur formation et déclarent être incompétents dans la prise en charge du malade.

En conclusion on peut affirmer que les étudiants n'ont pas perçu les objectifs de formation (il n'en existe pas d'ailleurs) car chacun a une définition (perception) différente. La médecine comme métier n'apparaît pas. Le malade est absent. L'accent est mis sur les « connaissances ». Le plus grave est que tous la perçoivent comme une transition vers la spécialisation.

C50

STRATEGIES D'APPRENTISSAGE AU COURS DU PREMIER CYCLE MEDICAL ET PARAMEDICAL AU SEIN DU POLE UNIVERSITAIRE EUROPEEN BRUXELLES-WALLONIE

N. VANMUYLDER, P. SALVIA, F. DE BROEU, M. ROOZE, S. LOURYAN

Laboratoire d'Anatomie et Embryologie, Faculté de Médecine, Université Libre de Bruxelles

Nathalie.Van.Muylder@ulb.ac.be

et Unité d'Enseignement et de Recherche de Biologie Médicale, Haute Ecole Francisco Ferrer, Bruxelles.

But : comparer les stratégies d'apprentissages mises en œuvre par les étudiants en médecine de l'ULB au cours des 3 années du premier cycle des études médicales et les étudiants de première année de graduat en biologie médicale.

Méthodes : à partir d'un référentiel connu (Wolfs, 1998), les stratégies d'apprentissages de 93 étudiants de premier cycle des études médicales et de 25 étudiants de graduat sont évaluées. Le questionnaire « Mes outils de travail intellectuels » (Wolfs, 1998) a été remis et expliqué aux étudiants.

Résultats et conclusions : une première approche a consisté à regrouper les cotations des outils de la « compréhension/appropriation » et de « l'analyse/synthèse » sous le label d'apprentissage en profondeur. Les scores moyens sont de 16.3 sur 20 en 1^{ère} (1CM), 15.5 en 2^{ème} et 14.8 en 3^{ème} année de médecine et de 13.7/20 en graduat (1BM). Au cours des années successives de PCEM, la mémorisation diminue alors que la notion de relation augmente. Si les difficultés rencontrées diminuent en fonction de l'augmentation de confiance en soi, on observe des difficultés croissantes dans la gestion du temps, probablement en raison de la multiplication des cours.

Pour l'apprentissage en profondeur, les outils qui semblent de moins en moins bien utilisés sont la reformulation et la réorganisation du travail, qui font appel à la synthèse sur laquelle l'enseignement universitaire de type transmissif n'insiste pas assez. Des remarques en fin de questionnaire font cependant souvent référence

au stress vécu pendant l'année et les examens. Pour la comparaison 1BM/1CM, à l'exception de la mémorisation, tous les outils évalués, qu'ils se rapportent à des comportements cognitifs, métacognitifs ou affectifs, sont plus faiblement utilisés par les étudiants de 1BM que par ceux de 1CM. Ces résultats encouragent les enseignants à recourir à des pédagogies différenciées, ce qui n'exclut pas des possibilités de recoupements.

C51

ETUDE DES PROCESSUS D'APPRENTISSAGE MIS EN ŒUVRE POUR L'ETUDE DE L'ANATOMIE HUMAINE AU COURS DU PREMIER CYCLE D'ETUDES MEDICALES A L'UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES

S. LOURYAN, N. VANMUYLDER, P. SALVIA, M. ROOZE

Laboratoire d'Anatomie et Embryologie, Faculté de Médecine, Université Libre de Bruxelles. slouryan@ulb.ac.be

But : le cours d'Anatomie de notre faculté se découpe en 3 ans. La première est consacrée à l'anatomie générale. La deuxième est dévolue aux membres et au tronc (avec dissections personnelles et radio-anatomie). La troisième est relative à la tête, mais comporte une synthèse topographique générale (avec dissections, RX et anatomie palpatoire). L'objectif est d'observer la modification progressive des processus d'apprentissage.

Méthodes : le présent travail a porté sur une population de 93 étudiants. Des propositions de stratégies propres ont été établies, puis classées selon les critères définis par Wolfs (1998). Elles ont fait l'objet d'un questionnaire.

Résultats et conclusions : si les étudiants considèrent que la complexité du cours d'anatomie est croissante, ils reconnaissent que la « logique anatomique » leur devient progressivement plus perceptible. L'observation de planches commentées cède progressivement la place à l'usage de descriptions illustrées. Ainsi, la « démarche anatomique » leur est progressivement plus familière, en sorte que la recherche de liens devient moins impérative. Le recours à l'examen de spécimens réels devient capital au cours de la deuxième année, où la majeure partie du cours est enseignée. De manière étonnante, lorsqu'on tient compte de l'offre pédagogique qui leur est faite, le recours à l'anatomie de surface « sur un autre corps vivant que le leur » et à la radio-anatomie semble réduit, ou à tout le moins absent de leur processus métacognitif.

C52

L'ANALYSE DE SITUATION, ADAPTATION DU CONCEPT DE L'APP, DANS L'ENSEIGNEMENT MODULAIRE "APPAREIL DIGESTIF" DE PCEM2

QUINTON A, ZERBIB F, CASOLI P, DUBUS P, CHOUKROUN L

Université de Bordeaux 2 – 143, rue Léo Saigant – 33076 - Bordeaux andre.quinton@chu-bordeaux.fr

Nous présentons la réorganisation simple d'un enseignement basé sur le concept de l'APP.

Alors que l'APP n'est pas instauré dans notre faculté une expérimentation eut lieu pendant 5 ans dans le module *appareil digestif* de P2 selon une organisation inspirée de la technique originale, mais en différant par le maintien de cours en anatomie et histologie. En physiologie il y a un polycopié et 2 séances d'enseignement dirigé (ED), en séméiologie un polycopié et 7 ED (5 cliniques et 2 radiologiques), centrés sur des observations qui donnaient lieu aux 3 étapes de l'APP : découverte de situation, travail personnel, restitution.

Si l'appréciation des étudiants était excellente, les enseignants étaient déçus du peu d'entre eux fournissant le travail personnel de la 2ème étape.

But : la réorganisation des ED vise à utiliser l'intérêt des étudiants pour la pathologie et à appliquer le principe de faire découvrir et comprendre les maladies en 2° et 3° année, apprendre à les diagnostiquer et les traiter le reste du 2ème cycle.

Méthode : Maintien comme ressources des cours d'anatomie et d'histologie, des étudiants y assistant, d'autres se satisfaisant des "ronéos". Maintien des 2 ED de physiologie.

En pathologie les étudiants ont un fascicule de 30 pages, *Notions cliniques sur les maladies hépato-gastro-entérologiques*, un polycopié de séméiologie. A chaque séance d'ED, pendant la 1ère heure, 4 groupes d'étudiants analysent et expliquent une situation clinique différente, "mono-pathologie" sur un organe, à l'aide de leurs documents, cours et polycopiées.. Dans la 2ème heure chaque groupe rapporte le résultat de sa réflexion.

Un sujet d'examen est l'analyse d'une situation similaire.

Résultats : En 2002 cette technique a donné des résultats très supérieurs à ceux des années précédentes. Les étudiants, très actifs, synthétisent leurs connaissances, font preuve lors de l'analyse et de la restitution d'un dynamisme non obtenu jusqu'ici. Les résultats à l'examen ont été bons (92 % de reçus). Lors de l'évaluation les notes se répartissaient autour d'une moyenne de 7,3 sur 10.

Conclusion

Une organisation simple permet aux étudiants de découvrir des situations cliniques et d'en rechercher les mécanismes possibles.

C53

ENSEIGNEMENT DE LA REDACTION MEDICALE EN AFRIQUE FRANCOPHONE

Moustafa MIJIYAWA

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie – Université de Lomé Togo - mijiyawa@tg.refer.org

La rédaction médicale est depuis 1996 l'objet d'un enseignement structuré dans certaines facultés de médecine d'Afrique francophone. Cet enseignement que nous dispensons vise à améliorer la production scientifique des apprenants. Les recommandations de Vancouver en constituent l'ossature théorique. Le volume horaire est de 40 heures. Le contenu de cette formation comporte les éléments suivants : la littérature biomédicale dans le monde ; la documentation médicale ; les critères d'évaluation des revues biomédicales ; le style scientifique ; les différents types de textes médicaux ; les différentes parties d'un article original ; le titre d'un article ; l'introduction d'un article original ; le matériel et les méthodes ; les résultats ; la discussion ; les références ; le cheminement d'un manuscrit ; la lecture critique d'articles médicaux ; la communication orale. La cible était initialement constituée de médecins, notamment des enseignants-chercheurs de facultés. Deux cent trente deux médecins ont ainsi bénéficié de cet enseignement à Lomé, Cotonou, Bouaké et Bamako. Depuis 1999, la rédaction médicale fait l'objet d'un enseignement formel dans les facultés de Lomé et de Bouaké. Elle est enseignée en 6^è année, avant l'élaboration de la thèse de doctorat. A Lomé, elle est intégrée dans le module de la méthodologie de la recherche qui comporte en outre les biostatistiques et l'épidémiologie clinique.

L'enseignement de la rédaction médicale commence par avoir des répercussions positives sur les thèses élaborées par les étudiants, notamment ceux de la faculté de Lomé. Cet enseignement qui rejaillira certainement dans un proche avenir sur la production scientifique des chercheurs mérite d'être soutenu et d'être instauré dans les différentes facultés africaines.

C54

SUPPORT D'ENSEIGNEMENT MULTIMEDIA DE NEUROLOGIE A LA FACULTE DE MEDECINE DE TUNIS : ASPECTS PEDAGOGIQUES ET CONCEPTUELS

R. GOUIDER, A. BEN HAMIDA, T. KILANI, R. MECHEMECHE

Unité de Production Multimédia. Faculté de Médecine de Tunis. Tunis - Tunisie rg@gnet.tn

Contexte

L'introduction des « NTICE » est d'actualité et leur place dans l'enseignement médical est actuellement discutée.

But

La réalisation d'un support multimédia d'enseignement de neurologie à la faculté de Médecine de Tunis.

Méthodes

Ce support est Basé sur le polycopié d'enseignement Il a été conçu à partir d'un cahier de charge. Le format retenu était le HTML afin d'être utilisé ensuite sur internet.

Le contenu a été enrichi par des liens hypertexte, des illustrations vidéo et des images.

L'auto-évaluation a été insérée à la fin de chaque mini-module avec parfois possibilité de tutorat.

Les ressources de neurologie présentes à la faculté et sur internet ont été identifiées et insérées.

Résultats

Les auteurs rapportent les résultats du test d'implémentation, des premières utilisations, les critiques apportées par les étudiants les techniciens et les enseignants. Ils discutent l'utilité de la généralisation de ce type de support d'enseignement multimédia au reste des modules d'enseignement.

C55

INTERET DU SUPPORT MULTIMEDIA DE VISUALISATION TRIDIMENSIONNELLE POUR L'ENSEIGNEMENT DE L'ANALYSE DE LA MARCHE HUMAINE

C. BEYAERT*†, T. HAUMONT°, P LASCOMBES°, J-M ANDRE†

* Laboratoire de Physiologie, Faculté de Médecine de Nancy ; †Laboratoire d'Analyse de la Posture et du Mouvement, Institut Régional de Réadaptation de Nancy, avenue de la Libération, 54840 Gondreville ° Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine de Nancy christian.beyaert@medecine.uhp-nancy.fr

La marche humaine, est une activité physiologique complexe durant laquelle le squelette articulé est mobilisé sous l'action coordonnée de muscles squelettiques tout en respectant les contraintes d'équilibre. Une bonne compréhension de la physiologie de la marche nécessite d'associer l'étude des mouvements des segments osseux (cinématique), l'étude des forces à l'origine de ces mouvements (cinétique) et l'étude de l'activité de muscles squelettiques. La bonne compréhension de l'étude cinématique et cinétique nécessite la représentation mentale des mouvements en trois dimensions. Afin de faciliter celle-ci, nous avons élaboré un support multimédia intégrant la perspective tridimensionnelle de l'analyse de la marche, utilisable par l'enseignant et individuellement par l'étudiant. L'analyse tridimensionnelle de la marche est réalisée grâce à un système opto-électronique (Vicon Motion Systems, Oxford) de capture du mouvement de marqueurs placés sur la peau à partir desquels les mouvements du squelette sont calculés selon un modèle segmentaire simplifié. Les mouvements segmentaires peuvent être visualisés selon diverses incidences de vues facilement modifiables par l'utilisateur. Cette animation tridimensionnelle associée de façon synchrone à la visualisation de vidéos permet une bonne intégration de l'aspect tridimensionnelle des mouvements.

L'étude cinétique est aussi rendu plus accessible à la compréhension par la visualisation tridimensionnelle de la force de réaction du sol, mesurée à partir de plateformes de force situées au sol, au cours de la marche. La position relative de la force de réaction du sol par rapport aux articulations des membres inférieurs permet de calculer les variables cinétiques. La confrontation de la cinétique et de l'activité de principaux muscles squelettiques permet de comprendre la fonction dynamique de ces muscles. L'étude de la fonction musculaire était complétée par l'intégration de séquences d'anatomie fonctionnelle animée (Bio Média SA, Switzerland). Cet outil pédagogique est utilisé pour l'enseignement de la marche normale et pathologique.

C56

A PROPOS DE L'APPRENTISSAGE DE LA DECISION MEDICALE

N. ANDRÉ, P. REYES, J.L. BERNARD.

*Institut de Formation et de Recherche sur l'Apprentissage de la Médecine (IFRAM), Marseille. France.
Hôpital pour enfants de " la Timone " - 13385 Marseille cedex 05 France - chasevnic@free.fr*

La pratique médicale impose la prise de décisions multiples chaque jour. Face à une même situation clinique, des décisions différentes peuvent être prises selon le médecin, ce qui souligne la complexité de ce processus.

Toute décision s'inscrit dans un double couple de dimensions :

Un couple *mécanistique* (l'obligation de moyens, historique et déontologique) et *conséquentialiste* (l'obligation de résultats, moderne, nourrie par les considérations d'ordre statistique) ; récemment, la nécessité pour le médecin de devoir être capable de justifier ses décisions pour des raisons médico-légales ou économiques a accentué le poids de la dimension conséquentialiste, au détriment de l'aspect mécanistique qui tend à devenir contingent. L'identification et la mise en place d'enseignements de médecine fondée sur les preuves dans les cursus de formation initiale et dans l'offre de formation postgraduée tendent à privilégier la seule dimension conséquentialiste. Les deux dimensions sont pourtant toujours en œuvre, en interaction dans chaque prise de décision.

Un couple rationnel et émotionnel, omniprésent et indissociable de toute connaissance et décision médicale. Nous pensons que ce n'est pas uniquement la recherche du meilleur résultat a priori qui doit être visée. Une décision doit certes s'appuyer sur des données " scientifiques " mais doit aussi tenir compte de la dimension émotionnelle présente dans chaque situation médicale concernant un malade singulier.

L'apprentissage de la prise de décision devrait tendre à rendre conscientes et explicites ce double couple de dimensions qui sont dans un rapport d'opposition ou de complémentarité toujours différent.

C57

INITIATION AU RAISONNEMENT CLINIQUE CENTRE SUR LE PATIENT : UNE INNOVATION PEDAGOGIQUE A LA FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE LAVAL (QUEBEC, CANADA)

Luc COTE, Joan GLENN, Jacques FRENETTE, Nathalie GINGRAS

*Centre de développement pédagogique - Faculté de médecine - Pavillon F-Vandry - Bureau 3358 - Université
Laval - Ste-Foy, Québec (Canada) - G1K 7P4 - luc.cote@fmed.ulaval.ca*

Jusqu'en 2001, les activités d'initiation à l'apprentissage du raisonnement clinique, de la relation médecin-patient et des habiletés de communication étaient regroupées dans les premières années du programme de médecine lors de divers cours peu en lien les uns avec les autres. Dans le but de favoriser une meilleure acquisition et intégration de ces compétences cliniques en première année, nous avons modifié les cours existants et mis en place, à l'hiver 2002, une nouvelle série d'activités d'apprentissage. Celles-ci visent à initier les étudiants à la résolution de problèmes cliniques dans le contexte d'entrevues médicales centrées sur le patient. Le principal défi à relever était d'intégrer l'apprentissage de la démarche clinique avec celui de l'entrevue centrée sur le patient et des habiletés générales de communication. Nous avons appuyé notre planification pédagogique sur les principes suivants : activation des connaissances antérieures des étudiants, travail à partir de problèmes cliniques significatifs, progression des tâches d'apprentissage, participation active et réflexive des étudiants et pratique des compétences visées. Nos nouvelles activités incluent :

- Des sessions interactives en grand groupe sur l'approche centrée sur le patient et sur les habiletés de communication utilisées dans une entrevue médicale;
 - Des discussions de cas cliniques en petit groupe;
 - Des séances pratiques du questionnaire clinique centré sur le patient en petit groupe;
 - La réalisation par chaque étudiant d'une entrevue avec un patient atteint d'une maladie chronique ou grave, suivie d'une réflexion écrite sur l'impact de la maladie sur le patient et ses proches;
 - La mise en place d'activités de formation professorale pour les moniteurs en petit groupe.
- La communication proposée décrira les points essentiels de cette innovation pédagogique.

C58

LA DISCUSSION DES MEDICAMENTS LORS DE CONSULTATIONS MEDICALES UNE ETUDE QUEBECOISE

Claude RICHARD, Marie-Thérèse LUSSIER.

*Equipe de recherche en soins de première ligne hôpital Cité de la Santé de Laval 1755 Boul. René Laennec Laval,
Québec H7M 3L9 ell4400@videotron.ca*

Contexte : Jusqu'à présent, très peu de recherches ont examiné la nature et l'intensité des échanges portant sur la médication lors de consultations entre patients et médecins généralistes. **But:** Décrire les discussions au sujet des médicaments lors de consultations en médecine générale. **Méthode:** **Devis :** Recherche descriptive. **Site:** 15 cliniques privées de la région de Montréal, Québec, Canada. **Participants:** 40 médecins généralistes (23 hommes et 17 femmes) et 462 de leurs patients. **Matériel :** enregistrements audio des consultations médicales. **Instrument de codification:** MEDICODE, une grille spécialement conçue pour coder le discours portant sur les médicaments. Pour chaque médicament abordé durant la consultation, MEDICODE identifie le statut et la présence de 40 thématiques regroupées en quatre catégories: information générale, connaissance du médicament, discussion de la prescription, effets du médicament. **Résultats:** nous avons relevé 1646 occurrences de médicaments au cours des 462 consultations. En moyenne, 14% des énoncés de la consultation portaient sur les médicaments ce qui équivaut à un temps de discussion de 2,5 minutes. 3.9 médicaments distincts étaient abordés, en moyenne, au cours d'une consultation. Les médicaments ont été regroupés en 13 classes pharmacologiques, cinq desquelles représentaient plus de 50% des occurrences: Cardiovasculaires (22.5%); Hormonothérapie substitutive (12.6%); Anti-infectieux (10.8%); AINS (9.9%); Respiratoires (8.5%). Les nouvelles ordonnances représentaient uniquement 8% des discussions alors que les renouvellements comptaient pour 17%. Plus de la moitié des médicaments discutés étaient des médicaments actifs ou déjà utilisés dans le passé (51%). Le nombre moyen de thématiques discutées était de 3.9 par médicaments. Le nom du médicament (72,6%), la classe du médicament (20,6%), la posologie (32,6%), l'effet principal observé (22,3%), sont parmi les thématiques les plus fréquemment discutées. Parmi les thématiques les moins souvent abordées, nous retrouvons l'observance (2,2%), l'opinion du patient (1,3%), les interactions (1,4%) et l'engagement du patient (1,3%). **Conclusion:** MEDICODE permet une description précise de l'ensemble du discours portant sur la médication au cours d'une consultation médicale. Les résultats indiquent la relative pauvreté des échanges sur la médication, en particulier sur des thématiques pouvant avoir un impact sur la gestion adéquate que les patients en font.

C59

QUALITE DE VIE DES PATIENTS AGES - UN DESIDERATUM ABORDE EN 2E CYCLE

Roxana CRUCE, Paulina Lucia CIUREA, Cornelia ZAHARIA, Petrica BADEA, Catalin ILIE
Université de Médecine et Pharmacie de Craiova, Roumanie rcruce2002@yahoo.co.uk

Dans le contexte du vieillissement de la population, mais aussi des possibilités accrues de diagnostic des maladies neurologiques, une meilleure prise en charge des patients âgés s'impose. Nous avons tenté d'augmenter l'intérêt des étudiants du 2e cycle pour les aspects plus pratiques de leur futur métier, en abordant le sujet de la qualité de vie des patients âgés ayant des maladies ou des séquelles neurologiques.

Méthodes : Nous avons organisé avec les étudiants du 5e année de la Faculté de Médecine un travail préliminaire d'identification des raisons de frustration des patients neurologiques chroniques (accidents vasculaires cérébraux, maladie de Parkinson, syndromes démentiels). Nous avons organisé ultérieurement des séances d'ARC, de brèves séances de type "brain-storming" centrés sur des mesures à envisager pour augmenter la qualité de vie de ces patients.

Résultats : Le travail préliminaire s'est déroulé avec beaucoup d'enthousiasme de la part des étudiants, qui ont identifié les principaux problèmes posés par les patients âgés ayant un déficit neurologique. Dans la deuxième étape, ils ont proposé des mesures concrètes qu'ils auraient pu utiliser dans ce but dans leur activité pratique ultérieure – de médecin généraliste ou de spécialiste en neurologie ou en gériatrie. Ils sont allés plus loin, en proposant des modalités d'intervention potentielle au niveau social. Cet abord a été jugé comme très utile par la plupart des étudiants, beaucoup d'entre eux ont affirmé qu'ils avaient acquis une vision plus complète du patient âgé et de sa prise en charge.

Conclusions : Cette étude nous a permis d'introduire une nouvelle dimension de la prise en charge des patients âgés - la qualité de vie – pour les étudiants en neurologie. Il a ouvert des possibilités pour une meilleure compréhension des aspects concrets de la vie de ces patients, perçus comme être humains et de leur besoins. Nous croyons que l'abord au 2e cycle du sujet de la qualité de vie est justifié et gratifiant, permettant une meilleure préparation de l'étudiant pour les problèmes complexes de sa future activité pratique.

C60

LE DEFI D'ENSEIGNER LA MEDECINE DE PREMIER RECOURS

MS. ISSAD

CHU Béni-Messous, Hôpital Issad Hassani, DZ 16343, Alger msissad@ibnsina.ands.dz

Deux raisons principales nous incitent à débattre de ce sujet, dans nos régions : la première est que le rôle et le statut du médecin généraliste sont mal définis et qu'ils posent problème; la seconde est que nos facultés de médecine s'étant engagées dans la réforme des études de médecine, il est indispensable d'identifier les modèles et méthodes pertinents par rapport à la formation du médecin de premier recours. Il s'agit tout d'abord de définir ce qu'est la médecine de premier recours : est-ce uniquement la médecine générale, est-ce la médecine communautaire ou bien recouvre-t-elle d'autres aptitudes à définir et à enseigner. C'est en utilisant les concepts d'éthique et d'humanisme et en privilégiant, par exemple, l'apprentissage par résolution de problèmes, que ce défi ou challenge pourra être relevé. Les modèles suisse, québécois, français et tunisien, sont autant d'itinéraires qui peuvent être empruntés pour situer notre projet dans ce domaine.

LE CERCLE D'AJUSTEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (CAPP)

J.-L. BERNARD^{1,2}, P. REYES², G. DONGRADI³

1. Commission de Formation et Pédagogie, Société Française de Pédiatrie 2. Institut de Formation et de Recherche sur l'Apprentissage de la Médecine, Marseille, 3. Acalis, Paris, France. jbernard@ap-hm.fr

La pertinence des divers types d'actions destinées à améliorer les pratiques professionnelles est aujourd'hui débattue. L'insuffisance des dispositifs traditionnels de mise à disposition des connaissances (ouvrages, journaux, congrès) et de formation (séminaires, ateliers) est souvent pointée.

Le concept de CAPP est susceptible d'enrichir le processus d'amélioration de la qualité des soins en

- affirmant que les savoirs sont pour partie des savoirs d'ordre expérimental, académique, et pour partie des savoirs spécifiquement professionnels ;
- reconnaissant que chaque professionnel de santé en exercice est dépositaire lui-même d'une partie de ces savoirs professionnels ;
- invitant le professionnel à intégrer une communauté dynamique de savoirs pour s'enrichir des connaissances des autres et contribuer lui-même à leur évolution, devenant co-auteur d'un thesaurus (trésor) professionnel ;
- incitant le professionnel à consulter ce thesaurus en situation de soins authentique pour confronter sa pratique individuelle à la pratique collective ;
- mettant en place des supports d'information pertinents (situations cliniques et problèmes) correspondant aux deux interrogations fondamentales devant tout patient (*que se passe-t-il ? que dois-je faire ?*) ;
- organisant la complémentarité des moyens d'échange et de documentation (atelier présentiel, supports papier et électronique).

Il s'agit donc de créer et animer un espace social de construction dynamique des savoirs professionnels en situation.

EXPLORATION DE LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE : ENJEUX ET RISQUES, A PROPOS DE L'EXPERIENCE DU BILAN DE COMPÉTENCE

MH CERTAIN, A PERRIN

MG Form, 8/10 bd Jourdan 75014 PARIS mh.certain@medsyn.fr

Contexte : Dans une société toujours plus exigeante en terme de qualité et transparence, les professionnels de santé n'échapperont pas à la nécessité de devoir faire la preuve de leur compétence. Cette attente sociétale, cette attente des pouvoirs publics doit être aussi une ambition et un leitmotiv professionnels. Devant cette exigence, la question de la faisabilité prend tout son sens : qui ? Comment ? Avec quels outils ? Quelle acceptabilité par les professionnels ?

La compétence est la résultante de différents savoirs et savoir-faire ressources, mais aussi le fruit de l'expérience et d'aptitudes personnelles mises en œuvre dans une situation complexe. Elle se construit tout au long de la vie professionnelle. Sa mesure en est par essence complexe, et surtout indirecte.

But : MG Form a développé un outil, le bilan de compétence. C'est une démarche personnelle " d'auto évaluation accompagnée" dans un cadre précis et sécurisant : volontariat, confidentialité des résultats, caractère non sanctionnant. Il repose sur le référentiel professionnel, qui décrit les activités et compétences requises pour exercer le métier de généraliste. Il se déroule en 5 phases : information préalable, auto observation, investigation en séminaire résidentiel de 6 personnes, avec divers outils alternant des séquences en groupes et des travaux personnels, sur le parcours et la pratique, décantation puis entretien de synthèse. Deux animateurs formés adhérant à une charte d'éthique encadrent la session.

Méthode : Les outils mis en œuvre en individuel Et en groupes permettent une approche multifocale de la compétence : auto observation de la pratique quotidienne, recueil et analyse de situations marquantes, descriptif et analyse du parcours, études de cas, mises en situation de consultation face à des acteurs patients, projection dans l'avenir. Ils explorent de façon spécifique les diverses facettes de la compétence professionnelle : savoirs, savoirs procéduraux, savoir-faire relationnels et opératoires, mise en jeu de ces différentes ressources en situation, aptitudes personnelles, acquis de l'expérience et du parcours, le tout de façon la plus proche possible de la situation professionnelle.

Résultats : C'est au cours d'un entretien individuel entre le médecin et les 2 animateurs que se fait la synthèse - restitution de l'ensemble des données collectées et analysées. Les animateurs sont dans un rôle de facilitateurs. Ils accompagnent la prise de conscience du médecin et l'aident dans l'appropriation des problématiques mises en évidence. C'est le croisement des données factuelles observées, aux différentes séquences du bilan qui permet de valider et crédibiliser les résultats : les points forts et points faibles à améliorer, les besoins de formation

spécifiques, les besoins d'organisation, les priorités et choix à faire pour poursuivre de façon satisfaisante un parcours professionnel. Les animateurs se conforment à une charte éthique de l'accompagnateur de bilan élaborée à cet effet. Ils respectent à tout moment les cadres et les règles de fonctionnement fixés au départ qui servent de garde fous aux écueils parmi lesquels le jugement de valeur, la mise en échec, ou l'interprétation.

Conclusion : Explorer la compétence professionnelle est un exercice à haut risque, à la fois pour le médecin mais aussi pour ceux qui l'accompagnent. Les principes et le cadre éthique dans lequel s'inscrivent les démarches d'évaluation des professionnels sont des conditions nécessaires et indispensables pour les développer en France, avec une bonne acceptabilité.

C63

LE BILAN DE COMPETENCE : UNE DEMARCHE D'AUTO EVALUATION ACCOMPAGNEE POUR DETECTER LES BESOINS DE FORMATION

MH CERTAIN, A PERRIN, et coll.

MG Form, 8/10 bd Jourdan 75014 PARIS mh.certain@medsyn.fr

Contexte : Dans une société toujours plus exigeante en terme de qualité et transparence, les professionnels de santé n'échapperont pas à la nécessité de devoir faire la preuve de leur compétence. La profession généraliste exprime un malaise profond, lié pour partie aux conditions de vie et d'exercice, au décalage ressenti par rapport au reste de la population et aux contraintes de tous ordres. D'où la nécessité de proposer des outils susceptibles d'identifier les besoins en terme de formation, d'organisation et parfois de développement personnel, dans un cadre rassurant et positif.

But : Le bilan de compétence est une démarche personnelle " d'auto évaluation accompagnée" dans un cadre précis : volontariat, confidentialité des résultats, caractère non sanctionnant. Le bilan permet au médecin de faire le point sur son parcours et sa pratique professionnelle, afin d'en identifier les points forts et les points faibles, au regard du référentiel professionnel du médecin généraliste et d'une confrontation avec des pairs. Il lui permet d'établir un plan personnalisé adapté à ses besoins de formation et à la réalité de son exercice, éventuellement de définir un projet d'évolution dans le métier.

Méthode : 5 phases permettent d'explorer les diverses facettes de la compétence professionnelle :

- Information téléphonique préalable,
- auto observation par le médecin de son parcours et de sa pratique,
- investigation en séminaire résidentiel de 6 personnes, avec divers outils alternant des séquences en groupes et des travaux personnels. Se succèdent une présentation du parcours professionnel, une analyse multifocale de la pratique et une projection dans l'avenir.
- décantation puis entretien de synthèse.

Deux animateurs encadrent chaque session. 20 médecins généralistes déjà formateurs ou enseignants sont entrés dans une démarche de professionnalisation pour l'animation de ces bilans, et adhèrent à une charte d'éthique d'animateurs de bilan de compétence, qui en définit le cadre, les règles et les limites.

Résultats : En 2 ans et 24 sessions, nous avons touché près de 150 médecins. Les résultats sont très divers et témoignant du caractère très individualisé de la démarche, mais aussi de tendances communes exploitables en terme de besoins collectifs. Ont ainsi pu être identifiés des besoins d'ordre biomédical, mais également au niveau de la relation médecin malade, ou de la conduite d'entretien, des besoins en terme d'organisation et de gestion du temps. Chez les médecins les plus en difficulté apparaissent souvent des problématiques personnelles d'affirmation de soi, de capacité à travailler en équipe, ou au contraire de grand isolement. Elles dépassent le simple cadre du savoir-faire médical.

Conclusion : Le bilan de compétence s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. La méthode est efficace, mais lourde en temps, et en moyens humains et financiers. MG Form travaille à l'élaboration d'un produit plus léger pour une diffusion à plus grande échelle. La méthode nécessite cependant formation et rigueur dans sa mise en œuvre.

STEP : SITUATION ET TESTS D'ÉVALUATION ET DE PERFORMANCE ADAPTATION EN FRANCE ET EN MÉDECINE GÉNÉRALE D'UNE MÉTHODE NORD-AMÉRICAINE POUR APPRÉCIER LES BESOINS DE FORMATION INDIVIDUELS

B. ORTOLAN*, P. LEVY, P. PEREZ, G. SCHENOVITZ, C. AMOUDRY, JM CHABOT, G. BORDAGE

**Directeur de l'ACMF - 79, rue de Tocqueville – 75017 PARIS – adhaeyert@acfm.fr*

Justification

En matière de FMC, les médecins se dirigent le plus souvent vers les formations qui les intéressent et non pas vers les sujets qui pourraient combler leurs déficits et améliorer réellement leur pratique. Il nous a semblé important d'essayer de mettre en place un test simple, facilement utilisable par le médecin et qui puisse apprécier ses connaissances, mais aussi ses compétences en fonction de sa pratique ainsi que ses réels besoins de formation.

Objectif général

Il s'agissait de définir une méthodologie pour élaborer un outil d'auto évaluation, en fonction de la pratique personnelle du médecin concerné, lui permettant dans un second temps d'orienter son propre plan de formation. Après une recherche bibliographique étendue, nous avons sélectionné la méthodologie nord-américaine des « points clés » qui cumule deux avantages : l'appréciation des compétences et non seulement des connaissances et, l'appréciation réellement représentative d'une pratique grâce à un test comportant une quarantaine de vignettes (permettant un coefficient de corrélation > 0,80). Test facilement réalisable par le médecin. L'enjeu de ce travail fut de vérifier d'une part l'adaptation de la méthodologie nord-américaine, utilisée surtout en FMI, à un outil performant en FMC et d'autre part la performance de cet outil en médecine générale.

Méthodologie

La méthodologie utilisée a été la suivante :

- constitution de deux groupes de travail : l'un pour piloter le projet et vérifier sa conformité par rapport à la méthodologie nord-américaine déjà validée, l'autre pour définir les points clés et rédiger les vignettes et la bibliographie.
- Le premier temps a été l'appropriation de la méthode des « points clés », effectuée lors d'un séminaire de formation avec le PR G BORDAGE (Université d'Illinois à Chicago), avec la maîtrise des termes : domaine, situation clinique, problème clinique, point clé, vignette...
- Le deuxième temps a consisté en la détermination des différents problèmes susceptibles de couvrir la pratique en médecine générale, environ cent problèmes ont été sélectionnés.
- Le troisième temps a permis la constitution d'une liste de points clés et des vignettes s'y référant permettant l'appréciation de la pratique du médecin généraliste. Plus de 60 médecins ont participé à la rédaction de ces vignettes qui décrivent des situations cliniques très fréquentes où pourtant se cache un piège, un défi ou une erreur possible.

A ce jour, environ 80% des problèmes précédemment sélectionnés sont rédigés et saisis dans une base de données, aujourd'hui accessible par l'Internet. Ce développement informatique permet l'élargissement de la phase de test et de validation à des volontaires généralistes et spécialistes non impliqués dans la méthode.

Conclusion

Les résultats de ce travail permettent de conclure que cette méthode des « points clés » est parfaitement adaptable au dépistage des besoins de FMC en France, en médecine générale comme en médecine spécialisée. Cela est confirmé par la même recherche menée simultanément par un groupe de gastro-entérologues français et dans d'autres pays où différents travaux confirment la validité de l'utilisation de cette méthode pour l'appréciation des compétences d'un médecin en exercice par rapport à d'autres méthodes plus lourdes comme celle des patients standardisés ou l'étude des dossiers des patients.

Ce projet a déjà été présenté au 2^{ème} congrès de médecine générale de Biarritz en mars 2001 et aux premières journées de médecine générale à Paris en octobre 2002.

Nous procéderons à l'inauguration officielle du site à l'occasion du prochain MEDEC en mars 2003.

C65

ANALYSE D'UNE ACTIVITE DU SERVICE DE PEDAGOGIE DE LA FACULTE DE MEDECINE DE DAKAR : LA PREPARATION DES CANDIDATS AU 11^{ème} CONCOURS D'AGREGATION DE MEDECINE DU CAMES

DANGOU JM, DIOUF R, SALL G, DIA A, SOW S, TOURÉ M.

Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie, Université C.A. Diop de Dakar (Sénégal) dangou@pasteur.sn

La formation pédagogique des enseignants a très tôt été une préoccupation des autorités de notre faculté. C'est ainsi que fut créé dès les années 70 le Laboratoire d'Enseignement et de Recherche Audio-visuels et Pédagogique (L.E.R.A.P.). Il assura la formation pédagogique des enseignants de la plupart des facultés de Médecine d'Afrique Noire Francophone, grâce à des séminaires-ateliers en Méthodologie de l'Enseignement (Niveaux I et II de la CIDMEF). Parallèlement, le LERAP assurait la préparation des candidats aux concours d'agrégation de médecine du CAMES. En 2001, à la faveur d'une réforme, le LERAP fut restructuré en Service central de la Faculté, avec budget propre et ayant en charge la Pédagogie, l'audio-visuel et le Multimédia, devenant ainsi le Service de Pédagogie, Audio-visuel et Multimédia (SE.P.A.M).

Le travail que nous présentons est une évaluation d'une des activités du SE.P.A.M. : la préparation des candidats au 11^{ème} concours d'agrégation de Médecine qui s'est déroulé à Dakar en Décembre 2003. Sur les 102 candidats inscrits, 62 ont participé aux ateliers de préparation organisés par le SE.P.A.M. , soit 60% des candidats. Ils se répartissent en 19 candidats de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, et 43 candidats originaires de 12 des 14 autres Universités ayant participé au concours.

Les résultats obtenus par les candidats qui se sont préparés à Dakar sont globalement satisfaisants, avec un taux de réussite largement au dessus de celui du concours, montrant ainsi tout l'intérêt d'une bonne préparation aux différentes épreuves du concours.

L'érection du SE.P.A.M. en centre officiel de préparation des candidats au concours d'agrégation de Médecine, agréé par le CAMES et appuyé par les partenaires devrait améliorer les résultats grâce à une optimisation des ressources disponibles pour cette préparation.

C66

FORMATION POWERPOINT DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE L'UNIVERSITE BANGUI

NDEMANGA KAMOUNE J., KOFFI B.

Faculté des Sciences de la santé de Bangui BP 1383 BANGUI - République Centrafricaine

Contexte : Dans le cadre de la formation médicale continue des Enseignants de l'Université de Bangui, une formation à l'outil Microsoft Powerpoint à l'intention de 11 médecins et 7 paramédicaux a été réalisée au Centre des Ressources Multimédia de l'Université de Bangui. Cette formation qui a duré 4 semaines a été financée par la Coopération française dans le cadre du projet PRESICA.

But : A la fin de cette formation, chacun des apprenants devrait être capable de

- réaliser intégralement une présentation Powerpoint à partir de documents papiers ou audiovisuels
- Utiliser correctement le matériel nécessaire : ordinateur, scanner, appareil photo numérique, caméra.

Méthode : La formation qui a duré quatre semaines s'est déroulée en 2 étapes :

- Une formation individuelle en 8 séances a permis à chacun apprenant de reproduire un model de présentation
- Cinq groupes de 4 à 5 personnes ont été constitués chacun sous la supervision d'un formateur. En 11 séances chaque groupe devait réaliser une présentation Powerpoint sur un sujet de son choix.

Résultat

- Un CD-ROM contenant 5 diaporamas a été réalisé et diffusé en 100 exemplaires
- Après un an, une enquête a montré une pratique usuelle de Powerpoint pour les communications
- la confection de documents Powerpoint par les enseignants
- la diffusion de l'utilisation de cet outil aux étudiants.

Conclusion

La vulgarisation des moyens de communication tels que l'outil power point permettra de faciliter l'enseignement de la médecine qui nécessite en grande partie le visuel.

INTRODUCTION DE L'APPRENTISSAGE AU RAISONNEMENT CLINIQUE DANS LA FORMATION DES ÉTUDIANTS A L'UFR DES SCIENCES MÉDICALES D'ABIDJAN

F.S. EHUA*, T. N'DRI-YOMAN*, J.L. BERNARD**, J.H. BARRIER***

**Faculté de Médecine d'Abidjan (Côte d'Ivoire)* fsehua@ci.refer.org

Faculté de Médecine de Marseille (France)* *Faculté de Médecine de Nantes (France)*

Contexte: En de vue procéder à une réforme pédagogique, l'UFR des sciences médicales d'Abidjan a diligé une évaluation par la CIDMEF qui a constaté l'absence de méthodes d'apprentissage par résolution de problème dans la formation des étudiants.

But: Introduire l'ARC dans les méthodes d'apprentissage des étudiants.

Méthode: Une enquête préliminaire a permis de recueillir un avis favorable du décanat, des enseignants et des étudiants pour l'introduction de l'ARC. 4 groupes de 8 à 10 étudiants de 4^e année ont participé aux séances d'ARC, dans le service de chirurgie générale et digestive du Chu de Yopougon. Toutes les séances ont été animées par un seul enseignant assisté par 1 ou 2 enseignants.

Les impressions des enseignants et des étudiants ont été recueillies par écrit après chaque séance.

Résultats: les impressions des enseignants et des étudiants ont été en faveur de l'implantation de l'ARC et de son extension aux étudiants des niveaux supérieurs.

Ils ont insisté sur l'importance de l'acquisition des sciences fondamentales et de la séméiologie des étudiants ; la nécessité d'une formation en pédagogie et d'une expertise dans la spécialité de l'encadreur.

Conclusion: l'introduction de l'ARC à côté des autres méthodes existantes a été appréciée par le groupe d'enseignants et d'étudiants impliqués dans cette expérimentation. Cette méthode doit être pérennisée grâce à la mise en place à la faculté d'une cellule de pédagogie et la formation pédagogique des enseignants.

Mots clés. ARC; stage hospitalier; formation ; enseignant ; cellule de pédagogie.

1 - ELSTEIN A.S. et coll. *Medical Problem Solving : An Analysis of Clinical Reasoning*, Cambridge, MA. Harvard University Press, 1978.

2 - KASSIRER J. *Teaching medicine by Iterative Hypothesis Testing : Let's preach what we practice*. *N Engl J Med* 1983 ; 309-15

3 - CHAMBERLAND M. Et coll. " *Carrying PBL into the Clerkship : a Second Reform in the Sherbrooke Curriculum* " *Annals of Community- Oriented Education*, 5 : 237-247 ,1992.

4 - CHAMBERLAND M. *Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC). Un exemple d'activité pédagogique contextualisé adapté aux stages cliniques en médecine*. *Annales de Médecine interne* 1998 ; 14 (8) 479-484

5 - CHARLIN. B. *Le raisonnement clinique : quelques données issues de la recherche*. *Pédagogie Médicale* Février 2001, Vol 2 Numéro 1, 5-8

6 - BARRIER J.H. *La consultation simulée structurée- Un modèle d'apprentissage du raisonnement clinique axé sur la décision médicale*.

D.I.U.P. Angers (Avril 1996)

7 - DUMAIS B. DES MARCHAIS J.E. *L'apprentissage par problèmes : le véhicule de la réforme pédagogique*. In : Des Marchais J E, et collaborateurs (Eds) *Apprendre à devenir Médecin*. Université de Sherbrooke : Canada. 1996 pp 83-117.

8 - HIVON R. *Planification de l'enseignement Cahier pédagogique*. D.I.U.P.Brest (Février 1995).

9 - JONES *Strategic teaching and learning – Apprentissage* In R.HIVON "Planification de l'enseignement " DIUP.Rennes (1995)

10 - BARROWS H.S., TAMBLYN R.M. *Problem-based learning: an approach to medical education*. New York: Spring Publ,1980.

11 - AUSUBEL D P. *Educational psychology : a cognitive view*.New York : Holt, Rinehart and Winston, 1968

12 – ARMSTRONG O. *Trois niveaux d'intervention Pédagogique en Afrique*. D.I.U.P. Nantes Octobre 1996.

13 - COTE L., LECLERE. H. *Pourquoi " se centrer sur le participant " en formation médicale continue ?* *Pédagogie médicale* 2000 ; 1 :40-44.

14 - CIDMEF *Guide de formation pédagogique des enseignants de Médecine*. Ed. J. Barrier, Nantes, 1998.

LE DIPLOME UNIVERSITAIRE DE SANTE PUBLIQUE EN ENSEIGNEMENT A DISTANCE DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY : MODALITES, PROFIL DES ETUDIANTS, PERSPECTIVES

D. BILLOT, F. ALLA, K. AL ZAHOURI, M. BAUMANN, F. CLAUDOT, JF COLLIN, F. GUILLEMIN, C. LOOS-AYAV, M. TABOZZI, S. BRIANÇON

Université Henri Poincaré, Nancy1 – faculté de médecine. Ecole de Santé Publique, 9 avenue de la Forêt de Haye, B.P. 184 – F 54505 Vandoeuvre Les Nancy Cedex dominique.billot@sante-pub.u-nancy.fr

L'Ecole de Santé Publique de Nancy propose depuis 1987 un Diplôme Universitaire de Santé Publique en enseignement à distance. D'abord destiné à des médecins, ce DU s'est ouvert aux non médecins avec pour objectif de permettre à des professionnels d'acquérir une formation de base méthodologique et appliquée en Santé Publique. Ce diplôme permet à des étudiants en zone isolée et à des professionnels en activité d'avoir accès à la formation. Il se décline à travers 3 mentions : « promotion de la santé », « politiques européennes de santé », « santé et développement ». Il est composé de 8 modules, 6 modules obligatoires et 2 modules optionnels. Pour obtenir le diplôme, les étudiants doivent présenter en fin de formation un mémoire écrit. Depuis sa création, 1600 étudiants ont été diplômés dans le monde francophone (particulièrement en Afrique) et les demandes d'inscription sont en augmentation constante.

L'analyse des dossiers de pré-inscription des 496 étudiants en cours de formation (1^{ère} et 2^{ème} année) permet de connaître le profil socioculturel, l'origine géographique, la profession et les motivations des étudiants en cours de formation. Les étudiants de ce diplôme sont principalement des professionnels en activité, 73 % ont plus de 40 ans, ce sont majoritairement des femmes et 64 % sont de nationalité française.

Cette analyse constitue une contribution à l'analyse des besoins en formation, elle permet d'apporter des éléments de réflexion par rapport à l'évolution souhaitable de ce diplôme. L'Ecole de Santé Publique envisage en

particulier pour l'avenir, l'évolution des modalités d'enseignement à distance avec l'intégration des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication.

C69

LE DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE SANTE PUBLIQUE ET COMMUNAUTAIRE AU VIETNAM

**S. BRIANÇON⁽¹⁾, NGUYEN THI PHI LINH⁽²⁾, DUONG DINH CONG⁽²⁾, NGUYEN THANH NGUYEN⁽²⁾, S.
MAURICE-TISON⁽³⁾, F. GUILLEMIN⁽¹⁾, DUONG QUANG TRUNG⁽²⁾, J.P. DESCHAMPS⁽¹⁾**

*⁽¹⁾ Université Henri Poincaré, Nancy 1, Faculté de médecine, Ecole de Santé Publique, 9 avenue de la Forêt de Haye,
B.P. 184 – F 54505 Vandœuvre Les Nancy Cedex serge.briancon@sante-pub.u-nancy.fr ⁽²⁾ Centre de Formation et Perfectionnement des
Professionnels de santé, Ho Chi Minh Ville – Vietnam ⁽³⁾ ISPED, Université de Bordeaux II*

La santé publique et communautaire, discipline s'intéressant à la santé des populations humaines sous tous ses aspects, curatifs, préventifs, sociaux et éducatifs, est à la fois une discipline de connaissance pour une meilleure appréciation de l'état de santé des populations avec définition des problèmes de santé prioritaires et une discipline d'action envisageant les solutions collectives permettant d'améliorer l'état de santé des populations.

Dans le contexte vietnamien, la nécessité de former des cadres spécialistes en santé publique s'est avérée indispensable depuis de nombreuses années dans les collaborations qui s'étaient instituées entre l'Ecole de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Nancy et le Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé de Ho Chi Minh Ville. L'Université Henri Poincaré, Nancy 1, l'Université de Bordeaux II et le Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Ho Chi Minh Ville ont signé des accords de coopération dont la principale retombée a été la mise en place d'un Diplôme Inter-Universitaire de Santé Publique et Communautaire dont l'objectif était de former des professionnels en santé publique et communautaire.

Ce diplôme comporte 12 modules de 30 heures réalisés par des enseignants français au cours de missions trimestrielles pendant deux ans. Les modules dispensés pendant la première année sont des enseignements méthodologiques. Les autres modules dispensés lors de la deuxième année sont des applications en santé publique. Un module de pratique de la recherche est consacré à la réalisation d'exercices d'application et d'un travail personnel sous la responsabilité d'un tuteur vietnamien et d'un tuteur français. L'enseignement est validé par un contrôle des connaissances sur chacun des modules et par la présentation devant un jury final du travail personnel de recherche. Deux promotions ont été mises en place en 1996 et 1998 et aboutissant à diplômer 16 étudiants. Les meilleurs ont été retenus pour suivre des études en France, DEA puis éventuellement thèse.

Au total, ce DIU est une des rares formations diplômantes de la coopération franco-vietnamienne. Elle pose le problème de l'équivalence des diplômes français qui devrait se résoudre avec la mise en place des filières LMD. La coopération se poursuit actuellement par un projet ambitieux "Recherche et Formation en Santé Publique au Vietnam" dans le cadre des projets FSP (Fonds de Solidarité Prioritaire) du Ministère des Affaires Etrangères.

ÉVALUATION DE L'ÉDUCATION A DISTANCE : BOITE DE PANDORE ?

Philippe ISIDORI

DCAM ~ Université Victor Segalen Bordeaux 2 - philippe.isidori@dcau.u-bordeaux2.fr

L'évolution des technologies de communication et la rénovation de l'éducation médicale génèrent des usages croissants de modalités électroniques de formation dite « à distance » ou « en ligne ». Les gestionnaires et les responsables pédagogiques confrontés aux incidences financières, organisationnelles, et didactiques de ces modalités se préoccupent de leur intérêt. L'appréciation de cet intérêt, bien que multiforme, est globalisée sous le vocable d'Évaluation.

Notre propos est de montrer la complexité de cette ambition qui, bien que légitime, pourrait rester chimérique. Pour cela nous présentons quelques dimensions de la problématique, portant sur :

- les composants de l'éducation à distance
- la notion de qualité
- la notion de réussite
- le dilemme coûts / bénéfices

L'intrication de ces aspects est telle qu'il convient d'en faire un repérage conceptuel et opératoire, permettant de valider les discours et les pratiques d'évaluation.

En dehors de tout parasitage économique industriel et technocentriste la question est de savoir ce qui peut être fait raisonnablement. Des voies méthodologiques, à structurer, sont disponibles pour l'évaluation de l'Éducation à Distance. Mais avant de les systématiser il serait paradoxal de ne pas soumettre également au crible de l'Évaluation les modalités dites traditionnelles ou « en présence ». Le risque est grand, sinon, d'ouvrir une Boîte de Pandore. Enfin, ce mouvement devrait être alimenté par une recherche pédagogique plus conséquente.

PROMOUVOIR LA REPRÉSENTATION SÉMANTIQUE DE PROBLÈMES DIAGNOSTIQUES CHEZ LES ÉTUDIANTS EN FORMATION PRÉ-CLINIQUE

Georges BORDAGE¹, Mathieu NENDAZ²

¹University of Illinois at Chicago USA bordage@uic.edu ; ²Faculté de Médecine, Hôpitaux Universitaires, Genève - Suisse

Problématique et buts. Des études récentes ont démontré que les cliniciens qui transforment les données cliniques du malade en représentations mentales plus abstraites, du genre « Il s'agit d'un problème articulaire aigu et sévère survenant de façon périodique dans une grosse articulation », obtiennent de meilleures performances diagnostiques. Le but de cette étude était d'évaluer l'effet d'une intervention auprès d'étudiants en médecine en phase pré-clinique visant à leur apprendre à construire de telles représentations mentales.

Méthode. Soixante étudiants de deuxième année de médecine dans une faculté de médecine américaine ont été attribués au hasard, soit à un groupe expérimental (n=20), soit à un groupe contrôle (n=40) pendant une période de 8 mois correspondant à un cours d'introduction à la médecine clinique. Cette formation comprenait des ateliers pratiques utilisant des malades simulés. Lors de discussions de cas, les étudiants du groupe expérimental furent entraînés à transformer les données du malade en représentations plus abstraites (axes sémantiques; par exemple, grosse articulation – aigu – sévère – périodique) et à les utiliser pour comparer et contraster un nombre limité d'hypothèses diagnostiques prototypiques (par exemple, goutte, pseudo-goutte et arthrite septique). L'effet de cette intervention fut mesuré après la consultation clinique d'un malade simulé, en considérant, d'une part le nombre de transformations sémantiques utilisées au moment de résumer et de discuter le cas, et d'autre part la justesse du diagnostic retenu.

Résultats. Les étudiants du groupe expérimental ont utilisé au delà de deux fois plus de transformations sémantiques dans leur résumé que ceux du groupe contrôle (1.40 vs 0.63, p=0.006). Le nombre de transformations sémantiques lors de la discussion du cas et la justesse diagnostique n'a toutefois pas varié de façon significative entre les deux groupes (p>.56). Les étudiants qui ont proposé le bon diagnostic ont utilisé deux fois plus de transformations sémantiques dans leurs résumés (1.69 vs 0.87, p=0.02) et dans leurs discussions de cas (4.69 vs 2.52, p=0.003) que ceux qui ont considéré un diagnostic incorrect.

Conclusions. Cette intervention ponctuelle a permis de promouvoir la transformation précoce des données du malade en représentation mentale sémantique. Ceci n'a toutefois pas mené à une meilleure interprétation des données, bien que les étudiants considérant le diagnostic correct ont utilisé davantage de transformations sémantiques, indépendamment de l'intervention. Ces résultats confirment que la bonne utilisation d'axes sémantiques est une condition nécessaire à la représentation mentale du problème, mais suggèrent que d'autres moyens pédagogiques sont nécessaires pour favoriser la reconnaissance immédiate des données clés à transformer et une intégration plus précoce de la représentation sémantique lors de l'acquisition des connaissances médicales.

EXPLORER LA COMPÉTENCE DE PROFESSIONNELS EN EXERCICE : QUELQUES OUTILS

MH CERTAIN, A PERRIN

MG Form, 8/10 bd Jourdan 75014 PARIS

Contexte

La compétence est la résultante de différents savoirs et savoir-faire ressources, mais aussi le fruit de l'expérience et d'aptitudes personnelles mises en œuvre dans une situation complexe. Elle se construit tout au long de la vie professionnelle. Sa mesure en est par essence complexe, et surtout indirecte. MG Form a développé un outil, le bilan de compétence. C'est une démarche personnelle "d'auto évaluation accompagnée" dans un cadre précis et sécurisant : volontariat, confidentialité des résultats, caractère non sanctionnant. Il repose sur le référentiel professionnel du médecin généraliste, qui décrit les activités et compétences requises pour exercer le métier de généraliste.

But

Les outils mis en œuvre permettent, par une approche collective multifocale, d'évaluer la compétence de chacun de façon très personnalisée. Au cours de 5 phases successives, ils explorent de façon spécifique les diverses facettes de la compétence professionnelle : savoirs, savoirs procéduraux, savoir-faire relationnels et opératoires, mise en jeu de ces différentes ressources en situation, aptitudes personnelles, acquis de l'expérience et du parcours, le tout de façon la plus proche possible de la situation professionnelle.

Méthode

Les principaux outils mis en œuvre sont : le descriptif et l'analyse du parcours, le recueil puis l'analyse de situations marquantes, les études de cas, des mises en situation de consultation face à des acteurs patients ; l'auto observation de la pratique quotidienne et une projection dans l'avenir complètent ces outils. Le dispositif est encadré par 2 animateurs se conformant à une charte éthique élaborée à cet effet.

Résultats

Le travail sur le parcours permet une relecture personnelle, du sens et des événements cibles. Mais aussi une exposition à d'autres, avec questionnement et retours de perceptions.

Le travail sur les situations marquantes permet d'observer les acquis de l'expérience, et d'identifier sur quelles bases s'est construite la personnalité professionnelle : le regard croisé d'autres personnes permet réassurance et déculpabilisation.

Les études de cas demandent au médecin de décrire ce qu'il fait, comment et pourquoi il le fait. C'est la mise en jeu de savoirs et de savoirs procéduraux, à partir de situations fréquentes.

On peut observer la capacité du médecin à analyser, et structurer les données et sa démarche décisionnelle.

Les mises en situation se déroulent de façon la plus proche possible de la réalité grâce à des acteurs patients, sur la base d'un scénario pré-établi : le médecin en situation de consultation, donne à observer les différentes facettes de sa compétence.. Le choix des situations porte sur des compétences non observables avec les autres outils, notamment les qualités relationnelles et la conduite d'entretien.

Conclusion

C'est au cours d'un entretien individuel entre le médecin et les 2 animateurs que se fait la synthèse - restitution de l'ensemble des données collectées et analysées. C'est le croisement des données factuelles observées, aux différentes séquences du bilan qui permet de valider et crédibiliser les résultats : les points forts et points faibles à améliorer, les besoins de formation spécifiques, les besoins d'organisation, les priorités et choix à faire pour poursuivre de façon satisfaisante un parcours professionnel.

P01

PROJET PROFESSIONNEL DES ETUDIANTS DE PCEM 2

JP. FOURNIER, P. FABIANI, V. ALUNNI-PERRET, D. BENCHIMOL, P. RAMPAL
Faculté de Médecine de Nice jpfourn@club-internet.fr

Les étudiants débutant les études médicales ont-ils un projet professionnel précis ?

Méthode : enquête réalisée auprès des étudiants admis en PCEM 2 en septembre 2002. Ont été colligés : type d'exercice professionnel, spécialité (y compris la médecine générale), lieu et âge de début d'exercice prévus, rémunération attendue, formation(s) complémentaire(s) envisagée(s), et motivation(s) des choix : sexe, âge, bagage culturel ou social, revenu, statut social, mode de vie, intérêt pour médecine générale, chirurgie viscérale, spécialités médicales, spécialités chirurgicales, biologie, médecine administrative, d'autre(s) type(s) d'exercice médical (médecine humanitaire,...), exemple familial ou extra familial. Pour ces derniers items une échelle de Likert de -2 à +2 a été utilisée, permettant leur pondération.

Résultats : 71 fiches ont été obtenues (79 p. cent des étudiants). 46 (64,8 p. cent) envisageaient un exercice salarié et 18 (25,3 p. cent) une carrière universitaire. Sur les 69 étudiants ayant répondu, 66 (95,6 p. cent) envisageaient une spécialité, dont la plus fréquente était la pédiatrie (9 – 13 p. cent). 49 (69 p. cent) prévoient un exercice local, à l'âge moyen de 29 ± 2 ans, avec une rémunération annuelle de 58720 ± 24945 Euros. 32 (45 p. cent) prévoient d'emblée une formation complémentaire, (stages à l'étranger et DEA surtout).

Les principaux motifs du choix étaient l'intérêt pour les spécialités médicales ($1,62 \pm 0,49$), chirurgicales ($1,57 \pm 0,50$), la médecine générale ($1,35 \pm 0,49$), la chirurgie viscérale ($1,35 \pm 0,50$), ou la biologie ($1,35 \pm 0,48$). En revanche, les poids de l'incitation financière ($1,10 \pm 0,30$), sociale ($1,18 \pm 0,39$) et du mode de vie ($1,31 \pm 0,47$) étaient plus faibles. Les principaux facteurs négatifs du choix étaient dominés par le sexe ($- 1,84 \pm 0,37$), la médecine administrative ($- 1,83 \pm 0,38$), l'exemple familial ($- 1,70 \pm 0,47$), et l'âge ($1,72 \pm 0,46$).

Commentaires : dès le PCEM 2, les étudiants ont un projet professionnel précis. Une très faible minorité se destine à la médecine générale (3 – 4,34 p. cent). La plupart des spécialités « sinistrées » sont dédaignées à l'exception de la pédiatrie. Les déterminants majeurs de ces choix sont plus scientifiques que sociaux (revenus, statut social). Paradoxalement, l'expérience de l'entourage a une valeur incitative négative.

P02

LE STYLE D'APPRENTISSAGE DES ETUDIANTS EN MEDECINE A SOUSSE (Tunisie)

MTIRAOU I A, BOURAOU I O, AJMI T, FELHI F, BEN HAJ ALI B

*Département de médecine communautaire - Faculté de médecine de Sousse, Rue Karoui, 4002 Sousse, Tunisie
amtiraoui@yahoo.fr*

Il est maintenant reconnu qu'on ne peut parler d'efficacité dans l'enseignement sans référence à ce qu'est l'apprentissage. Nous nous sommes intéressés dans ce travail à décrire le style cognitif des étudiants en médecine dans leur façon d'apprendre et de traiter l'information. Notre étude est de nature transversale à visée descriptive portant sur 3 cohortes d'étudiants de la faculté de médecine de Sousse au cours de l'année universitaire 2001/02. Les données ont été colligées à travers un questionnaire auto administré, dont la validité factorielle a été testée.

380 étudiants sur un total de 520 étudiants ciblés ont pu être rejoints.

Nos résultats montrent que :

- Environ la moitié (48%) des étudiants ont une préférence pour le style réfléchi : l'important pour eux c'est le recueil exhaustif des données ; ils aiment étudier toutes les facettes d'une question avant de poser un geste ; ils sont très prudents et leurs prises de décision sont reportées à une échéance aussi lointaine que possible.
- Environ 45% des étudiants sont plutôt théoricien : ils s'intéressent aux principes et aux modèles théoriques ; ils sont voués à l'objectivité rationnelle plutôt que tout ce qui pourrait être subjectif.
- Un peu plus d'une personne sur trois (36,5%) a une préférence pour le style pragmatique : intérêt pour l'application des idées et des techniques ; ils cherchent de nouvelles idées qu'ils essayent aussitôt à mettre en pratique...
- Uniquement une personne sur cinq (20,1 %) est orienté vers l'action (style actif) et peut s'engager dans des expériences nouvelles ; il a l'esprit ouvert et peut s'enthousiasmer pour tout ce qui est nouveau ; il aime résoudre des problèmes et est capable de surmonter des défis.

Ces informations doivent inciter les enseignants et les responsables de la faculté à intervenir sur le contexte de l'apprentissage pour l'améliorer ; il est maintenant prouvé que la qualité des apprentissages dépend de l'approche des étudiants et cette approche dépend à son tour de leur expérience passée et surtout de la façon dont il interprète le contexte d'apprentissage.

P03

LES FEMMES MÉDECINS ET LES PRATIQUES MÉDICALES À VENIR

MTIRAOUI A, AJMI TH, BOUGMIZA I, BOURAOUI O, BEN HAJ ALI B

Département de médecine communautaire

Faculté de médecine de Sousse, Rue Karoui, 4002 Sousse, Tunisie - amtiraoui@yahoo.fr

Afin de mieux comprendre l'impact de l'entrée de plus en plus importante des femmes en médecine sur l'organisation et la distribution des soins de santé en Tunisie, il s'avère donc essentiel de connaître les attitudes des futurs médecins hommes et femmes en formation. Les étudiantes accordent-elles plus d'importance que leurs collègues à la globalité des soins, laquelle est considérée comme la norme de bonne pratique ? Si tel est le cas, celles qui débutent et celles qui finissent les études médicales sont-elles animées par des attitudes comparables ? Pour répondre à ces questions, une étude transversale portant sur plusieurs cohortes d'étudiants de la faculté de médecine de Sousse (N = 512, taux de réponse 68%) a été menée à l'aide d'un questionnaire auto-administré ayant des qualités métrologiques documentées.

Nos résultats montrent que les femmes valorisent généralement plus que l'homme, les aspects intrinsèques du rôle du médecin : le désir d'aider autrui, de travailler avec les gens. Inversement, elles attribuent moins de valeur que leurs confrères aux composantes extrinsèques de leur rôle professionnel : soit au revenu, au prestige et à la sécurité afférente au poste de médecin. Les femmes perçoivent que la faculté accorde beaucoup d'importance aux aspects biotechniques que ne le font les hommes. Par contre, les étudiants pensent que la faculté accorde de moins en moins d'importance aux aspects liés à l'humanisation des soins. Les femmes et les hommes ont des attentes comparables en ce qui a trait aux aspects biotechniques de la formation. Par contre, les attentes sont différentes lorsqu'il s'agit des aspects humains de la formation. Les écarts entre les femmes et les hommes sont nettement marqués en ce qui a trait aux différentes dimensions de la globalité des soins : les aspects psychosociaux du traitement, l'éducation sanitaire, l'approche centrée sur le patient et la prévention en situation clinique. En fin de formation, les femmes et les hommes, accordent systématiquement moins d'importance à ces différentes facettes qu'en début de formation. Les orientations préventives échappent à cette règle ; On assiste plutôt à un regain d'intérêt dans ce domaine au fur et à mesure que la formation avance.

Bien que la nature transversale de l'enquête ne permet pas d'attribuer automatiquement les variations observées entre les différentes cohortes à la nature du cursus des études médicales ; ces résultats ne peuvent être expliqués du moins en partie que par les lacunes de la formation médicale, puisque au fur et à mesure que les étudiants avancent dans leurs études, les scores deviennent de plus en plus faibles. Ainsi, on peut supposer que l'entrée massive des femmes en médecine - bien qu'elles soient animées par un grand idéalisme à l'entrée - n'entraînera pas nécessairement l'émergence d'une conception plus globale du rôle du médecin.

P04

L'ECOUTE ET LA PRISE EN CHARGE PSYCHOPÉDAGOGIQUE DES ÉTUDIANTS DE MÉDECINE EN DIFFICULTÉ SCOLAIRE

Mohammed KHERFOUCHI

Cité 1172 - Logts. P.O. , Bloc B.63, n°577 - ANNABA - Algérie

L'organisation et le fonctionnement de l'université en Algérie ne permettent pas objectivement d'établir un lien entre l'échec scolaire et la souffrance psychique. C'est la mise en place d'un dispositif d'écoute et d'orientation à visée psychopédagogique, sous-tendu par des finalités humanistes, au niveau du Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine d'Annaba, sous la Direction du Professeur A. Danoune, qui nous a permis de mettre le doigt sur cette souffrance chez certains étudiants, venus demander de l'aide. Nous présenterons cet espace de parole et la prise en charge psychopédagogique et soulignerons les perspectives théoriques qui en découlent.

Mots-clés : échec scolaire, inhibition intellectuelle, finalités humanistes, souffrance psychique, psychopédagogie.

P05

PEUT-ON PENSER L'ETHIQUE MEDICALE COMME RESISTANCE AUX NORMES ?

Jean-Marc MOUILLIE

Faculté de Médecine, rue huate de Reculée, 49045 Angers cedex - jean-marc.mouillie@wanadoo.fr

C'est le souci d'un apprentissage de l'éthique médicale *par* la médecine, à la lumière d'un travail pédagogique interdisciplinaire conduit de la première à la cinquième année d'étude, qui motive notre question.

Le problème est le suivant : si l'éthique médicale consiste en une réflexion interrogative et ouverte, le risque existe qu'une attitude d'obéissance aux normes et principes qui se réclament d'elle se substitue à cette réflexion.

Le souci éthique médical consiste à limiter l'arbitraire des choix et à fixer des orientations aux pratiques. Mais il lui appartient de s'exercer au-delà de la simple observance du droit, de la déontologie et des usages qui en assurent la transposition sociale et professionnelle - non la justesse. L'éthique, en effet, n'est pas legaliste. La chose vaut pour les principes éthiques eux-mêmes (repris du *Rapport Belmont*) s'ils sont réduits à des normes. Les principes sont nécessaires pour guider l'action mais le jugement éthique, jugement qui cherche le préférable et le partageable, et s'élabore donc en commun, tire son sens de la réflexion libre (ni solitaire ni dictée) de chacun à laquelle rien (habitudes, textes, compétence d'autrui) ne saurait se substituer.

Il faut donc proposer un usage des principes distinct d'une méthodologie appliquant "l'éthique", afin de répondre aux particularités des situations cliniques. Celles-ci montrent qu'au sein même de la recherche des normes nécessaires, il est requis de garder une indépendance vis-à-vis d'elles en tant qu'elles sont des guides et non des directives.

L'apprentissage de l'éthique médicale devient une pédagogie réglée, exploratrice et partagée, sans *professeurs* ni *étudiants*, axée par le soignant et par le patient, et hostile à l'idéologie. L'appel à la responsabilisation de chacun dépasse la menace de "mal faire", comme si la réponse à une situation lui préexistait et qu'il fallait la trouver sous peine d'"incompétence éthique". Ni science ni errance, l'éthique doit rester le savoir d'une inquiétude.

La réponse au risque évoqué est donc double : compréhension de l'exigence éthique, respect de la voix de l'autre.

P06

JUGEMENT ETHIQUE ET JUGEMENT CLINIQUE : UNE MEME DEMARCHE PEDAGOGIQUE

Danielle LAUDY

Faculté de Médecine, Immeuble principal, Université de Montréal, CP6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3J7, Canada d.laudy@montreal.ca

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal a entrepris depuis maintenant 5 ans le développement d'un programme d'enseignement de l'éthique à la résidence. Au terme de cette formation, le médecin devrait avoir développé la compétence minimale requise pour l'exercice de sa profession.

Buts : Le programme de formation éthique se révèle particulièrement ambitieux. 1 - Il implique l'acquisition de connaissances fondamentales en éthique et l'application « prudente » de ces connaissances dans la réalité clinique. 2 - Il inclut des objectifs aussi bien cognitifs que psychomoteurs et affectifs¹. 3 - Il concerne 600 résidents de toutes spécialités, répartis dans différents lieux géographiques et à des stades d'apprentissage inégaux. 4 - Il touche 57 programmes. 5 - Il requiert l'implication et, donc, la formation de professeurs disposant des qualifications requises.

Méthodologie : La diversité des objectifs implique l'utilisation de méthodes pédagogiques variées, différentes, mais complémentaires en regard d'une même finalité. Deux évidences ont rapidement encadré le choix et le développement de ces méthodes. 1 - L'enseignement de l'éthique doit être centré sur les problèmes rencontrés dans l'exercice de la médecine. 2 - Le développement du jugement éthique constitue l'un des éléments du jugement clinique. Il fait en outre appel aux mêmes habiletés que celui-ci.

Les mêmes méthodes pédagogiques que celles de l'enseignement clinique peuvent donc être utilisées pour l'enseignement de l'éthique. L'acquisition des connaissances fondamentales peut ainsi reposer sur des exposés magistraux, des lectures et des discussions de cas par petits groupes dans les premières années de formation médicale et lors du tronc commun. Une formation progressive à l'argumentation, à l'interdisciplinarité et à l'éthique de la discussion est ainsi favorisée. L'application à la clinique peut, lors de la fin du tronc commun et au niveau des spécialités, faire l'objet d'apprentissages à travers les jeux de rôles, l'observation directe et l'analyse de rencontres patient-médecin aussi bien à la clinique que sur les étages. De façon générale, l'approche par problème (APP) se révèle particulièrement fertile.

Résultats : Une implication directe et constante des spécialistes du développement des outils pédagogiques en enseignement médical (URDESS à l'Université de Montréal) est requise pour répondre à la diversité des besoins.

P07

ENSEIGNEMENT DE L'ETHIQUE ET DES DROITS DE L'HOMME EN EUROPE

CLAUDOT Frédérique¹, VAN BAAREN-BAUDIN Anne-José²

¹ Avocat, Docteur en droit, Assistante des Universités, Service de Médecine légale et droit de la santé, Faculté de Médecine de Nancy, frederique.claudot@sante-pub.u-nancy.fr Secrétaire Générale du Comité Consultatif Lorrain d'Ethique Médicale ; ² 160 Hameau des Chênes, 01710 Thoiry

Contexte : Selon la tradition des cultures européennes, la réflexion et l'organisation des progrès de la médecine se fondent sur l'éthique et les Droits de l'Homme. Il paraît donc essentiel d'instaurer un enseignement de ces « matières » dans le cursus des futurs professionnels de la santé, et de déterminer les méthodes pédagogiques, le programme, l'équipe enseignante et le niveau du cursus à enseigner.

But : Cette étude a pour objectif de réaliser un état des lieux de l'enseignement de l'éthique et des Droits de l'Homme au sein des facultés de médecine de l'Union européenne.

Méthode : Une enquête par questionnaire auto-administré a été menée auprès de 219 facultés de médecine, dans 12 des 15 Etats membres de l'Union Européenne.

Résultats : 30% des facultés de médecine ont répondu. 75% ont organisé un enseignement obligatoire de l'éthique. Généralement dispensé sous forme de cours magistraux, il est pluridisciplinaire (au moins trois disciplines). En ce qui concerne l'enseignement des Droits de l'Homme, 63% des facultés de médecine ayant répondu l'organisent. Il est, dans la plupart des cas, indissocié de l'enseignement de l'éthique.

Conclusion : En octobre 1999, lors de sa 51^{ième} Assemblée Générale, l'Association Médicale Mondiale invitait « les écoles de médecine du monde entier à inclure l'éthique médicale et les Droits de l'homme au programme de leurs cours obligatoires ». Si cet objectif n'est toujours pas atteint dans l'Union Européenne, on constate néanmoins une prise de conscience de l'importance d'un tel enseignement. Il faut cependant regretter l'insuffisance, voire la carence, de l'apprentissage spécifique des Droits de l'Homme, d'une part nécessaire au maintien d'un lien de solidarité entre l'art médical et les valeurs fondamentales de la société, et d'autre part fondamental dans le contexte actuel d'émergence de nouvelles technologies biomédicales et des droits des personnes malades.

P08

UN BON MEDECIN : IMPLICATIONS PEDAGOGIQUES

JM BONNETBLANC, A SPARSA

Dermatologie – CHRU Dupuytren – 2 avenue Martin Luther King – 87042 Limoges cedex
jean-marie.bonnetblanc@wanadoo.fr

Contexte : Le public utilise souvent le terme "bon médecin" pour désigner le professionnel de santé auquel il se réfère ou souhaite s'adresser. **But** : analyser la notion de bon médecin comme besoin ressenti par une population.

Méthode : Nous avons préparé un court texte explicatif pour des personnes consultant en dermatologie, malades et accompagnants, indiquant qu'ils venaient dans un lieu de formation médicale. Nous leur avons posé deux questions : qu'est-ce qu'un médecin ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Les réponses étaient ouvertes.

Résultats : Nous avons interrogé 103 personnes (51F, 51H, 1 ?, age 10-91 ans) . Les textes ont été lus par nous et des mots clés identifiés. Chaque mot clé a été colligé sur une liste et comptabilisé. Un essai de regroupement des mots clés par item définissant un champ de compétence a été fait (tableau). Seules 4 personnes avaient la même définition pour le médecin et le bon médecin, et 2 n'avaient pas défini le bon médecin. Les résultats montrent que les patients font une grande différence entre le médecin et le bon médecin, portant sur des habiletés de communication et les qualités humaines et professionnelles. Ceci rejoint des réponses exposées récemment dans le Br Med J. Cette enquête apporte des éléments quantitatifs sur certains besoins ressentis, ce qui permet d'influer sur les objectifs de formation. Ces éléments sont issus d'un vécu mais expriment bien des besoins ressentis. La population sélectionnée est biaisée (une consultation hospitalière de spécialité) mais il est probable qu'elle soit extrapolable. Il s'agit d'une enquête portant sur une population adulte ; une enquête en milieu pédiatrique est à faire.

Conclusion : Des objectifs et des moyens spécifiques, plus adaptables au stage clinique, sont à développer et à évaluer pour former de bons médecins.

CHAMP DE COMPETENCE	MEDECIN	BON MEDECIN
Pouvoir	7	
Compétence	132	49
Solutions	1	7
Aide	1	
Ecoute	22	48
Respect		30
Explications	5	35
Suivi		2
Humain/qualité professionnelle	33 (21/12)	58 (19/39)
Prévention	4	
Capacité d'autocritique	1	9

P09

ENSEIGNEMENT D'ETHIQUE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ACTION MEDICALE EN DCEM1. LE SCHEMA CONCEPTUEL : OUTIL D'APPRENTISSAGE ET D'EVALUATION

**D. LEBOUL, Ph. BAIL, C. BERTHOU, A. GENTRIC, AM. LE FLOHIC, Ch. LEROYER, Ph. PARENT,
M. WALTER, J. JOUQUAN.**

Département de Sciences humaines et sociales. Faculté de médecine de Brest, Université de Bretagne Occidentale. BP 815, 29285 BREST cedex daniele.leboul@univ-brest.fr

Contexte : Un module d'enseignement et d'apprentissage consacré à l'éthique et à la psychologie de l'action médicale est organisé en DCEM1, à la fin de la partie « pré-clinique » du cursus, dans le cadre d'une réforme pédagogique institutionnelle développée depuis 1995.

But et méthodes : Les objectifs généraux de la séquence d'enseignement sont : l'acquisition intégrée de repères conceptuels en psychologie, éthique et déontologie médicales ; la sensibilisation aux dimensions cliniques de la relation de soins dans le contexte de 5 situations de santé problématiques : l'information du patient et l'annonce d'une « mauvaise nouvelle » ; la maladie chronique ; le consentement éclairé à un protocole de recherche clinique ; la continuité des soins du curatif au palliatif ; la limitation de traitement en soins intensifs. L'approche pédagogique s'inscrit dans le paradigme d'apprentissage et privilégie le rôle de l'étudiant qui apprend seul, en interaction avec son professeur et avec ses pairs, à partir de questions qu'il s'est posé en situation d'analyse et/ou de résolution de problèmes. Elle utilise les principes et le format de l'apprentissage par problèmes. Depuis quatre ans, une consigne de travail prescrit aux étudiants de produire pour la deuxième séance du tutorial une synthèse de leurs apprentissages sous forme de schéma conceptuel (*concept mapping*). Il s'agit d'une représentation visuelle et spatiale qui rend compte du processus cognitif d'organisation des concepts, organisés hiérarchiquement selon leurs relations sémantiques. Cet outil favorise le traitement en profondeur des informations à partir des connaissances antérieures, permet à l'enseignant d'avoir accès à l'organisation des connaissances construites et facilite fortement le dépistage des conceptions erronées. Une rétro-action explicite sur chaque schéma est fournie aux étudiants par leurs tuteurs respectifs, à partir d'une grille évaluative qualitative dont les critères leurs sont communiqués dès le début de la séquence d'enseignement.

Résultats : L'affiche reproduira, à titre d'illustration, le schéma élaboré par un étudiant à l'issue de ses apprentissages concernant la problématique de l'information du patient, qui présente l'ensemble des caractéristiques attendues : la plupart des concepts importants sont rapportés ; tous les concepts rapportés sont pertinents ; les concepts sont correctement organisés et hiérarchisés ; les liens interconceptuels sont explicitement nommés et sont adaptés ; plusieurs éléments extraits du problème sont intégrés au schéma ; il n'y a pas de conception erronée.

Conclusion : Le schéma conceptuel permet de rendre compte d'apprentissages applicables à des cas particuliers (contextualisation) et ayant une portée générale (décontextualisation). A ce titre, il constitue un outil fécond d'apprentissage, d'enseignement et d'évaluation contextualisés. Il est postulé qu'il puisse favoriser le transfert ultérieur des apprentissages.

P10

SENSIBILISATION A LA COMMUNICATION MEDECIN-MALADE EN SITUATION D'URGENCE LORS D'UNE FORMATION OBLIGATOIRE AUX GARDES EN DCEM2

AMMIRATI CH, AMSALLEM C, BOYER CH, MERDIECA JMM, NEMITZ B.

SAMU 80, faculté de médecine d'Amiens, place V Pauchet 80 000 Amiens - Ammirati.christine@chu-amiens.fr

La médecine d'urgence (MU) est réglementairement abordée à toutes les étapes du cursus des études médicales mais le traitement des pathologies aiguës (module CSCT-médecine d'urgence) n'est enseigné qu'en DCEM4.

Il nous est apparu indispensable d'organiser un enseignement anticipé de MU dès le DCEM2 pour préparer les étudiants aux gardes et d'y introduire trois heures consacrées aux principes de communication. La première partie de cette formation est réalisée sous forme de résolution de problèmes cliniques avec travail de groupe et synthèse par l'enseignant. L'application des connaissances nouvelles s'effectue sous forme de mises en situation avec utilisation du matériel de surveillance et de réanimation. L'objectif de la seconde partie est de repérer ce qui entrave ou facilite la communication. Ainsi, dans un premier temps, des jeux pédagogiques mettent en évidence les notions « d'émission et de réception » et des facteurs de distorsion de message. Dans un second temps, les formateurs (PH et IADE du SAMU/CESU) jouent quatre situations d'urgence intra et extra hospitalière dans lesquelles la communication avec le malade, l'entourage ou dans l'équipe médicale pose problème (savoir-faire technique sans erreur avec un savoir-être inadapté par exemple). Dans chaque situation, un formateur joue le rôle d'un étudiant hospitalier. Après une phase de perplexité (voire de désintérêt) dans le premier quart d'heure, l'ensemble des étudiants travaille sérieusement en groupe pour rendre des synthèses riches et pertinentes en

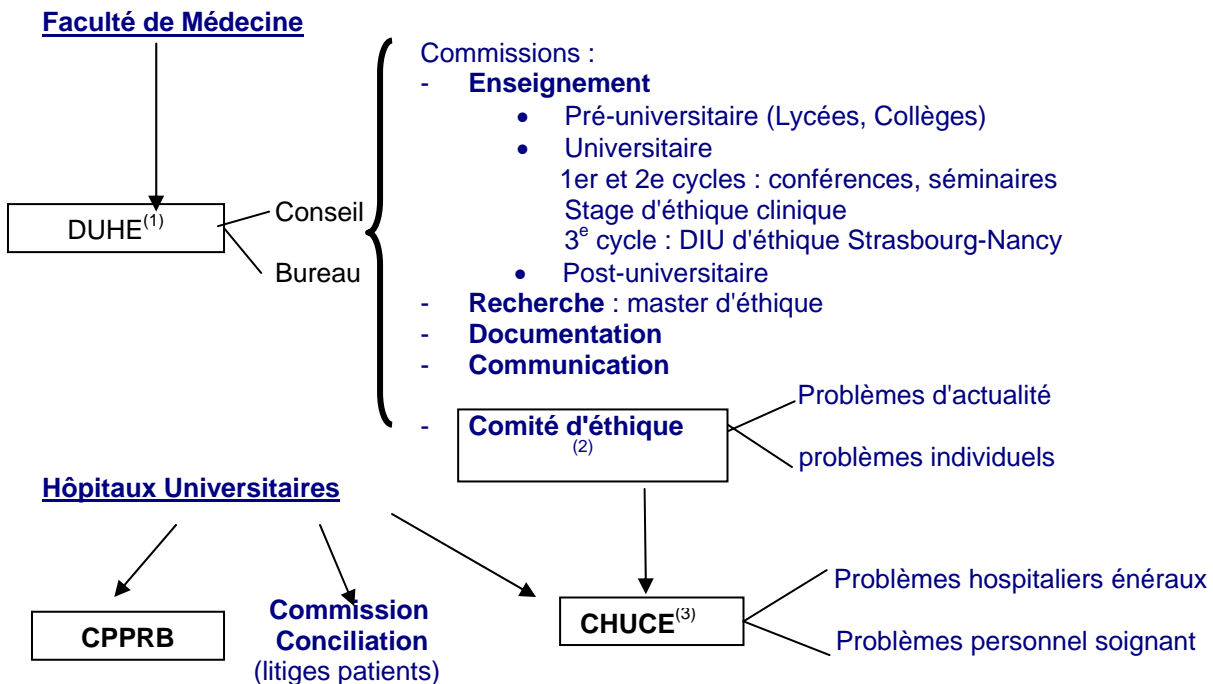
plénière, pointant les principes essentiels de communication et apportant des solutions adaptées aux problèmes évoqués. Les discussions mettent en évidence une réelle difficulté des étudiants pour « trouver leur place » dans un univers séniorisé et stressant. Ils profitent de ce temps d'échange pour poser des questions d'éthique à propos de l'apprentissage sur des patients-cobayes (consentement éclairé ?) et des interrogations sur l'annonce de la mort ou de pathologies graves en situation d'urgence. Une évaluation objective est actuellement envisagée mais il est à souligner, que depuis 3 ans, 95% des étudiants de DCEM2 sont présents à l'ensemble de cet apprentissage pour lequel ils savent pourtant qu'il n'y a pas d'examen. Ce simple fait nous conforte dans l'intérêt d'une telle formation.

P11

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG ETHIQUE HOSPITALO-UNIVERSITAIE. ORGANIGRAMME

MANTZ J.M., WEBER J.C., HASSELMANN M., BERTHEL M.

Département d'Ethique - Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - 67085 Strasbourg jm.mantz@free.fr



(1) Département Universitaire et Hospitalier d'Ethique

(2) Comité d'éthique des Facultés de Médecine de Pharmacie, d'Odontologie et des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

(3) Conseil Hospitalier et Universitaire consultatif d'éthique

P12

CONCEVOIR UN PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE L'ETHIQUE A LA RESIDENCE

Michelle DALLAIRE et le COMITE D'ENSEIGNEMENT DE L'ETHIQUE A LA RESIDENCE

Faculté de médecine, Université de Montréal

michelle.dallaire.chum@ssss.gouv.qc.ca

Depuis juin 1998, notre Faculté s'est dotée d'un programme d'enseignement de l'éthique couvrant l'ensemble des 5 années de résidence.

Méthodologie. Nous avons parcouru les étapes suivantes : former un groupe de travail crédible ; revoir les exigences des organismes d'agrément ; revoir la littérature concernant les programmes en cours dans les autres universités ; considérer le programme déjà offert au premier cycle ; définir une philosophie structurante pour un programme commun ; impliquer les directeurs de départements et de programmes dans le processus. Les buts et les objectifs généraux du programme ont été formulés dans les termes suivants :

Buts «Au terme de sa résidence, le médecin aura développé la compétence éthique requise pour l'exercice de sa profession. Dans sa pratique, il interprétera les situations du point de vue de leurs enjeux éthiques, il jugera ce qu'il convient ou non de faire, il accordera une place privilégiée aux valeurs éthiques et pourra mettre en œuvre les décisions retenues.»

Objectifs généraux. Le résident formé devrait pouvoir : Intégrer la dimension éthique dans la pratique quotidienne ; Maîtriser les connaissances nécessaires à l'analyse des problèmes éthiques rencontrés dans sa pratique ; Résoudre les conflits rencontrés en tenant compte des valeurs en jeu ; Démontrer les habiletés relationnelles nécessaires à la prise de décision d'ordre éthique ; Développer une réflexion personnelle en regard des grands enjeux bioéthiques sociétaux ; Préciser les termes de son propre engagement social.

Résultats : nous avons formulé un programme reposant sur des ateliers formels spécifiques et sur des activités pédagogiques variées favorisant l'intégration des apprentissages éthiques aux activités cliniques quotidiennes. Ce programme est progressif, s'adaptant aux besoins évolutifs des résidents juniors et seniors, et permet des apprentissages cognitifs autant qu'une évolution des aptitudes et des attitudes.

Conclusion : L'élaboration de ce programme a exigé d'établir un consensus entre les membres du groupe de travail, les directeurs de la faculté et les professeurs puis d'implanter ce nouveau programme hospitalier sous la direction d'une coordinatrice désignée. Ce processus a permis de mettre en œuvre une première version opérationnelle de notre programme maintenant positivement évaluée par nos professeurs et par nos résidents.

P13

COMPETENCE CLINIQUE DES ETUDIANTS EN MEDECINE : EPREUVE DE CAS OU TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS ?

ALISON D, BOISSINOT E, GINIES G, PERROTIN D

Faculté de Médecine de Tours – Département de Pédagogie – 2 bis Boulevard Tonnelé – 37032 Tours Cedex

alison@med.univ-tours.fr

Le raisonnement clinique (RC) est une composante essentielle de la compétence clinique. Dans notre Faculté le R.C est évalué par une épreuve de cas cliniques (ECC) en fin de deuxième cycle. Récemment B CHARLIN a proposé d'évaluer le RC par un test de concordance de script (TCS).

Objectifs :

Comparer les résultats de l'ECC à ceux d'un TCS.

Matériel et méthodes :

Quatre vingt dix étudiants en fin de deuxième cycle d'études médicales (6^{ème} année)

ECC : 6 dossiers à traiter en trois heures

TCS : 60 items à traiter en quarante cinq minutes.

Recherche d'une corrélation à l'aide d'un test de régression par les moindres carrés (Passing et Bablok regression).

Résultats :

Il existe une corrélation lâche entre les notes obtenues aux deux épreuves ($r = 0.49$; $p < 0.01$).

L'écart entre les notes aux deux épreuves est moindre pour les notes élevées de l'ECC que pour les notes basses où les notes au TCS sont supérieures.

Discussion :

1. Il s'agit de notre première expérience de TCS.
2. Il semble que ces deux épreuves (ECC et TCS) n'explorent pas totalement les mêmes composantes de la compétence clinique : les résultats peuvent suggérer en effet que dans l'ECC, la part des connaissances mémorisées est plus importante que dans celle du TCS. Cela peut donc suggérer également que la part du RC est plus importante dans le TCS.

P14

LES HABILITES DES MEDECINS STAGIAIRES DANS LA REDACTION DE L'ORDONNANCE MEDICALE

BEN ABDELAZIZ A., MILED H., GAHA R., HARRABI I., LAZREG F., GHANNEM H.
Service d'Epidémiologie. CHU Farhat Hached. Sousse - ahmed_epidemie@yahoo.fr

L'ordonnance médicale est un document médico-légal dont la rédaction soigneuse constitue un facteur essentiel de minimisation des erreurs thérapeutiques. L'objectif de ce travail est de décrire les difficultés des médecins stagiaires internes à l'égard de la rédaction de l'ordonnance médicale.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale et exhaustive portant sur 150 étudiants inscrits en septième année médecine de la Faculté de Médecine « Ibn El Jazzar » de Sousse au cours de l'année 2000. Les données ont été collectées à travers un questionnaire auto administré.

Il ressort de ce travail que plus qu'un interne sur deux ne connaissait pas souvent le nom commercial du principe actif disponible sur le marché local, doutait du dosage de la forme galénique et ignorait la dénomination commune internationale des médicaments prescrits. Un interne sur trois trouvait souvent une difficulté à se rappeler de nombre optimal des prises et de la durée du traitement.

Ainsi, les étudiants, en fin de leur formation pré graduée, présentent encore une faible habilité à rédiger soigneusement l'ordonnance, en conséquence d'un enseignement peu centré sur la résolution des problèmes.

P15

COMMENT LES MEDECINS STAGIAIRES INTERNES CHOISISSENT LEURS MEDICAMENTS DE PREDILECTION ?

BEN ABDELAZIZ A, MILED H, GAHA R, HARRABI I, GAHA K, GHANNEM H.
Service d'Epidémiologie. CHU Farhat Hached. Sousse - ahmed_epidemie@yahoo.fr

Le choix inapproprié des médicaments par les prescripteurs est un problème majeur limitant leur usage rationnel. L'objectif de ce travail est de décrire les critères de choix des médicaments de prédilection par les médecins stagiaires internes de la Faculté de Médecine « Ibn Jazzar » de Sousse.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale et exhaustive portant sur 150 étudiants inscrits en septième année médecine au cours de l'année 2000. Les données ont été collectées à travers un questionnaire auto administré.

Il ressort de cette étude que contrairement à l'efficacité et à l'innocuité, le coût et la commodité de la forme galénique ont été considérés peu ou sans importance respectivement par 12 % et 46 % des interrogés lors du choix du médicament de prédilection.

Ainsi, ces médecins stagiaires négligent les aspects économiques et psycho- sociaux de la prescription, ce qui contribuerait à une faible observance médicamenteuse des patients.

P16

UNE EVALUATION FORMATIVE : 5 ANS D'UTILISATION DES BOITIERS VOTANTS

Mary-Hélène BERNARD, Arnaud BAZIN, Frédéric CANAS et Philippe PERUZZI
Faculté de médecine de REIMS. mh.bernard@univ-reims.fr

Bien connue des médias télévisés et un auto écoles, cette méthode de communication interactive utilisant des boîtiers votants avec évaluation instantanée des connaissances d'un groupe est encore peu répandue dans le milieu médical universitaire.

Nous présentons notre expérience, longue de 5 ans maintenant, d'utilisation des boîtiers votants en Formation Médicale Initiale pour les étudiants du 2^{ième} cycle, et en Formation Médicale Continue pour les médecins généralistes ou spécialistes.

Cette évaluation formative nous permet de situer instantanément le niveau d'un groupe, non pour contrôler ses connaissances, mais plutôt pour adapter les commentaires et explications complémentaires, pour favoriser l'émulation et la discussion entre les participants.

Quels sont les avantages et inconvénients de cette méthode ? Qu'apporte-t-elle par rapport aux méthodes classiques ? Serait-elle réellement plus performante ?

P17

EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCE DES AGENTS DE SANTE SUR LE DIAGNOSTIC DE LA LEPRE A BAMAKO (MALI) : PROPOSITION POUR L'AVENIR DE LA LUTTE ANTI-LEPREUSE

**O FAYE¹, H T N'DIAYE¹, I COULIBALY¹, HD KONARE¹, S KEITA¹, A K TRAORE¹, R S BAH²,
S BAMBA² et A MAHE³**

¹ CNAM. BP 251 Bamako.Mali faye_o@yahoo.fr ²Directeurs Régionaux Santé ³ Institut d'Hygiène Sociale.
Dakar. Sénégal

Depuis l'intégration des activités de lutte anti-lépreuse dans les soins de santé de primaire en vue d'une éradication de la maladie, l'efficacité des programmes lèpre de nos pays dépend de la qualité des prestations fournies par les agents de santé des formations sanitaires périphériques. Ainsi, dans le cadre d'un projet de formation dermatologique visant à améliorer la qualité des soins réalisés dans les structures sanitaires périphériques de Bamako (Mali), nous avons évalué le niveau de connaissance théorique des agents. Le but de ce travail préliminaire était d'analyser le niveau de connaissance théorique de ces agents sur le diagnostic précoce de la lèpre et leur attitude face à un cas suspect.

Méthodes : Ainsi, 342 agents de santé exerçant dans les formations sanitaires du district de Bamako ont reçu un test d'évaluation sur le diagnostic et le dépistage de la lèpre précoce. Parmi eux, il y avait 69 médecins (20,1 %), 93 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) (27,2 %), 82 infirmiers du 1^{er} cycle (24 %) et 98 Sage-femmes (SF) (28,7 %).

Résultats : Parmi les 342 agents testés, seulement 33,6 % (115/342) suspectaient une lèpre devant une tache hypochromique cuivrée. Parmi ceux qui n'ont pas reconnu la lèpre (227/ 342 agents), seulement 8 % (18/227) souhaitaient référer le patient à un spécialiste ; ce qui représentait 5 % des médecins (2/40), 8,2 % des IDE (5/61), 3,6 % des Infirmiers du 1^{er} cycle (2/55) et 12,6 % des SF (9/71).

Discussion : Les résultats de nos travaux montrent clairement que, malgré les efforts fournis dans la lutte contre la lèpre, le problème essentiel qui est celui du diagnostic précoce des cas, demeure et demande à être résolu. Un malade qui consulte dans un centre de santé à Bamako a deux chances sur trois de trouver en face de lui un agent de santé qui n'évoquera même pas sa maladie. Dans les cas où l'agent de santé suspectera une lèpre, il fera rarement recours à un examen clinique ou biologique pour étayer son diagnostic et ne préconise la référence à un spécialiste que dans un nombre très limité de cas. Pour atteindre l'objectif d'élimination de la lèpre, les pays d'endémie lépreuse doivent désormais s'orienter vers des programmes de formation dermato-léprologique de masse de courte durée, simple, peu cher et facile à reproduire.

EXPLORATION DE LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE : ENJEUX ET RISQUES, A PROPOS DE L'EXPERIENCE DU BILAN DE COMPÉTENCE

MH CERTAIN, A PERRIN

MG Form, 8/10 bd Jourdan 75014 PARIS mh.certain@medsyn.fr

Contexte : Dans une société toujours plus exigeante en terme de qualité et transparence, les professionnels de santé n'échapperont pas à la nécessité de devoir faire la preuve de leur compétence. Cette attente sociétale, cette attente des pouvoirs publics doit être aussi une ambition et un leitmotiv professionnels. Devant cette exigence, la question de la faisabilité prend tout son sens : qui ? Comment ? Avec quels outils ? Quelle acceptabilité par les professionnels ?

La compétence est la résultante de différents savoirs et savoir-faire ressources, mais aussi le fruit de l'expérience et d'aptitudes personnelles mises en œuvre dans une situation complexe. Elle se construit tout au long de la vie professionnelle. Sa mesure en est par essence complexe, et surtout indirecte.

But : MG Form a développé un outil, le bilan de compétence. C'est une démarche personnelle " d'auto évaluation accompagnée" dans un cadre précis et sécurisant : volontariat, confidentialité des résultats, caractère non sanctionnant. Il repose sur le référentiel professionnel, qui décrit les activités et compétences requises pour exercer le métier de généraliste. Il se déroule en 5 phases : information préalable, auto observation, investigation en séminaire résidentiel de 6 personnes, avec divers outils alternant des séquences en groupes et des travaux personnels, sur le parcours et la pratique, décantation puis entretien de synthèse. Deux animateurs formés adhérant à une charte d'éthique encadrent la session.

Méthode : Les outils mis en œuvre en individuel Et en groupes permettent une approche multifocale de la compétence : auto observation de la pratique quotidienne, recueil et analyse de situations marquantes, descriptif et analyse du parcours, études de cas, mises en situation de consultation face à des acteurs patients, projection dans l'avenir. Ils explorent de façon spécifique les diverses facettes de la compétence professionnelle : savoirs, savoirs procéduraux, savoir-faire relationnels et opératoires, mise en jeu de ces différentes ressources en situation, aptitudes personnelles, acquis de l'expérience et du parcours, le tout de façon la plus proche possible de la situation professionnelle.

Résultats : C'est au cours d'un entretien individuel entre le médecin et les 2 animateurs que se fait la synthèse - restitution de l'ensemble des données collectées et analysées. Les animateurs sont dans un rôle de facilitateurs. Ils accompagnent la prise de conscience du médecin et l'aident dans l'appropriation des problématiques mises en évidence. C'est le croisement des données factuelles observées, aux différentes séquences du bilan qui permet de valider et crédibiliser les résultats : les points forts et points faibles à améliorer, les besoins de formation spécifiques, les besoins d'organisation, les priorités et choix à faire pour poursuivre de façon satisfaisante un parcours professionnel. Les animateurs se conforment à une charte éthique de l'accompagnateur de bilan élaborée à cet effet. Ils respectent à tout moment le cadres et les règles de fonctionnement fixés au départ qui servent de gardes fous aux écueil parmi lesquels le jugement de valeur, la mise en échec, ou l'interprétation.

Conclusion : Explorer la compétence professionnelle est un exercice à haut risque, à la fois pour le médecin mais aussi pour ceux qui l'accompagnent. Les principes et le cadre éthique dans lequel s'inscrivent les démarches d'évaluation des professionnels sont des conditions nécessaires et indispensables pour les développer en France, avec une bonne acceptabilité.

DEVELOPPEMENT ET IMPLANTATION D'UNE UNITE D'ENSEIGNEMENT ET D'APPRENTISSAGE CONTEXTUALISES EN GERIATRIE EN DCEM2. EVALUATION PRELIMINAIRE

A. TILLY-GENTRIC, Ch. FAUCHIER, J. JOUQUAN.

Service de médecine interne et maladies infectieuses (Unité de médecine interne gériatrique) Centre hospitalier universitaire et Faculté de médecine de Brest, 29609 BREST cedex jean.jouquan@chu-brest.fr

Contexte : Un module d'enseignement et d'apprentissage a été implanté en DCEM2 dans le cadre de la réforme du deuxième cycle des études médicales. Il répond aux objectifs de formation du module 6 (Vieillesse) prévu par l'arrêté du 10/10/2000. Il est organisé selon les principes et le format de l'apprentissage par problèmes (APP) (durée : 3 semaines ; 5 problèmes étudiés ; 3 groupes de 11 ou 12 étudiants supervisés chacun par un tuteur ; 2 séances de tutorial d' 1 heure ½ par problème ; compilation de documents de référence fournie) et concerne, chaque semestre, la demi-promotion d'étudiants (n= 34 en 2002-2003) affectée dans le pôle d'enseignement et de stages concerné.

But et méthodes : A l'issue de la séquence organisée durant le premier semestre 2002-03, ont été étudiées, de façon anonyme : 1/la satisfaction globale des étudiants (3 questions ouvertes et une question à échelle de Likert) ;

2/leur appréciation spécifique de plusieurs critères à l'aide d'une échelle de Likert (pertinence des thèmes et des objectifs, qualité des interventions des tuteurs, de leur travail, des échanges dans les groupes, utilité des problèmes pour guider leur apprentissages) ; 3/ la durée moyenne de leur temps d'étude et leurs stratégies d'apprentissage (2 questions à choix de réponse et 6 questions à échelle de Likert) ; 4/ la perception par les étudiants des principaux concepts appropriés (1 question ouverte) ; 5/ les performances des étudiants à l'examen écrit final (résolution d'un cas clinique complexe présenté sous forme de vignette écrite).

Résultats : Les indices de satisfaction globale et spécifique à l'égard de la séquence sont élevés et les appréciations qualitatives sont très positives. Les durées moyennes d'étude annoncées par les étudiants pour chaque problème sont de 2 à 4 heures (h) pour 30% d'entre eux, de 4 à 6 h pour 26%, de 6 à 8 h pour 33%, de plus de 8 h pour 10%. Les stratégies d'apprentissage les plus régulièrement utilisées sont la répétition (répétition silencieuse ou à voix haute, soulignement dans le texte) (75% des étudiants) ; 50% des étudiants ont régulièrement recours aux stratégies d'élaboration (résumés dans leur propre vocabulaire, questions, exemples, analogies) et 26% seulement aux stratégies d'organisation (schémas, tableaux, graphiques) ; malgré le format proposé d'APP, seuls 40% déclarent faire un effort systématique d'utilisation des nouvelles connaissances pour répondre aux questions en suspens à l'issue du premier temps d'étude du problème ; 40% ne le font qu'1 fois sur 2 et 20% ne le font presque jamais. Cependant, tous ont obtenu le score minimal de 10/20 lors de l'examen final qui sollicitait de leur part des aptitudes d'analyse et de résolution d'un problème jugé complexe par les enseignants.

Conclusion : Un indice de satisfaction très élevé et d'excellents résultats académiques sont observés à l'issue d'une unité de gériatrie organisée en DCEM2 selon les principes et le format de l'APP. Cependant, les stratégies d'apprentissages employées par les étudiants restent majoritairement de niveau élémentaire et, pour une proportion non négligeable d'entre eux, les problèmes restent davantage des prétextes que des contextes d'apprentissage.

P20

LE CAHIER DU POSTULANT AU D.E.S.C. D'UROLOGIE : BILAN APRES 1 AN D'UTILISATION

L. SIBERT,* F. BRUYERE, C. GERARD,*** Y. LANSON,*** et le COLLEGE FRANÇAIS DES UROLOGUES.**
*Services d'urologie, *C.H.U. Rouen louis.sibert@chu-rouen.fr, **C.H.U. Lille, ***C.H.U. Tours.*

Contexte : Le Collège Français des Urologues a mis en place un livret d'internat destiné à accompagner les urologues en formation durant leur cursus. L'objectif de ce cahier est de permettre de vérifier à la fois l'atteinte des objectifs de la formation en urologie et les capacités de formation des services.

But : Evaluer l'opinion des enseignants d'urologie et des urologues en formation à l'issue des 2 premiers semestres d'utilisation du cahier du postulant au D.E.S.C. d'urologie (novembre 2000-novembre 2001).

Méthode : Questionnaire standardisé de 76 items envoyé à tous les chefs de service et tous les internes d'urologie, portant sur : 1) l'utilisation du cahier (distribution du cahier, déroulement des entretiens de début, de milieu de stage et de l'évaluation finale), 2) l'appréciation qualitative du cahier (formulation des objectifs techniques et des items d'évaluation, impact sur les enseignements et les apprentissages, intérêt stratégique).

Résultats : Le taux de participation a été de 83%, pour les enseignants et de 25% pour les internes. La distribution du cahier et l'évaluation de fin de stage ont été effectives dans 80% des cas d'après les enseignants, dans 58% des cas selon les internes. L'entretien de milieu de stage a été effectué dans moins de 1/3 des cas. En début de stage, les objectifs étaient clairement précisés dans 96% des cas. Ils concernaient essentiellement les actes techniques (86%). Plus de 90% des participants ont estimé que les objectifs techniques étaient bien formulés, que les items d'évaluation étaient adéquats pour juger des compétences requises et utiles pour guider les internes dans leurs apprentissages. Deux tiers des enseignants et des internes sont favorables à une hiérarchisation des objectifs selon l'ancienneté des internes. La majorité des participants sont d'accord pour poursuivre et développer l'expérience.

Conclusions : Les résultats de cette enquête ont permis une amélioration rapide du contenu du cahier. Ils soulignent le consensus des enseignants et des internes sur l'intérêt de cette expérience pédagogique. Sous réserve d'une adaptabilité nécessaire selon les terrains de stage et l'ancienneté des internes, l'utilisation du cahier devrait concourir à l'amélioration de la formation urologique en France et à sa standardisation vis à vis des normes européennes.

P21

ETUDE DE L'IMPACT D'UNE FORMATION A LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR SUR L'EVOLUTION DE LA DOULEUR DE PATIENTS ARTHROSIQUE

O CHASSANY¹, F BOUREAU², F LIARD³, P BERTIN⁴, A SERRIE⁵, S MARCHAND⁶, K KEDDAD⁷,
I JOLIVET-LANDREAU⁷.

¹service de médecine interne A, hôpital Lariboisière Paris olivier.chassany@lrb.ap-hop-paris.fr ;

²centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU Saint-Antoine Paris; ³72 grande rue, Saint Epain; ⁴service de rhumatologie et de thérapeutique Limoges; ⁵fédération d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Lariboisière Paris; ⁶chaire en douleur et réadaptation université de Sherbrooke, Québec Canada ; ⁷Aventis Pharma/Théraplix Paris.

Contexte: L'impact des formations sur les attitudes de prise en charge des patients ne semble pas avoir été vérifié de façon objective, ni mis en évidence de façon significative. De plus, il semble qu'aucune étude appréciant l'impact d'une formation consacrée spécifiquement à la prise en charge de la douleur, n'ait été publiée à ce jour. Ceci nous a conduit à concevoir une formation à la prise en charge de la douleur et son évaluation à l'aide d'une étude clinique: l'étude e.Dol (éducation.Douleur).

But: e.Dol avait pour objectif d'évaluer et de démontrer, avec une méthode comparative usuelle d'essai clinique, qu'une formation interactive, peut entraîner une meilleure prise en charge de la douleur.

Méthode: Etude multicentrique, ambulatoire, ouverte, randomisée sur les médecins généralistes (MG). Un groupe recevant la formation, l'autre pas. La formation était formalisée par 10 commandements/médecin et 5 commandements/patient. La durée de participation à l'étude pour chaque patient était de 2 semaines.

180 MG ont participé à e.Dol (84 formés, 96 non formés) et inclus 842 patients (414 et 428) présentant une arthrose des membres inférieurs, une douleur à la marche ≥ 40 mm à l'EVA, et relevant d'un traitement par paracétamol.

Résultats: Le critère principal d'évaluation est la somme des différences d'intensité douloureuse (SDID). Le soulagement est plus important pour le groupe formé ($p < 0.0001$). Le bénéfice se traduit également par une amélioration des indices fonctionnels : Lequesne ($p < 0.0001$) et WOMAC ($p < 0.0001$). La satisfaction globale des patients est meilleure dans le groupe formé ($p < 0.02$), de même que la consommation de paracétamol ($p < 0.0001$).

Conclusion: Les résultats de cette étude nous ont permis de valider le contenu et les modalités de la formation. Ce type de formation est extrapolable à d'autres pathologies douloureuses.

P22

EVALUATION DU DES D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

¹Jean-Marc MALINOVSKY, ²Olivier GARDENAL, ³Jacques BARRIER

Service d'Anesthésie-Réanimation, ¹Hôtel-Dieu, Nantes jeanmarc.malinovsky@chu-nantes.fr
et ²Hôpital Central, Nancy ; ³Laboratoire de Pédagogie Médicale, Faculté de Médecine, Nantes, France

Introduction : Le but de notre travail a été de déterminer les modalités de l'évaluation de l'enseignement du DES et d'évaluer les outils utilisés pour cette évaluation.

Matériels et méthodes : Deux questionnaires ont été adressés, un aux PU-PH par l'intermédiaire de leur Syndicat, l'autre aux internes de la spécialité par l'intermédiaire des coordinateurs régionaux de l'enseignement du DES. Les réponses aux questionnaires ont été colligées sur une période de 2 mois. Les réponses pouvaient rester anonymes. Outre la qualité des répondants, la réalisation ou non d'une évaluation, les modes d'évaluations réalisées et les valeurs de validité, faisabilité, fidélité et inducteur de formation des évaluations réalisées ont été précisés. Les réponses se faisaient sur une échelle analogique et par une réponse libre pour chacun des items listés. Des interviews d'étudiants du DES ont été réalisées lors de rencontres informelles pour analyser les raisons de réponses ou non aux questionnaires. Après vérification de la distribution des réponses aux différents items, l'analyse a été réalisée par une ANOVA ($p < 0,05$).

Résultats : Les questionnaires renseignés par 30 PU-PH (30 % de réponses) et 93 DES ont été analysés. Leur répartition géographique était identique. Comme outils d'évaluation, les Carnets de Stage sont utilisés par 46 % des PU-PH, un contrat enseignant-DES est utilisé par 3 d'entre eux, et des examens écrits par 40 %. Les autres évaluations utilisées sont les examens type Diplôme Européen ou une évaluation au bloc opératoire. L'évaluation est souhaitée par 95 % des DES d'anesthésie, sous la forme du Carnet de Stage (51 %), d'un contrat (67 %) ou d'examens écrits (57 %) avant l'examen final. Globalement, les DES trouvent les évaluations pratiquées et l'examen final du DES moins valides, moins fiables et moins inducteurs de formation que les PU-PH ($p < 0,05$). Parmi les moyens évoqués pour améliorer l'évaluation de l'enseignement, le parrainage ou tutorat et l'utilisation de simulateurs d'anesthésie sont souvent rapportés.

Commentaires : L'évaluation de l'enseignement est acceptée par les internes de la spécialité. Le Carnet de Stage, et l'utilisation d'examens écrits sont les modes d'évaluation les plus répandus avant l'examen final du DES.

P23

COMMENT AMELIORER LA QUALITE PEDAGOGIQUE DES STAGES HOSPITALIERS DES ETUDIANTS EN MEDECINE AU C.H.U. DE MAHAJANGA - MADAGASCAR ?

E. MOREL¹, L.Y. NANY¹, D.O. TIANDAZA¹, L. JEREMIE¹, E. FENO², R.F. ZAFITOTO¹, G. TSANGANDRAZANA¹, B.A. SOUDJAY³, G. ZAFISAONA¹

¹Faculté de Médecine Université de Mahajanga ; ²Faculté de Médecine d'Antananarivo ;

³Professeur de Psycho-Pédagogie, Membre de l'Académie Nationale Malagasy Mahajanga-Madagascar

Introduction : L'apprentissage est un processus évolutif. Ainsi, tous les paramètres affectant les stages pratiques des étudiants en Médecine au sein du C.H.U. de Mahajanga nécessitent une révision. Une réorganisation adaptée à la conjoncture actuelle, que nous jugeons tout à fait singulière pour Mahajanga, mérite d'être effectuée pour multiples raisons. Le but de notre travail était d'améliorer la compétence des médecins sortant de la Faculté de Médecine de Mahajanga.

Méthodes et Population cible : Pour mener à bien cette étude, nous avons adopté la METHODE D'APPROCHE PARTICIPATIVE à partir de l'intérêt des étudiants en Médecine en cours de formation (DCEM2, DCEM3, DCEM4 et Internes) à la Faculté de Médecine de Mahajanga pour l'année universitaire 2000-2001. Un questionnaire portant sur la valorisation et l'amélioration de la qualité pédagogique des stages hospitaliers a été distribué.

Résultats : 107 étudiants sur 317 avaient répondu au questionnaire (taux de participation : 33.75%). Concernant la durée des stages, elle était insuffisante pour 99/107 étudiants pour multiples raisons (mauvaise organisation liée à l'insuffisance du nombre des enseignants permanents : 58/99, les stages débutaient toujours tard à Mahajanga : 27/99, politisation de l'enseignement : grève : 6/99, examens partiels 3/99). Ces stages étaient pourtant nécessaires, par exemple, pour le savoir-faire : 80/99, le savoir-être : 30/99, l'application de la théorie : 56/99, la responsabilisation des étudiants : 2/99, l'acquisition de la conscience professionnelle : 1/99 etc. La qualité de prise en charge variait suivant les services pour quelques étudiants (90/107 des apprenants n'avaient pas donné leur avis sur ce sujet). 80/107 environ des participants souhaitaient un enseignement complémentaire sous forme d'Apprentissage au Raisonnement Clinique, d'observations médicales et de cas cliniques. 95.107 étudiants voudraient que les évaluations formatives et sommative soient sanctionnées par un examen de fin des stages. L'instauration d'un cours d'Anglais à la Faculté de Médecine de Mahajanga paraît nécessaire pour 89/107 des étudiants ainsi qu'une motivation des enseignants pour la préparation de l'Internat pour la plupart des apprenants. A la suite de l'auto-évaluation à la fin de leur cursus, 34/107 étudiants voulaient quitter Mahajanga pour multiples raisons (absence de rénovation pédagogique, mauvaise qualité ou absence d'encadrement par exemple).

Conclusion : La concertation entre les bénéficiaires des stages hospitaliers et les enseignants et l'état mérite d'être instaurée au sein de la Faculté de Médecine de Mahajanga pour obtenir de meilleurs résultats de formation ; d'ailleurs, la pédagogie n'est pas seulement l'art de transmettre les connaissances mais surtout l'art d'aider les apprenants à construire leur propre savoir (autodidacte, recherche continue) : compétence particulière.

Mots-clés : stages hospitaliers - pédagogie - amélioration - C.H.U. Mahajanga - méthode participative - concertation.

P24

BILAN D'UNE ANNEE D'UN RESIDENT FRANÇAIS DANS UNE UMF A MONTREAL ET PERSPECTIVES POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE GENERALE EN FRANCE

LIEVIN T.¹, FORTIN M.², MILLETTE B.², de KORWIN J. D.¹

¹Département de médecine générale, Université Henri Poincaré, France jd.dekorwin@chu-nancy.fr ;

²Clinique de médecine familiale, Cité de la Santé de Laval et Université de Montréal, Canada.

But : Tirer partie de l'expérience vécue du résidanat au Canada pour l'enseignement de la médecine générale en France.

Méthodes : Séjour de neuf mois à l'Université de Montréal d'un résident de la Faculté de Médecine de Nancy avec participation aux stages de formation :

- huit mois dans une Unité de Médecine Familiale (UMF de la Cité de la Santé de Laval) ;

- préceptorat de trois mois à l'Unité de Recherche et de Développement en Education des Sciences de la Santé (URDESS, Université de Montréal).

Résultats : La formation au sein de l'UMF apporte un contexte d'apprentissage signifiant et repose sur un encadrement systématique et organisé. Les étudiants réalisent en autonomie supervisée le suivi des patients permettant la correction et la pertinence de la réutilisation pratique des connaissances, qui sont rigoureusement vérifiées. Les retombées sur l'autogestion active de l'apprentissage et l'implication dans le suivi des patients

apparaissent favorables. La sensibilisation à l'actualisation régulière des connaissances et la mise en œuvre de moyens appropriés sont une très bonne approche à la formation médicale.

Les contraintes de productivité et de temps inhérentes à la pratique ambulatoire ainsi que la pénurie relative en personnel compétent limitent la portée des approches centrées sur l'étudiant. Un soutien institutionnel spécifique est indispensable à l'atteinte des objectifs éducatifs. La sensibilisation des intervenants aux principes de la pédagogie est essentielle. Les UMF de l'Université de Montréal ont développé des outils pertinents en réponse à ces difficultés : tutorat personnalisé, séminaire d'entretien médical, « wrap up ».... Une organisation méthodique des agendas est un complément utile.

Conclusions : L'expérience canadienne peut inspirer valablement l'organisation du futur internat de médecine générale français. La formulation d'objectifs pédagogiques clairs et adaptés aux besoins de l'exercice de la médecine générale est essentielle. L'uniformisation du contenu des cursus et des objectifs de l'évaluation est souhaitable à l'échelle nationale.

P25

REFORME DES TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

CHATELAIN Denis, SEVESTRE Henri, GONTIER Marie-Francine.

Université de Picardie/ Service d'Anatomie Pathologique CHU Amiens. Chatelain.denis@chu-amiens.fr

Contexte : Travaux pratiques (TP) d'Anatomie Pathologique en DCEM1

But : Sensibiliser les étudiants au rôle de l'Anatomie Pathologique en pathologie médicale et chirurgicale, développer leur participation active, le raisonnement diagnostique et le travail en groupe.

Méthode : Les TP (104 étudiants, 1 enseignant) sont divisés en :

- *Initiation à l'histopathologie* : 4 groupes de 26 étudiants analysent au microscope, lors de 6 séances de 1H30, 20 lames de pathologies diverses, décrites par l'enseignant à l'aide d'un diaporama, avec un exposé sur chaque maladie. Un CD des TP est distribué aux étudiants. Lors de l'examen écrit, les étudiants étudient 3 lames au microscope et les décrivent (note: 3 points).

- *Présentation anatomo-clinique* : un cas clinique (observation, image macroscopique et lame histologique) est distribué à 16 groupes de 6 ou 7 étudiants. Lors d'une 1^{ère} séance, avec l'enseignant ils analysent le cas et à l'aide d'ouvrages médicaux, émettent des hypothèses diagnostiques. Ils effectuent ensuite des recherches à la bibliothèque et sur internet pour élaborer en groupe un exposé de 15' sur l'entité anatomo-clinique supporté par un fichier Power Point. Ils exposent leurs résultats à l'enseignant lors d'une 2^{ème} séance et finalisent leur présentation lors d'une 3^{ème} séance. Lors de l'examen oral, ils présentent leur exposé en amphithéâtre devant leur promotion, chaque étudiant parlant 2 minutes (note: 3 points).

Evaluation des TP par un questionnaire anonyme à réponses ouvertes.

Résultats

80% des étudiants ont répondu au questionnaire. 70% considèrent les TP comme intéressants, 5% n'aiment pas l'Anatomie Pathologique.

Lecture de lames : appréciée, notamment l'exposé de l'enseignant sur chaque maladie (note des étudiants : 16/20).

Présentation orale : très appréciée (note :16/20). L'effectif des groupes est trop important pour 13% des étudiants.

Conclusion

Grand succès des présentations orales.

Elles développent la participation active, l'apprentissage du travail en groupe et de l'outil informatique. Elles constituent la 1^{ère} expérience d'expression orale pour les étudiants de DCEM1.

Elles réclament un investissement plus important des étudiants et des enseignants (60 Heures de travail) mais l'expérience est concluante et sera renouvelée !

LE TUTORAT : UN DEFII PEDAGOGIQUE AU SERVICE DU D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

J.N. BEIS

Médecine Générale - Faculté de Médecine - 21079 DIJON CEDEX - jn.beis@medsyn.fr

Le tutorat s'inscrit dans le cadre du D.E.S. de Médecine Générale comme un principe pédagogique essentiel pour structurer ce 3^e cycle. La finalité du D.E.S. de Médecine Générale est de former des professionnels capables d'exercer la Médecine Générale dans notre société.

Cette formation nécessite l'acquisition de compétences spécifiques à ce métier, elles s'acquièrent grâce à une formation pratique (les stages) et une formation théorique régulièrement évaluées afin de certifier à la société que ce professionnel a acquis les compétences nécessaires à l'exercice de son métier.

Le tutorat a pour objectif général d'accompagner l'étudiant au cours du D.E.S. de Médecine Générale en évaluant ses apprentissages dans une logique de progression pédagogique vers la certification professionnelle.

Les objectifs spécifiques au tutorat sont :

- Accompagner l'étudiant au cours de son 3^e cycle,
- Evaluer les acquis des deux premiers cycles,
- Etablir un cursus de formation personnalisé pour les trois années du D.E.S.
- Faciliter l'évaluation formative du futur médecin tout au long des différentes phases d'apprentissage du 3^e cycle de Médecine Générale

L'étudiant sera informé des objectifs et des méthodes du tutorat ainsi que des objectifs et des méthodes d'évaluation conduisant à cette certification professionnelle.

Pour atteindre ces objectifs, le tuteur utilisera les outils pédagogiques qui sont à sa disposition. Ceux-ci passent par des contacts réguliers, en particulier par des entretiens singuliers pour le recueil des traces de ces apprentissages.

Le tuteur est un enseignant de Médecine Générale appartenant au Département de la Faculté et exerçant lui-même la médecine générale. Il a été formé à cette fonction spécifique ainsi qu'aux méthodes pédagogiques nécessaires pour assurer cette tâche.

Le tutorat s'inspire du paradigme d'apprentissage et des théories de l'évaluation authentique ; pour ce faire, il est fondamental que ces principes soient mis en œuvre dans tous les lieux d'apprentissage du 3^e cycle de Médecine Générale.

Nous évoquerons l'expérience menée à Dijon au niveau du tutorat et de l'évaluation ECOS ainsi que des modifications et des aménagements pédagogiques envisagés pour s'adapter à la mise en place du D.E.S.

JEU DE ROLE EN PEDAGOGIE ACTIVE : INTERET D'UNE COLLABORATION ENTRE FACULTE DE MEDECINE et ECOLES PARAMEDICALES

BOUDAILLIEZ B., FOSSE M., MOULLARD N.

*Département de Pédiatrie et Ecole de Puériculture, CHU AMIENS 80054
boudailliez.bernard@chu-amiens.fr*

Le jeu de rôle est une technique de pédagogie puissante pour la formation des apprenants à la maîtrise de situation complexe. Elle est une voie pour l'apprentissage du savoir-faire et du savoir-être. Une même origine et une même fonction des participants peuvent être un obstacle à la mise en place du scénario et au déroulement du jeu de rôle. La participation des élèves et des enseignants d'une école de puériculture nous semblait devoir enrichir l'approche pédagogique de notre faculté de médecine.

Deux scénarios ont été proposés : 1) annonce d'un dépistage positif pour l'hypothyroïdie ; 2) convaincre des parents réticents et opposants à l'hospitalisation de leur nourrisson de 3 mois porteur d'une infection urinaire sévère. Les rôles du médecin et des parents étaient assignés respectivement aux étudiants en médecine et aux élèves puéricultrices, sous la supervision d'enseignant médecin, pédopsychiatre et puériculteur.

Chaque école assurait pour son propre compte une réflexion et une préparation auprès des apprenants par rapport à ces scénarios. Le déroulement de jeu de rôle ne faisait cependant l'objet d'aucun ajustement préalable entre les 2 parties. Cette approche de jeu de rôle nous paraît extrêmement riche : 1) l'identification de chaque partie à son rôle est considérablement renforcée ; 2) la non connaissance préalable entre les deux catégories d'apprenants contribue à renforcer la tension dramatique ; 3) la relecture de jeu de rôle est enrichie par l'approche des enseignants superviseurs, précisément enseignant soignants, enseignants médicaux et de pédopsychiatrie ; 4) les élèves puéricultrices ont souligné et déploré l'absence de rôle dédié à une

puéricultrice dans la construction du scénario. Ces techniques nous paraissent à développer, voire à amplifier par l'utilisation d'enregistrement vidéo.

P28

LA FORMATION DES UROLOGUES EN LAPAROSCOPIE

BRUYERE F¹, HAILLOT O^{1,2}, LANSON Y¹

¹Service d'Urologie – CHRU de Tours - 2 boulevard Tonnelé – 37044 Tours Cedex f.bruyere@chu-tours.fr

²Département de Pédagogie – Faculté de Médecine de Tours. 2 bis Bd Tonnelé – 37032 Tours Cedex

Introduction : Les progrès technologiques ont permis d'adapter la laparoscopie aux interventions urologiques. La difficulté d'apprentissage empêche certains opérateurs de proposer cette technique aux patients alors que sa supériorité est établie pour certaines interventions.

Matériel et méthode : Nous avons tenté d'établir un état des lieux de la formation des urologues Français en laparoscopie. Pour cela, nous nous sommes inspirés des recommandations des universités de Sherbrooke et Montréal sur les méthodes d'enseignements des sciences de la santé. Les réponses à un questionnaire de 3 groupes de personnes : les formateurs (77 professeurs d'Universités- praticiens hospitaliers d'urologie), les formés (76 chefs de clinique-assistants exerçant dans un service universitaire d'urologie) et un groupe de 27 experts se distinguant par leur activité et leur notoriété en laparoscopie, ont permis d'évaluer les besoins et les objectifs de formation en laparoscopie.

Résultats : Soixante six pour cent des réponses ont été obtenu. Alors que tous les services universitaires pratiquent la laparoscopie, la formation a cette technique est insuffisante pour 60 à 95% des interrogés. L'activité moyenne des services universitaires d'urologie ne permet le recrutement minimal nécessaire à la formation que pour les néphrectomies et les curages ilio-obturateurs. Plus de 80% des jeunes urologues devraient se former à cette technique alors que 42% des formateurs estiment que le nombre de Diplôme d'Université (DU) est insuffisant. Plus de 80% des P.U.-P.H. conseillent aux juniors de suivre l'enseignement d'un tel diplôme, mais seulement 58% des chefs de clinique assistants se sont inscrit et 45% des interrogés pensent que ce type de diplôme devrait devenir obligatoire. 51 à 74% ont répondu positivement à l'intérêt de réaliser un audit des centres formateurs (la majorité citant l'AFU comme coordinateur de cet audit). L'implication de l'industrie pharmaceutique dans la formation est non choquante pour 94% des sondés.

Conclusions : La comparaison de ce sondage à l'activité des CHU aboutit à une impasse pédagogique. La réorganisation de l'enseignement de la laparoscopie voire de la chirurgie ouverte semble indispensable. Le développement du nombre de pelvi traîner disponible, l'implication de l'activité libérale dans la formation, la diminution de l'activité libérale au sein des CHU et la diminution du nombre de service formateur sont à notre avis les moyens idéaux pouvant servir de base à la réorganisation de l'enseignement de la laparoscopie.

P29

FORMATION MEDICALE CONTINUE ET GROUPE DE PAIRS : METHODE ET EFFETS

GALLAIS JL, COHENDET C

Société Française de Médecine Générale [SFMG], 141 Av de Verdun. 92130 ISSY Les MOULINEAUX
sfm@sfmg.org. Site : www.sfm.org

Contexte : Que la FMC soit volontaire, obligatoire ou incitative, peut-on conjuguer pertinence des méthodes, acceptabilité par les professionnels, faisabilité en routine et application des nouveaux comportements ? Comment passer des savoirs théoriques aux savoirs d'actions chez des médecins ayant des compétences et expériences différentes et exerçant dans des contextes variés ?

Méthode : Autour des principes d'analyse réflexive des pratiques réelles s'est structurée la méthode des « groupes de pairs » proposée par la SFMG. La règle de fonctionnement associe : petit groupe interactif (5 à 12 participants volontaires), travail exclusivement entre « pairs » sans expert ni leader, règle de tirage au sort des cas cliniques présentés, réunion mensuelle avec présence minimale de 6 séance par médecin et par an, rédaction de compte-rendu de séance. Les éléments sémiologiques et historique rapportés, les trajectoires de soins, les décisions et problèmes rencontrés ou à résoudre, induisent des questionnements et des comparaisons entre les opinions, préférences et connaissances des participants. La question des référentiels pertinents et des ressources disponibles est centrale. Selon les besoins, une recherche documentaire est réalisée pour la réunion suivante. Un compte-rendu de séance avec une liste des présents est rédigé.

Résultats : En plus de la dynamique des groupes restreints, le choix de cas vécus aléatoires introduit la complexité soignante dans la résolution de problèmes avec débat sur les référentiels, valeurs, et normes individuelles et collectives. Il y a relativisation et adaptation des savoirs théoriques proposés. La parité favorise la prise de parole non hiérarchique avec évaluation volontaire individuelle et collective. Les allers et retours, avec

mise à distance, entre pratiques vécues et recommandées participent à la construction de savoirs sur l'action, dans l'action et pour l'action.

Conclusion : Comme méthode d'inter-formation, le groupe de pairs s'inscrit dans les logiques de l'assurance qualité, des référentiels et d'EBM. Elle renforce les spécificités de la discipline et du métier « réel » favorisant les processus de professionnalisation et de développement identitaire. Ces diverses facettes expliquent sa diffusion actuelle et reconnaissance par de nombreuses instances nationales de formation et d'évaluation.

Références; Gallais J.L. Règles du jeu, effets et enjeux des groupes de pairs dans le soin, la formation et la recherche. *Doc Rech Med Gen – SFMG*, 2002, 59 : 6-12

Cohendet C. Groupe de pairs : outils de formation continue et d'évaluation des pratiques. *Rev Prat MG*, 2002, 16, 587 : 1392-94.

P30

MEDUC-EN-LIGNE® : UN OUTIL DE COACHING ET DE SUIVI A DISTANCE D'UNE FORMATION MEDICALE CONTINUE BASEE SUR UN PROJET. L'EXEMPLE DU RESEAU DOULEUR DE BASSE-NORMANDIE

T. JOVELIN¹, J.H. BARRIER¹, C. DELORME²

¹Département de Formation Médicale Continue et de Développement Pédagogique de la Faculté de médecine de Nantes. dfmc@sante.univ-nantes.fr

² Médecin coordinateur du Centre Régional de Lutte contre la Douleur de Basse Normandie - Hôpital de Bayeux.

Le suivi de projet de formation médicale continue nécessite la plupart du temps la rencontre entre l'apprenant et son tuteur pour discuter du projet et de son évolution. Cela engendre des contraintes, comme le déplacement, les problèmes d'agenda, de rendez-vous. Méduc-en-ligne® est une plate-forme Internet qui permet aux participants à une formation de proposer leur projet à distance, et de bénéficier d'un suivi par un tuteur. Méduc-en-ligne® propose également des éléments d'information et de communication (documentation, forum de discussion, bibliothèque). L'accès au site Méduc-en-ligne® se fait par le biais du site web du Département de FMC et de Développement Pédagogique de la Faculté de Médecine de Nantes. À chaque formation est destiné un espace réservé accessible par mot de passe.

Cet outil a déjà fait ses preuves avec la formation des formateurs du Réseau Régional Douleur de Basse-Normandie, et est actuellement utilisé pour le DIU de Pédagogie et de Communication Médicale de Nantes.

P31

GDS UNIVERSITE : SUIVI A DISTANCE DES FORMATIONS POUR LE LABEL DOULEUR DE LA GENERALE DE SANTE.

T. JOVELIN¹, J.H. BARRIER¹, B. CASTELLS², M. BENSIGNOR³, C. BUGEON²

¹ Département de Formation Médicale Continue - Faculté de Médecine - Nantes - dfmc@sante.univ-nantes.fr

² Générale De Santé - 96 av Iena - 75016 PARIS ; ³ Clinique Viaud - 38 rue Fontaine de Barbin - 44000 Nantes

La Générale de Santé (GDS) est une entreprise de services spécialisée dans l'offre globale de soins dans le secteur de la santé. La GDS est aujourd'hui le premier réseau français et européen d'établissements hospitaliers privés.

Dans le but d'attribuer à ses cliniques un label douleur, la Générale de Santé a mis en place une formation sur la prise en charge de la douleur. Cette formation s'est déroulée en 4 séminaires, 3 portant sur la douleur et le 4e sur la formation des formateurs. Dans ce cadre a été créé un site web, GDS Université, pour compléter la formation des participants, mais aussi dans le but de leur proposer un suivi à distance pour leurs projets personnels.

Cette plate-forme permet aux utilisateurs d'avoir accès, après s'être inscrit en ligne, à une base de donnée documentaire, et divers outils comme des exercices ou des forums de discussion. Le suivi des projets personnels par un tuteur fonctionne avec le webmestre du site qui transmet les projets aux tuteurs et s'occupe de répondre aux participants.

La formation par le suivi d'un projet personnel à distance semble mieux fonctionner que la consultation de documents, d'exercices apportés comme complément de la formation "prise en charge de la douleur".

PLACE DES NTIC AUPRES DES ETUDIANTS ET ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ORAN

AHMED FOUATIH Z., BOUZIANI M., BELKAID R., MESLI M.F.

Laboratoire de Biostatistique - Faculté de Médecine d'Oran BP 1510 Oran El M'Naouer 31000 Algérie
zoubirfouatih@hotmail.com yasmine@algeriecom.com

Les NTIC occupent une place de plus en plus importante dans le monde au regard de l'essor pris par l'Internet ces dernières années. En Algérie, ce mouvement en faveur des technologies nouvelles constitue une préoccupation des pouvoirs publics mais elles trouvent paradoxalement des difficultés notamment auprès du public dans le domaine de l'accès malgré le nombre croissant de providers et dont le coût reste relativement élevé. Nous avons mené plusieurs tentatives de mettre en place un réseau à l'intérieur de la faculté et qui sont restées infructueuses. Ainsi face à ces différents échecs, nous avons voulu savoir si la demande existe et pourquoi elle n'est pas transformée en pression sur les décideurs afin de doter la faculté d'un réseau informatique mais également d'Internet Intranet. Ainsi nous avons mené une enquête auprès des étudiants et des enseignants avec pour objectifs de savoir comment sont perçues les NTIC et quel en est le degré d'utilisation et comment le sont elles. L'enquête est menée à l'aide d'un questionnaire. 234 étudiants et 45 enseignants ont répondu à notre questionnaire.

Pour ce qui est des enseignants, ce qui est frappant est que les NTIC sont presque méconnues par les plus anciens. Les enseignants préparent leurs cours sur micro-ordinateur dans 17% des cas. L'accès à Internet est en moyenne de 1 heure par semaine. La communication par Internet est utilisée par 12% des enseignants seulement. L'utilisation du micro-ordinateur et data show est exceptionnelle dans l'enseignement mais elle existe à l'occasion de la participation des enseignants dans des congrès.

Pour ce qui est des étudiants, le volume horaire moyen par étudiant est estimé à plus de 3 heures par semaine. Les étudiants préparent leurs cours en s'appuyant sur une documentation extraite de l'Internet dans plus de 85% des cas. Plus de 90 % d'entre eux déclarent avoir une adresse électronique qu'ils utilisent de manière régulière dans 67% des cas.

Cette enquête révèle que les NTIC occupent une place importante par les étudiants et surtout les jeunes enseignants. Cependant l'accès demeure une véritable préoccupation dans la mesure où il n'y existe pas dans le lieu de travail.

MISE EN PLACE DES FORMATIONS DE 3EME CYCLE MEDICAL A L'ILE MAURICE : ENJEUX PEDAGOGIQUES

**F OODALLY¹, J L BERNARD², R COLIN³, P TABARD⁴, D POLYCARPE⁴, J H BARRIER⁵,
J BEYLOT⁶ et J C MOHITH¹**

¹Institut de Santé de Maurice, Pamplemousses, Ile Maurice, ²Faculté de Médecine de Marseille, ³Faculté de Médecine de Rouen, ⁴Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France, ⁵Faculté de Médecine de Nantes CIDMEF, ⁶Université de Bordeaux 2

Du fait des besoins d'expertise médicale dans les hôpitaux publics ; le Ministère de la Santé, avec le concours de l'Université de Bordeaux 2 a mis en place un programme de formation de 3^e cycle en commençant par l'anesthésie réanimation puis la médecine interne, la pédiatrie et la chirurgie orthopédique.

Les objectifs institutionnels et disciplinaires ont été pris en compte. La planification a été initiée par les responsables bordelais dans chaque filière depuis 2 ans, avec une mise en application récente. Etant donné l'absence d'une Université Médicale publique mauricienne structurée au plan pédagogique, les enjeux locaux ont nécessité des procédures spécifiques visant à une autonomie à moyen terme : une formation pédagogique des formateurs et maîtres de stages locaux sur la base de l'identification et de l'implication d'un référent pédagogique mauricien ayant participé concrètement aux modules de formation avec les experts français. En même temps, ce référent doit acquérir une expertise pédagogique de niveau 3 (CIDMEF) ainsi que dans la gestion de programmes.

Les enjeux se situent au niveau de l'évaluation de cette action : celle des spécialistes formés, des enseignements théoriques et pratiques et des enseignants concernés (locaux et étrangers) et enfin le dispositif de coordination local et de coopération. Il apparaît déjà essentiel de mettre en place une véritable équipe pédagogique structurée en cohérence avec un comité national des études