

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 10 septembre 2020 à Poitiers
par **Théophile HIRSCH**

Evaluation d'un enseignement de Médecine Générale
pour le second cycle des études médicales de Poitiers
Etude descriptive auprès des étudiants du second cycle

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Philippe Binder

Membres : Monsieur le Docteur Pascal Parthenay
Monsieur le Docteur Régis Audier

Directrice de thèse : Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet



Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER,
Vous me faites l'immense honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Veuillez croire en l'expression de ma profonde considération.

A Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET,
Vous avez accepté de me confier et de diriger ce travail. Vous m'avez accompagné tout au long de son élaboration. Merci de votre patience, de votre grande disponibilité et de vos conseils.

A Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY,
Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience et votre expertise en jugeant ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Régis AUDIER,
Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et du temps que vous m'offrez. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A mes parents, Joseph et Véronique,
Pour leur confiance, leur présence indispensable durant toutes ces années. Merci de votre soutien indéfectible et de la liberté que vous m'avez permise depuis toujours. Merci d'avoir mis l'empathie, la bienveillance, la simplicité, au cœur de mon éducation.
A ma famille,

A Fanny,
Pour ta patience, ton écoute et ton soutien durant l'écriture de ce travail. A cette vie palpitante, qu'elle soit dans les îles ou dans les montagnes.

A Alan,
Pour notre amitié sincère et ce, depuis le départ. Pour ta folie et ton côté insaisissable parfois. Pour la grande générosité qui te caractérise, et les nombreuses passions que nous partageons et que nous partagerons.

A Bertrand,
Pour ton aide précieuse, tes relectures et ta disponibilité à mes nombreux questionnements. A ta générosité et ton altruisme inspirant.

A Laura,
Pour m'avoir tant aidé à devenir ce que je suis aujourd'hui.

A Nicolas,
pour ta fidélité malgré les distances. Pour cette belle amitié, dont on ne compte plus les années et à laquelle je tiens beaucoup.

A mes amis d'études, confrères et consœurs, Agnès, Clément, Salomé, Olivier, François, Laetitia, Amaury, Elsa, Pierre-Marie, Léa, Marion, Rémi, Louise, et tant d'autres... A votre humour, votre présence, votre noblesse. Merci pour ces années de partages et d'amitiés.

A Clément et Chloé pour leurs réponses à mes lacunes en statistiques.

A mes pairs et maitres de stages qui ont marqué mes études et ma carrière.

Table des matières

1. Introduction	
2. Généralités	14
2.1. Les grands courants pédagogiques	14
2.1.1 Le Behaviorisme	15
2.1.2. Le Cognitivism	16
2.1.3. Le Constructivisme et Socio-constructivisme	18
2.2. Du paradigme d'enseignement vers un paradigme d'apprentissage.....	20
2.2.1. La pédagogie par objectifs	22
2.2.2. La pédagogie par compétences	23
2.2.3. Application dans la formation médicale et nécessité d'un cadre de référence.	25
2.3 Une approche de la médecine générale dès le second cycle des études médicales	29
2.3.1 Rappel du déroulement des études médicales	29
2.3.2 Cadre légal	31
2.3.3 Etat des lieux de l'enseignement théorique	33
2.4. Une nouvelle approche pédagogique à Poitiers.....	36
2.4.1 Déroulement et modalités de l'enseignement	36
2.4.2 Contenu pédagogique	39
2.5. Le concept d'Evaluation de l'Enseignement par les Etudiants	40
2.5.1 Fondement historique	40
2.5.2 Les bénéfices de l'EEE	41
2.5.3 Une méthode toujours controversée	42
2.5.4 Comment évaluer ?	43
3. Matériel et méthode	45
3.1. Schéma d'étude	45
3.2. Objectifs de l'étude	45
3.3. Critères de jugement	45
3.4. Population concernée par l'étude.....	46
3.5. Déroulement de l'étude	47
3.5.1. Intervention	47
3.5.2. Outils d'évaluations	47

3.6. Traitement des données et analyse statistique.....	49
3.6.1 Traitement des données	49
3.6.2. Analyse statistique	50
4. Résultats	51
4.1 Nombres de réponses à l'étude quantitative.....	51
4.1.1. Nombre de réponses par promotion	51
4.1.2. Nombre de réponses en fonction du nombre d'étudiants présent à la formation.	52
4.1.3. Présentation de la population par Flow Chart	53
4.2. Nombres de réponses à l'étude qualitative	54
4.3. Résultats de la satisfaction globale.....	56
4.4. Résultats des questions pédagogiques	58
4.4.1. Question sur les attentes des étudiants	58
4.4.2. Question sur la pertinence des objectifs pédagogiques pour la formation	59
4.4.3. Question sur le sentiment d'amélioration des compétences	61
4.5. Questions organisationnelles	63
4.5.1 Question sur les méthodes pédagogiques	63
4.5.2 Question sur l'animation	67
4.5.3 Question sur les intervenants	68
4.6 Analyses des questions ouvertes.....	70
4.6.1 Analyse de la question ouverte N°1	70
4.6.2 Analyse de la question ouverte N°2	71
4.7. Avis des étudiants sur la formation (<i>Annexe 7</i>)	72
5. Discussion	73
5.1. Analyse des résultats	73
5.1.1. Objectif principal	73
5.1.2. Objectifs secondaires	74
5.2. Les biais et limites de l'étude.....	76
5.2.1. Nombre de réponses obtenus	76
5.2.2. Evaluation de l'objectif principal	77
5.2.3. Choix de l'échelle de Likert	77
5.2.4. Une formation non stéréotypée	79
5.3.5. Une évaluation de l'enseignement et non des apprentissages	80
5.3. L'Evaluation de l'Enseignement par les Etudiants de Médecine.....	81
5.4. Les évolutions futures.....	81

6. Conclusion	83
7. Bibliographie	84
8. Annexes	91
Annexe 1 - Questionnaire de 2016 - 2017 sur 28 questions, modèle de Likert en 6 niveaux	91
Annexe 2 - Questionnaire depuis 2017, sur 16 questions, modèle de Likert en 4 niveaux:	92

Liste des Figures

Figure 1. Evolution des théories de l'apprentissage (4)	14
Figure 2. Traitement de l'information selon Gagné (1976) (14)	16
Figure 3 . Illustration de la théorie socio-constructivisme d'après M. Lebrun (2007) (34)	20
Figure 4. Evolution des objectifs de formation au cours de l'apprentissage.....	26
Figure 5. Marguerite du référentiel métier établi par le CNGE.....	28
Figure 6. Part de médecins généralistes aux ECN depuis 2017.....	30
Figure 7. Les compétences du médecin généraliste, en second cycle des études médicales.....	39
Figure 8 – Répartition de la population par promotion.....	51
Figure 9. Répartition des étudiants par promotion.....	52
Figure 10. Flow chart	53
Figure 11. Analyse de l'ensemble des réponses aux questionnaires par promotion (Echelle à 6N) .	56
Figure 12. Analyse de l'ensemble des réponses aux questionnaires par promotion (Echelle à 4N) ..	57
Figure 13. Analyse des attentes des étudiants tout objectifs confondus	58
Figure 14 - Analyse du sentiment de pertinence des objectifs pédagogiques.....	59
Figure 15. Analyse du sentiment d'amélioration des compétences après la formation, toutes promotions et questions confondues	61
Figure 16 . Analyse des méthodes pédagogiques toute promotion et questions confondues (échelle à 6 niveaux).....	63
Figure 17. Analyse des méthodes pédagogiques par outil et par promotion (echelle à 6N).....	64
Figure 18. Analyse des méthodes pédagogiques toutes promotions et questions confondues (echelle à 4N) N = 684.....	65
Figure 19. Analyse des méthodes pédagogiques par outil et par promotion (echelle à 4N).....	66
Figure 20. Analyse des résultats de l'animation (echelle à 6N).....	67
Figure 21. Analyse des résultats de l'animation (echelle à 4N).....	68
Figure 22. Analyse des résultats sur les intervenants (echelle à 6N).....	69

Figure 23. Analyse des résultats des interventions des enseignants (echelle à 4N).....	69
Figure 24. Résultats du nombre de mots-clés retrouvés par catégorie à la question ouverte N°1	70
Figure 25. Résultats du nombre de mots-clés par catégorie à la question ouverte n°2	71

Liste des Tableaux

Tableau 1. Paradigme d'enseignement et paradigme d'apprentissage	21
Tableau 2 . Nombre d'étudiant en médecine s'orientant vers la médecine générale aux ECN (69)....	30
Tableau 3. Proposition d'un plan pédagogique en 2009	35
Tableau 4. Répartition des étudiants par promotion et par échelle remplie.....	51
Tableau 5. Nombre de réponses en fonction du nombre présent à la formation.....	52
Tableau 6. Analyse des mots-clés à la question ouverte n°1	54
Tableau 7. Analyse des mots-clés à la question ouverte n°2	55
Tableau 8. Somme des réponses aux questionnaires par promotion (echelle à 6N).....	56
Tableau 9. Sommes des réponses aux questionnaires par promotion (Echelle à 4N)	57
Tableau 10. Résultats des attentes des étudiants tout objectifs confondus (N=684)	58
Tableau 11 . Résultats du sentiment de pertinence des objectifs pédagogique abordé (N=444)	59
Tableau 12. Résultats du sentiment de pertinence par promotion et par objectifs.....	60
Tableau 13. Résultats du sentiment d'amélioration des compétences tout objectifs confondus (n=444)	61
Tableau 14 . Résultats du Sentiment d'amélioration des compétences après la formation	62
Tableau 15. Résultats des méthodes pédagogiques, toutes promotions et questions confondues (Echelle à 6N) N = 444	63
Tableau 16. Résultats des méthodes pédagogiques par outil et par promotion (echelle à 6n)	64
Tableau 17. Résultats des méthodes pédagogiques, toutes promotions et questions confondues (Echelle à 4N) N = 684	65
Tableau 18. Résultats des méthodes pédagogiques par outil et par promotion (echelle à 4N).....	66
Tableau 19 . Résultats de l'animation (echelle à 6N)	67
Tableau 20 . Résultats de l'animation (echelle à 4N)	68
Tableau 21. Résultats des interventions des enseignants (echelle à 6N).....	68

Tableau 22. Résultats des interventions des enseignants (echelle à 4N).....	69
---	----

Liste des photos

Photo 1 - Travail en petits groupes, disposition en face à face afin de favoriser l'échange	37
Photo 2 - Etude d'une situation authentique en MétaPlan	37
Photo 3 - Aide pédagogique par les outils numériques, diaporamas, films	38

Liste des Annexes

Annexe 1 - Questionnaire utilisé en 2016 - 2017 sur 28 questions, sur un modèle de Likert en 6 niveaux	91
Annexe 2 - Questionnaire utilisé depuis 2017, sur 16 questions, modèle de Likert en 4 niveaux:	92
Annexe 3 - Fiche de recueil des situations authentiques	93
Annexe 4 - Déroulé du Séminaire.....	94
Annexe 5 - Carré de White.....	95
Annexe 6 - Tableau des enseignements en 2007, tiré de la thèse de Dr. Salgé (71)	96
Annexe 7- Réponse à la question ouverte N°3	97

Liste des abréviations

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DMG : Département de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medicine

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EEE : Evaluation de l'Enseignement par les Etudiants

ENT : Environnement Numérique de Travail

LMD : Licence – Master – Doctorat

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

WONCA : World Organization of National colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

1. Introduction

Depuis 2004 et la réforme du troisième cycle des études médicales (1), la Médecine Générale est reconnue comme spécialité à part entière, et a son propre Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES). Dès lors, différents textes de loi (2,3) vont renforcer la place de cette spécialité dans le cursus commun des études médicales, et les différents Départements de Médecine Générale (DMG) vont progressivement mettre en place des stages ambulatoires et des enseignements théoriques destinés au second cycle des études médicales.

A la Faculté de Médecine de Poitiers, le stage ambulatoire s'est ainsi développé à partir de 2009. Sur le plan théorique, et après divers plans d'apprentissages, le DMG a mis en place en 2016 une formation intitulée « Démarche décisionnelle en soins primaires » (4). Ce séminaire d'une journée consiste à apporter aux étudiants débutant leur stage des éléments théoriques sur la pratique de la Médecine Générale.

S'inscrivant dans une démarche qualité de la part du DMG et afin de participer à l'amélioration de la qualité de l'enseignement, cette formation bénéficie d'une évaluation par les étudiants, portant sur les composantes organisationnelles et pédagogiques.

L'objectif de ce travail est l'étude des évaluations de cet enseignement faites par les étudiants de 2016 à 2019, correspondant à une enquête de satisfaction, niveau 1 du modèle de Kirkpatrick (5). Il s'agit ainsi d'étudier la satisfaction globale des étudiants envers la formation, mais aussi leurs attentes et leurs avis sur la pertinence des objectifs pédagogiques abordés, le sentiment d'amélioration des compétences en post-formation, leur adhésion aux différentes méthodes pédagogiques utilisées et enfin l'animation et à l'intervention des enseignants.

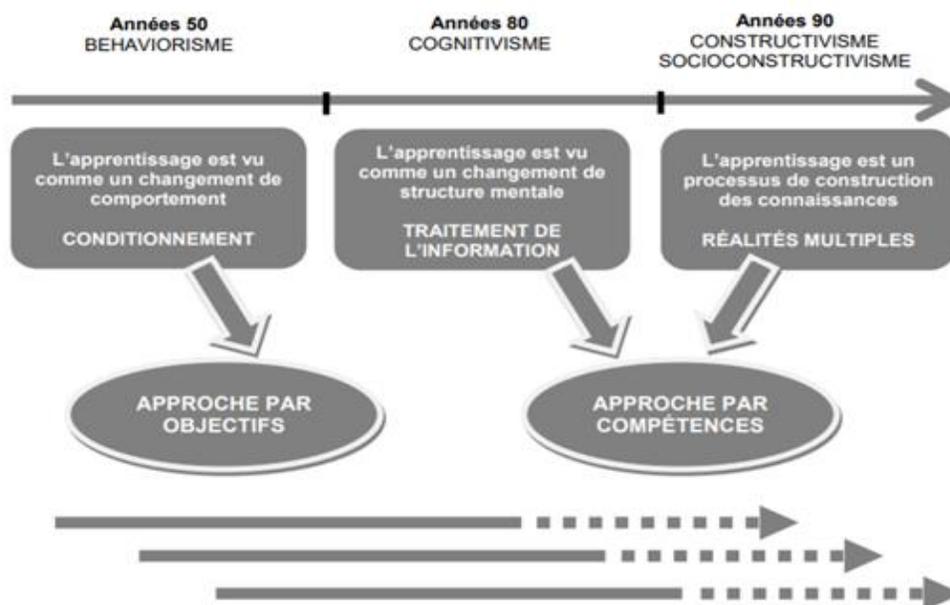
2. Généralités

Evaluer l'efficacité d'un plan pédagogique nécessite forcément de se référer aux théories d'apprentissages et méthodes dans lesquelles ce plan prend son ancrage, ainsi qu'aux objectifs éducatifs qui les sous-entendent. Une revue des différents courants pédagogiques, étudiée d'un point de vue chronologique, permettra de comprendre les bases référentielles de la méthode ici proposée aux étudiants, et évaluée dans ce travail.

2.1. Les grands courants pédagogiques

Au cours du temps, et notamment au cours du vingtième siècle, la pédagogie a évolué à travers différents grands paradigmes d'éducation. D'abord centrée autour d'une approche par objectifs, elle a progressivement évolué vers une approche par compétences, c'est à dire en passant d'un paradigme d'enseignement « apprendre pour quoi ? », vers un paradigme d'apprentissage, « apprendre comment ? » (6).

FIGURE 1. EVOLUTION DES THEORIES DE L'APPRENTISSAGE (4)



2.1.1 Le Behaviorisme

Le behaviorisme, ou comportementalisme, est une méthode d'apprentissage qui domina largement au début et jusqu'à la moitié du vingtième siècle. Popularisé par John Watson (1878-1958), psychologue américain, ce paradigme se base sur la modification durable des comportements, à la suite d'un stimulus. Un comportement étant l'ensemble des réactions objectivement observables d'un organisme. Les behavioristes considèrent qu'il y a apprentissage lorsque l'étudiant donne une réponse correcte à un stimulus, sans s'intéresser à ce qui se passe dans sa tête, réduite à une simple "boite noire" (6,7). L'étudiant est donc ici passif, et son comportement est déterminé par les conditions de l'environnement.

Sa forme la plus simplifiée, dit conditionnement « classique », s'appuie sur les travaux de Pavlov (1848-1936) (8) et son expérience sur la salivation réflexe du chien à chaque stimulus auditif et visuel. Travaux complétés par Edward Thorndike (1874-1949) (9), puis par Skinner (1904-1990) (10), qui développa la thèse du conditionnement dit « opérant », qui, à l'aide de renforçateurs positifs (compliments, bons résultats scolaires...) ou négatifs (mauvais résultats, réprimandes, punitions..), démontre la stabilité du lien entre les stimuli présentés et la réponse souhaitée.

Le behaviorisme est à la base de l'apprentissage par objectifs, notamment par les travaux de Bloom en 1956, qui publiera la première taxonomie d'apprentissage (11). Toujours très utilisée à ce jour dans les formations, l'approche par objectifs doit décrire, selon Mager en 1962 (12), la performance attendue de l'étudiant, avec une description des conditions de réalisations et les critères de cette performance, se limitant souvent à des schémas cognitifs simples (exécution automatique de procédures, définition de concepts, mémorisation...) (6).

L'enseignant élabore un plan d'apprentissage (décomposé en tâches, et sous tâches), avec les objectifs et comportements à acquérir, de manière hiérarchisée, sans tenir compte des besoins d'apprentissage de l'étudiant, qui restera donc passif. Seule la performance compte (6).

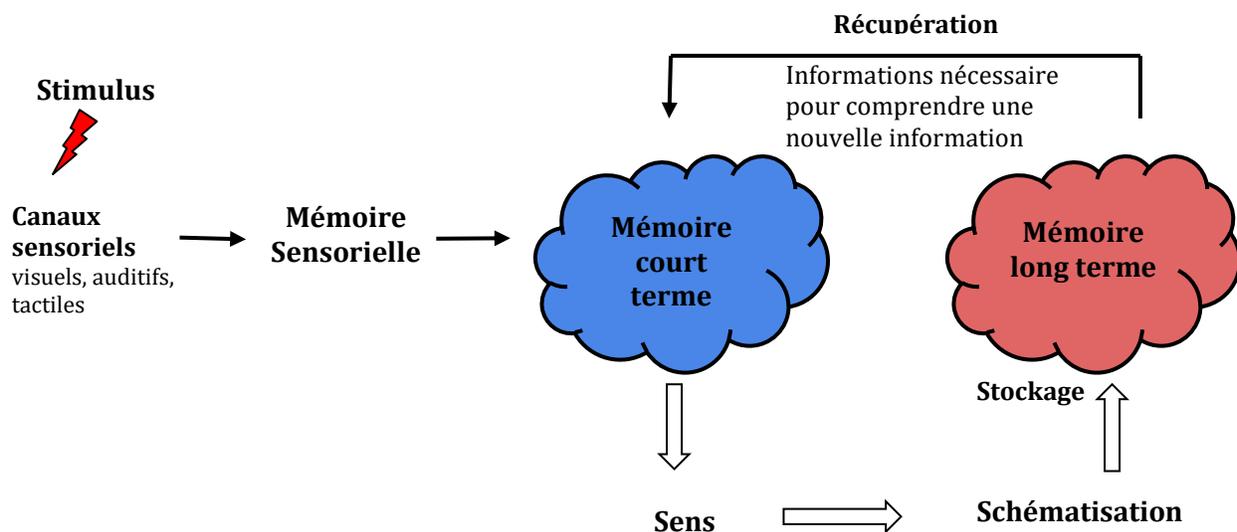
Le behaviorisme va toutefois, montrer ses limites notamment pour expliquer certains comportements sociaux, certaines adaptations, ou l'acquisition de compétences complexes où l'esprit critique est nécessaire. Il va donc, à partir des années 1960 (6), être progressivement être remplacé par un autre paradigme, le cognitivisme.

2.1.2. Le Cognitivisme

S'opposant au behaviorisme et permis suite aux découvertes contemporaines et à l'avancée en matière de sciences cognitives, le courant dit « cognitiviste » introduit l'étude des phénomènes mentaux, c'est-à-dire le principe de raisonnement, de perception et de mémoire, ainsi que la place de la motivation de l'étudiant dans le processus d'apprentissage (6).

Robert Gagné schématisa en 1976 le processus de traitement de l'information (13). Il explique comment, durant l'apprentissage, l'esprit de l'étudiant va traiter et interpréter l'information ; Captée par les sens, transmise à la mémoire sensorielle où elle est décodée, l'information est ensuite transmise à la mémoire à court terme. C'est alors que l'étudiant va utiliser ses connaissances, stockées et organisées dans sa mémoire à long terme, pour interpréter cette information. Il en découle une procédure, une schématisation, qui lui est propre.

FIGURE 2. TRAITEMENT DE L'INFORMATION SELON GAGNE (1976) (14)



C'est donc un processus actif, à l'opposé du behaviorisme, vu comme un changement dans les structures mentales et représentations internes (6).

Cette phase de construction de la représentation est donc l'élément clé dans le processus d'apprentissage, d'après plusieurs auteurs, (Crahay en 1996 (15), Gagné en 1985 (14), ou encore Resnick en 1981 (16), puisque c'est en fonction de la représentation que l'étudiant s'est faite du problème, que celui-ci va déterminer les connaissances qui doivent être activées dans sa mémoire à long terme pour accéder à la solution du problème (17). Ainsi pour résoudre un problème, sa formulation doit être encodée sous une forme compatible avec la structure des connaissances de l'étudiant (16,17). Le plan d'apprentissage doit donc tenir compte de ce que l'étudiant connaît déjà, au risque que l'information donnée reste sans signification d'après Bruner (18) et Ausubel (19).

L'étudiant doit ici s'impliquer de façon active dans l'élaboration de son apprentissage, qu'il y participe, et qu'il soit dans un environnement favorisant, l'enseignant étant juste facilitateur, d'après Brien (20) et Basque (7). Il va pour cela utiliser des stratégies métacognitives lui permettant de réfléchir sur sa manière de travailler, d'en évaluer l'efficacité, puis d'apporter des ajustements pour l'améliorer. Il y a ici un engagement cognitif et affectif dans le processus selon Tardif (1992) (21), une autorégulation de la démarche d'apprentissage (22). A l'instar de la prise de notes, où l'étudiant va retranscrire les propos de l'enseignant, les synthétiser, en dégager les messages essentiels, puis avoir un regard critique sur la pertinence de sa propre prise de notes.

Les cognitivistes mettent donc un accent particulier sur les objectifs de haut niveau cognitif (compréhension, résolution des problèmes, métacognition...), selon Tennyson en 1995 (23), et visent des apprentissages durables, réfléchis, flexibles, et utilisables, afin que les connaissances puissent être mobilisables sur demande, de manière appropriée et sans aide externe (24).

L'application pédagogique du cognitivisme doit ainsi tenir compte des différents styles d'apprentissage et d'intégration, du savoir antérieur de l'étudiant, de sa

motivation, et de ses attentes. Pour Brien (20), les objectifs doivent donc être larges, en insistant sur les méthodes métacognitives mises en œuvre et sur la compréhension. L'évaluation doit être formative, pour pouvoir corriger les lacunes au cours de l'apprentissage et juger de la capacité de l'étudiant à répondre à des problèmes complexes (23).

2.1.3. Le Constructivisme et Socio-constructivisme

Découlant du cognitivisme, le constructivisme apparaît dans les années 90 (7). Il vient s'appuyer sur les interactions pour construire l'apprentissage, autrement dit du contexte. Il est postulé comme suit par Jonnaert en 1996 : « *L'essentiel de l'activité cognitive de l'élève n'est pas l'assimilation des différents savoirs que l'enseignant met en scène, d'une façon ou d'une autre, dans la vie de la classe. L'essentiel se situe plutôt dans la mise en ordre, par l'élève lui-même, des expériences qu'il a des situations dans lesquelles ses connaissances ont pu fonctionner jusqu'à ce jour* » (25).

Les mécanismes d'apprentissage ne sont donc pas ici individuels, mais gagnent une dimension relationnelle, selon les travaux du psychologue canadien Albert Bandura en 1986 (26). Il y a un cadre social, un contexte culturel, qui va venir en comparaison avec ce que les enseignants apportent comme interactions. Nous ne sommes définitivement plus dans une accumulation de connaissances, mais plutôt dans une construction individualisée des connaissances, chacun construisant ses propres interprétations selon Jonassen en 1991 (27).

Piaget (1896-1980) et Vygotsky (1896-1934), respectivement pionniers du constructivisme et du socio-constructivisme, développent l'idée que la connaissance de l'étudiant se construit au fil des différentes interactions avec son environnement. Le savoir provient donc de l'adaptation continue de l'étudiant, et n'est pas inné ou transmis. Les réalités sont ainsi multiples (6), puisqu'elles dépendent de chaque étudiant, de son savoir antérieur, de sa façon d'interpréter l'information, mais aussi de de son contexte social (28).

Piaget (29), après avoir longtemps étudié le développement psychologique de l'enfant, en vient à la conclusion que l'apprentissage résulte de l'équilibre entre l'individu et son environnement, grâce à deux processus, l'assimilation et l'accommodation. Face à un problème nouveau, un étudiant tentera de le résoudre en utilisant les outils intellectuels acquis : c'est l'assimilation. S'il n'arrive pas à le résoudre ainsi, il modifiera alors son activité intellectuelle : c'est l'accommodation. L'équilibre mène ainsi à un progrès intellectuel (6).

Pour Vygotsky (30), le progrès cognitif va se faire par le langage, par l'interaction, par la confrontation voire l'opposition de deux individus, créant un conflit cognitif, qui va les obliger à utiliser des outils intellectuels pour progresser, argumenter, et prendre conscience de ses propres processus de pensée, par la métacognition. Le travail en groupe a par exemple une place majeure dans cette théorie (6).

Pour Legendre en 1995 (31), il faut que les situations d'apprentissages soit contextuelles ou authentiques, qu'elles soient signifiantes pour l'élève afin qu'elles le touchent et le motivent, qu'elles soient en lien avec ce que vit l'étudiant.

Chez les constructivistes, l'erreur, la lacune, jouent un rôle prépondérant pour l'étudiant et le groupe. Elles sont une information sur l'état des connaissances et sur les processus intellectuels de l'étudiant, et ne sont donc pas une tare (32).

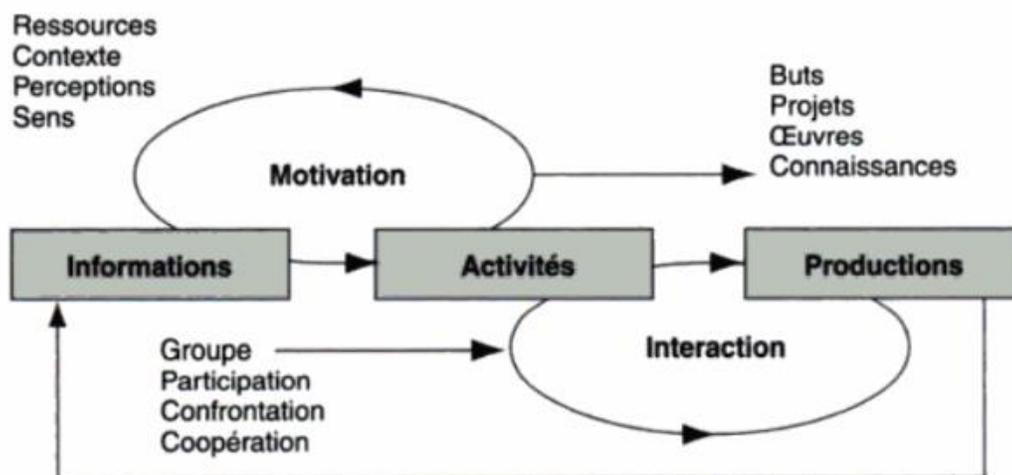
Le rôle de l'enseignant est ici d'orienter l'étudiant dans le processus de pensée pour que ce dernier construise lui-même ses propres connaissances à partir de ses propres interprétations (6). L'enseignant sert donc de médiateur, lors d'un échange entre étudiants par exemple, parfois de provocateur ; il guide, anime, accompagne.

D'après Legendre, « [les enseignants doivent] concevoir des stratégies d'intervention permettant de guider la démarche d'apprentissage de l'élève et, plus particulièrement, le processus de développement conceptuel. Il ne s'agit donc plus d'enseigner des notions, principes ou modèles déjà tout élaborés, mais de concevoir des activités d'apprentissage et des stratégies d'intervention qui permettent d'en faciliter, du moins en partie, la reconstruction par l'élève » (31).

Les objectifs d'apprentissages ne sont donc pas prédéfinis par l'enseignant, mais seront déterminés et négociés avec les étudiants, puisque l'étudiant est amené à maîtriser, à gérer et à autoréguler sa démarche d'apprentissage (6).

L'évaluation se fait donc sur le processus d'apprentissage plutôt que sur le résultat, dans un contexte réel, authentique (exemple : réalisation de projets), en faisant appel aux pairs avec diverses mesures d'évaluation, comme le propose Wiggins (1989) (33). Ainsi, des outils, tel que le portfolio, vont permettre à l'étudiant de s'autoévaluer, et à l'enseignant d'orienter l'apprentissage.

FIGURE 3 . ILLUSTRATION DE LA THEORIE SOCIO-CONSTRUCTIVISME D'APRES M. LEBRUN (2007) (34)



2.2. Du paradigme d'enseignement vers un paradigme d'apprentissage

Depuis plusieurs années, nous observons donc un changement dans les processus pédagogiques, puisque nous sommes passés d'une instruction centrée sur l'enseignant, qui possédait le savoir et le transférait vers l'étudiant, à des méthodes centrées sur l'apprenant, qui doit développer dorénavant ses propres moyens pédagogiques. C'est donc une profonde remise en question des pratiques et des conceptions d'enseignement selon Tardif (21).

David Kaufman (35), en 2003, propose une stratégie plus nuancée. Il plaide en faveur d'une double contribution des parties, c'est à dire une responsabilité partagée entre étudiants et enseignants, dont le synergisme serait bénéfique aux deux. Il propose pour cela le terme de paradigme d'apprentissage.

Jouquand et Bail (36) vont reprendre ce concept, en le mettant en comparaison avec le paradigme d'enseignement, et en s'appuyant par ailleurs sur les travaux préexistants de Huba et Freed (37) et de Jacques Tardif (38).

TABLEAU 1. PARADIGME D'ENSEIGNEMENT ET PARADIGME D'APPRENTISSAGE

Paradigme d'enseignement	Paradigme d'apprentissage
Les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs	Les étudiants construisent leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et avec leurs pairs
Les étudiants reçoivent passivement l'information	Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes, de conduite de projets
Les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de réutilisation	Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes (professionnels) authentiques
Le professeur est conçu avant tout comme un dispensateur de savoirs et comme un examinateur	Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme un modèle de rôle explicite
L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont séparés	L'évaluation est enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage
L'évaluation est utilisée essentiellement pour mesurer la quantité des apprentissages	L'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages
L'évaluation privilégie l'obtention de la bonne réponse	L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultat et exploite les erreurs pour développer les apprentissages
Les apprentissages sont mesurés indirectement grâce à des tests plus ou moins standardisés	Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de portfolios
Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants	Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble

Alors pourquoi ce changement de paradigme ?

2.2.1. La pédagogie par objectifs

Au milieu du XXe siècle, devant un afflux d'étudiants, d'une augmentation du savoir, et de la volonté de rigueur et de standardisations, plusieurs programmes d'éducation se sont adaptés à une approche par objectifs, tel que le propose par exemple De Landsheere en 1975 (39), inspiré du behaviorisme et du cognitivisme.

Ainsi cette approche clarifiait les performances désirées, les finalités de la formation et facilitait la planification pédagogique. Elle permettait également l'évaluation d'un grand nombre d'étudiants, et une correction automatisée (QCM par exemple). Rosenshine par exemple, en 1986 (40) soutient qu'un enseignement systématique et explicite est particulièrement adapté à certaines matières, comme la grammaire et la lecture, les mathématiques, les langues étrangères, ou encore au jeune public, ainsi qu'aux élèves en difficultés. Cette hypothèse a d'ailleurs été confirmée par plusieurs études, telles que celle de Jeanne Chall en 2000 (41) ou encore celle de Gersten en 2001 (17,42).

Mais cette méthode d'approche pédagogique présente plusieurs limites. Tout d'abord, elle ne s'intéresse qu'aux résultats et non à l'apprentissage (43), car selon les théories béhavioristes, seuls les modifications des comportements sont une donnée fiable et mesurable, au détriment du processus pour y parvenir. Mais comme le rappellent Carbonneau et Legendre en 2002 (44) : « *La démarche d'appropriation de connaissances par mémorisation de cours, exposés ou lectures, sans travail personnel de compréhension, ne conduit pas à des connaissances véritables, au sens constructiviste du terme, mais à l'enregistrement d'informations relativement superficielles et difficilement réinvesties dans l'activité cognitive générale de l'élève* » .

Il existe également une fragmentation, un morcellement des objectifs pédagogiques, parfois en longues listes sans véritable signification pour l'étudiant (6). On parle alors de *pédagogie à tiroir*, pour reprendre les mots de J-M De Ketele, allant à

l'encontre d'objectifs pédagogiques de haut niveau, c'est-à-dire la résolution de problèmes complexes (45), puisque l'étudiant ne pourra pas faire de liens entre les connaissances abordées. Il y a donc, selon Scallon en 2004 (46) ou encore Lebrun (34), une accumulation de connaissances inertes, non mobilisables.

Pour répondre à ces limites, et depuis les années 80, une nouvelle approche est donc proposée ; l'approche par compétences.

2.2.2. La pédagogie par compétences

Prenant son fondement dans les théories constructivistes, l'approche par compétence tient compte du bagage culturel et social de chaque étudiant.

Une compétence, selon Voorhees (47) , est une *intégration des habiletés, des connaissances et des capacités nécessaires à l'accomplissement d'une tâche spécifique*, faisant donc appel à l'individualité et aux caractéristiques propres de chaque étudiant.

Bellier en 1999 (48) parle de contexte : « *la compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manière intégrée* ».

Cette définition permet d'identifier les caractéristiques qui s'attachent à la notion de compétence (49) :

- une efficacité dans la réalisation d'actes ou la résolution de problème ;
- une contextualisation: opérations se déroulant en situations particulières ;
- une structuration des processus cognitifs mobilisés ;

Pour Gillet (50) et Tardif (43), une compétence est un *système de connaissances organisées en schémas opératoires*, répondant à une *famille de situations*. Ainsi, une compétence donnée permet de résoudre des situations complexes différentes, mais

ayant une caractéristique commune, se différenciant d'une correspondance univoque entre tâche et compétence, rappelant l'approche par objectifs (47).

Pour d'autres auteurs, comme Le Boterf en 2006 (51), une compétence n'est pas seulement un savoir-faire, mais plutôt un *savoir agir*, par l'usage de ressources, qui peuvent être internes (connaissances, expériences attitudes...) ou externes (collègues, base de données, livres référentiels...), associé à un *vouloir-agir*, qui renvoie à la motivation, et enfin associé à un *pouvoir-agir*, c'est à dire un contexte, comme des conditions sociales ou organisationnelles qui rendent possible l'expression de cette compétence.

Jacques Tardif (43) conclut la définition comme suit :

“Une compétence est un savoir agir complexe, prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations”. Il en retire cinq caractéristiques :

- Un caractère intégrateur : chaque compétence nécessite plusieurs ressources.
- Un caractère combinatoire : chaque compétence s'appuie sur une combinaison différenciée de ressources, pour résoudre des problèmes de la même famille de situations.
- Un caractère développemental : chaque compétence se développe tout au long de la vie.
- Un caractère contextuel : chaque compétence est mise en œuvre à partir de contextes particuliers qui orientent l'action.
- Un caractère évolutif : chaque compétence est conçue afin d'intégrer de nouvelles ressources sans être dénaturée.

Les implications pédagogiques de l'approche par compétences, selon la définition que nous venons de voir, doivent donc faire appel à des situations complexes et authentiques, aussi proches possible des caractéristiques des situations que vivent les étudiants, afin de pouvoir développer la compétence et faire un transfert d'apprentissage (47). Ainsi selon Gagné (14), *“si nous voulons que les étudiants soient des penseurs critiques et des personnes capables de solutionner des*

problèmes, alors, il faut les confronter avec des situations où ils ont à faire face à ces problèmes ...».

Cela rompt une nouvelle fois avec les théories behavioristes, qui amènent l'étudiant d'un problème simple vers un problème plus complexe. Tardif (52) propose ainsi qu'aïdés par des interventions pédagogiques adaptées, des situations contextualisées soient d'emblée soumises à l'étudiant afin de créer une compétence transférable.

De ce fait, cette orientation pédagogique permet le développement de l'expertise professionnelle (47,53), tel que le définit Ericsson (54). Selon lui, l'expertise est le niveau le plus abouti de la compétence, évaluée par la capacité, de manière efficace et efficiente, de résoudre un problème de haut niveau. Il indique pour cela plusieurs nécessités :

- Une instruction explicite des personnes à des tâches définies.
- Une rétroaction des performances de la personne (corroborée par l'étude de Needham (55)).
- Un entraînement prolongé fait de répétitions afin d'améliorer graduellement les performances.

A la lumière de ces études, ce paradigme d'apprentissage a progressivement été utilisé, notamment aux Etats-Unis à partir des années 1970, puis au Québec, fin des années 1990 (6). En France, il apparaît dans les programmes d'éducation à travers la loi d'Orientation du 10 juillet 1989 (56) proposée par Lionel Jospin, puis en 2005 avec la publication du « Socle commun de connaissances et de compétences » inscrit dans la loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 (57).

2.2.3. Application dans la formation médicale et nécessité d'un cadre de référence.

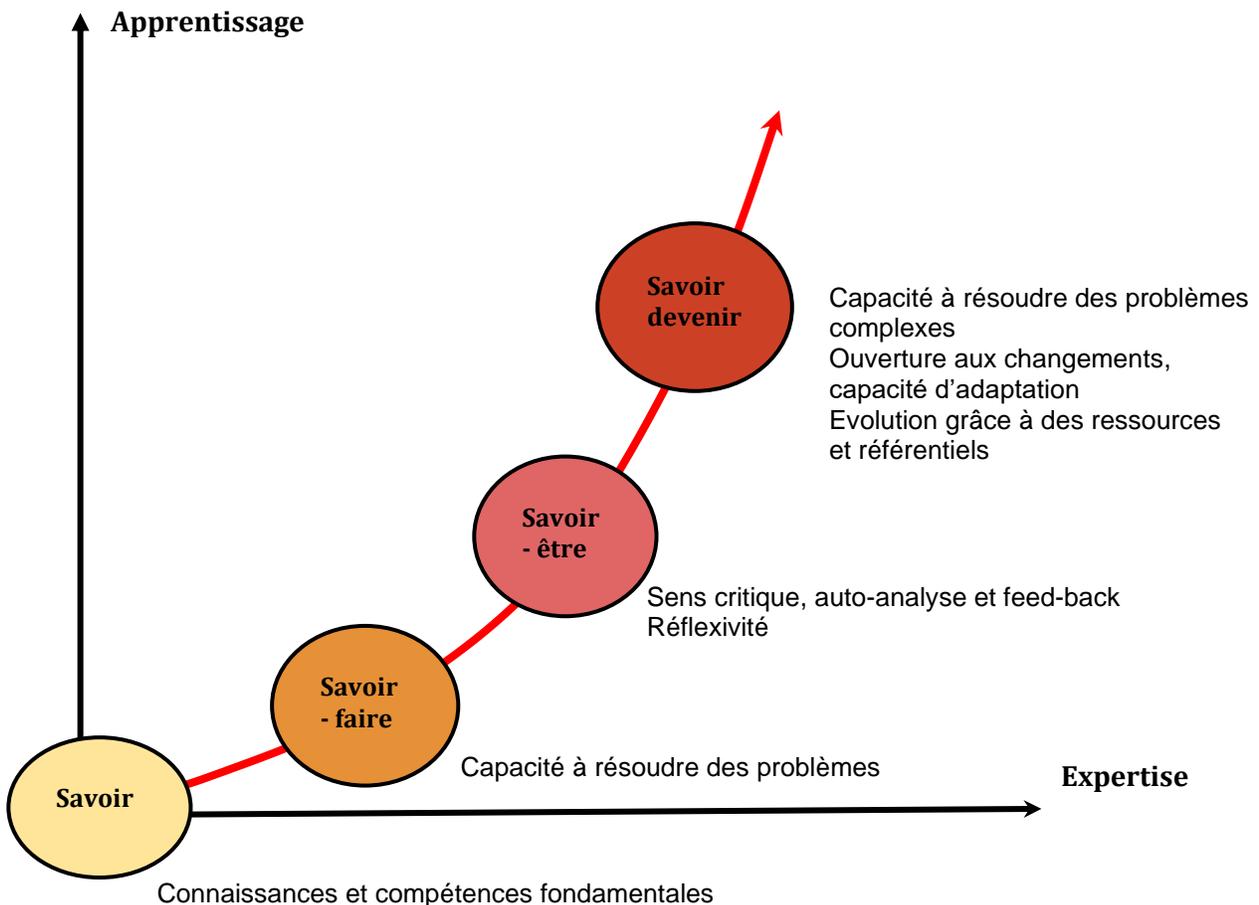
La formation de la médecine générale a adopté cette méthode pédagogique, pour que *“la formation de la médecine générale soit professionnalisante”*, selon le Comité National des Généralistes Enseignants (CNGE) (58).

Pour Georges Miller (59), un médecin compétent doit être « *fonctionnellement adéquat* », c'est à dire qu'il doit avoir des habiletés qui lui permettent de trouver l'information à partir d'une variété de sources, d'analyser et d'interpréter des données parfois à première vue disparates, pour en arriver à une compréhension rationnelle du problème de santé posé et à un plan thérapeutique adéquat. »

Plusieurs auteurs, dont Philippe Bail, Jacques Attali ou encore José Gomes, écrivent également, « *Le modèle que nous visons est celui d'un praticien réflexif, expert de sa discipline, capable de répondre pertinemment aux problèmes de santé multiples, flous et complexes qui se poseront à lui, dans une société en perpétuel mouvement* » (60).

Le graphique ci-dessous schématise l'évolution de l'étudiant, tendant vers l'expertise :

FIGURE 4. EVOLUTION DES OBJECTIFS DE FORMATION AU COURS DE L'APPRENTISSAGE



Ainsi, afin de répondre à cette “fonction adéquate”, à ce “modèle visé”, l’apprentissage doit se baser sur un référentiel-métier consensuel, un cadre de compétences que l’étudiant devra acquérir.

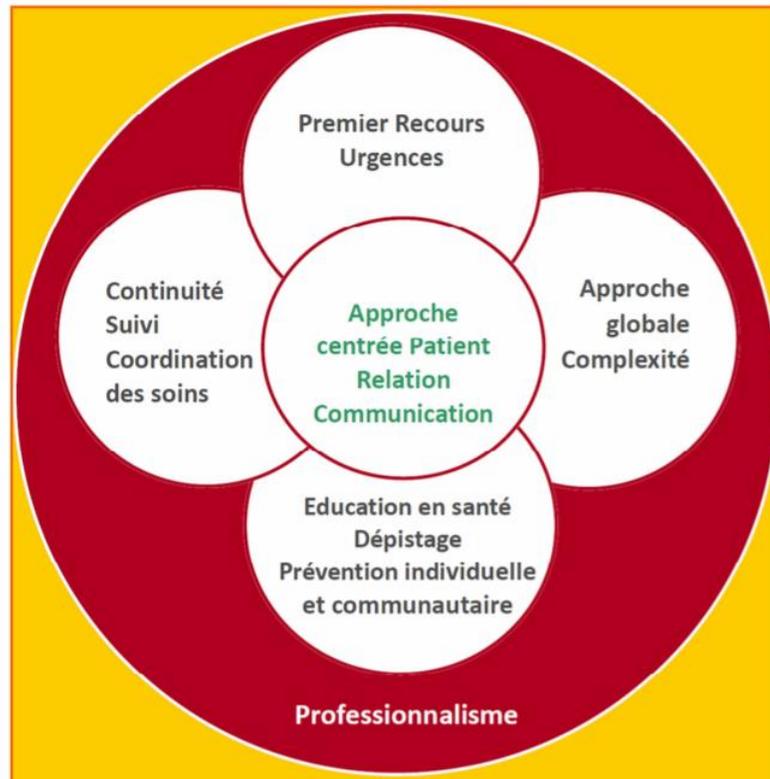
Lors du tronc commun des études médicales, c’est à dire, durant le second cycle, et pour répondre à la nécessité d’acquérir une masse de savoirs scientifiques et de connaissances, les étudiants sont soumis à une pédagogie par objectifs et à des évaluations sanctionnantes (61). Il apparaît que de nombreux étudiants, jeunes savants, éprouvent alors des difficultés à mobiliser leurs connaissances et ressources en situation réelle et complexe (62), notamment lors de leurs troisièmes cycles.

Depuis la réforme licence-master-doctorat (LMD) des études médicales, de nombreuses facultés ont donc fait le choix d’un changement de méthode pédagogique pour le troisième cycle des études médicales, en faveur d’un “apprentissage dans une logique par compétences” (63), s’inspirant des théories constructivistes, et afin notamment de répondre à la demande de l’OMS de “rechercher l’efficacité dans le processus d’apprentissage”, en les mettant précisément face à des situations authentiques (64).

S’appuyant sur le rapport Wonca de 2002 (65), et inspiré du CanMeds canadien (66) et modulé par la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 (67), le Comité National des Généralistes Enseignants (CNGE) a défini un cadre de référence des compétences de la médecine générale en 2005 (68). Il en découle 6 compétences transversales, permettant de répondre à l’ensemble des fonctions attendues d’un médecin généraliste, organisées schématiquement en une marguerite.

- Relation, communication, approche centrée sur le patient,
- Approche globale, prise en compte de la complexité,
- Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire,
- Premier recours, urgences,
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient,
- Professionnalisme,

FIGURE 5. MARGUERITE DU REFERENTIEL METIER ETABLI PAR LE CNGE



Ce référentiel a été adopté par les comités pédagogiques, et a permis un changement dans les plans d'apprentissages régionaux. Ainsi, à Poitiers, l'enseignement de médecine générale, au troisième cycle des études médicales, s'est adapté en 2008 à cette nouvelle référence de compétence du CNGE.

Mais qu'en est-il du second cycle des études médicales ?

2.3 Une approche de la médecine générale dès le second cycle des études médicales

2.3.1 Rappel du déroulement des études médicales

Les études médicales en France, se déroulent sur neuf ans minimum, réparties sur trois cycles.

Elles débutent par une année de PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) avec concours soumis à un numerus clausus, remplacé à partir de la rentrée 2020, par un parcours santé "PASS" (Parcours Accès Santé Spécifique) ou une licence avec option "accès santé".

Elles se poursuivent, et ce, depuis 2005, par un système universitaire de licence - master - doctorat. Ainsi, les étudiants en deuxième et troisième année (DFGSM2, DFGSM3) valident le premier cycle, de grade licence.

S'ensuit le second cycle des études médicales, correspondant au grade master pour les étudiants de quatrième, cinquième et sixième années (DFASM1, 2 et 3), où l'apprentissage en tronc commun est réparti entre un enseignement théorique et un enseignement pratique.

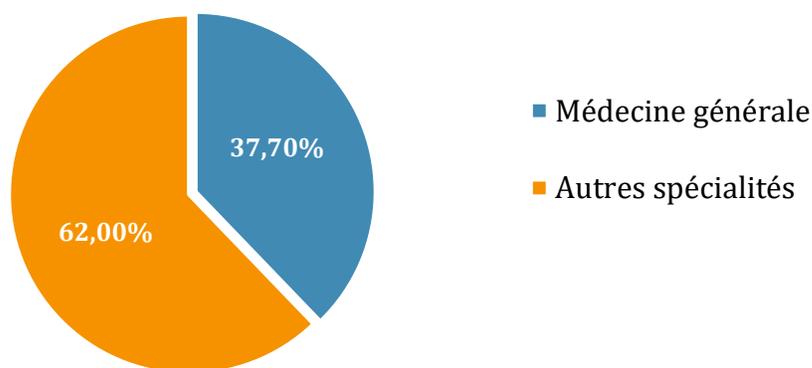
L'ECN (Examen National Classant), en fin de sixième année, valide ce diplôme master, et donne accès aux différentes spécialités, en diplôme des études supérieures ou DES, qui orientent les étudiants vers leurs filières professionnelles et leurs régions de formation.

Ce troisième cycle est donc professionnalisant, et permet aux étudiants de se former dans leurs spécialités respectives, et de soutenir leurs doctorats.

En 2004, la réforme du troisième cycle des études médicales a permis de reconnaître la médecine générale en tant que spécialité (créant le DES de médecine générale), et 37% des étudiants s'orienteront dans cette voie après sanction des Epreuves Classantes Nationales (ECN) (69).

TABLEAU 2 . NOMBRE D'ETUDIANTS EN MEDECINE S'ORIENTANT VERS LA MEDECINE GENERALE AUX ECN (69)

Date	Ratio national médecine générale / nombre total d'étudiants	Pourcentage
ECN 2014	3645 / 8304	43 % (incluant les gériatres, les urgentistes et les angiologues)
ECN 2015	3876 / 8878	43% (incluant les gériatres, les urgentistes et les angiologues)
ECN 2016	3506 / 8123	43% (incluant les gériatres, les urgentistes et les angiologues)
ECN 2017	3099 / 8372	37%
ECN 2018	3254 / 8706	37%
ECN 2019	3388 / 8728	39%

FIGURE 6. PART DE MEDECINS GENERALISTES AUX ECN DEPUIS 2017

Malgré cela, aucun enseignement spécifique de la médecine générale n'est clairement référencé pour les étudiants du second cycle, et les enseignements pratiques et théoriques dépendent de chaque faculté. Pourtant, l'enseignement de la médecine générale est stipulé dans la loi, et renforcé récemment par une nouvelle volonté de réforme des études médicales de l'ancienne ministre de la santé Pr. Agnès Buzyn (70).

L'enseignement de la médecine générale au second cycle est essentiel afin de faire connaître les spécificités de la médecine générale, à la fois aux futurs généralistes, pour leur donner une base pédagogique et un regard éclairé sur leur choix aux ECN, et à la fois aux futurs spécialistes, afin qu'ils puissent avoir une meilleure connaissance de cette spécialité (4,70)

2.3.2 Cadre légal

L'abord de la médecine générale lors du second cycle est inscrit dans la loi du 4 mars 1997 (71), avec l'obligation de réaliser d'un stage pratique ambulatoire. Mais celui-ci ne sera mis en place par les facultés que bien plus tard pour des raisons organisationnelles, notamment du fait de difficultés de recrutement des maîtres de stage. Ainsi, à Poitiers par exemple, le stage pratique n'a été proposé aux étudiants qu'à partir de 2009, et 54% des étudiants inscrits en DFASM 1, 2 et 3 en bénéficieront en 2014 (4). Enfin, et ce depuis la rentrée 2019, le stage a pu devenir obligatoire pour les étudiants inscrit en DFASM 2.

Ainsi l'article 3 de l'arrêté du 4 mars 1997 (71) précise que *“La deuxième partie du deuxième cycle des études médicales est consacrée à l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique. Elle comporte une formation théorique et une formation clinique”* ; l'article 8 poursuit *“La formation clinique comporte une participation à l'activité hospitalière et un stage chez un médecin généraliste. Chaque étudiant doit effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale”*.

Le 10 octobre 2000 (72), un arrêté parait et stipule que *“l'enseignement comporte des thèmes jugés prioritaires, parmi lesquels figure la pratique de la médecine générale”*. .

L'arrêté du 23 novembre 2006 (2) renforce l'arrêté du 4 mars 1997 (71):
"A compter de l'année universitaire 2006-2007, les étudiants de première ou de deuxième année de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales effectuent un stage chez un ou des médecins généralistes appelés "maîtres de stage agréés". Le maître de stage agréé doit exercer son activité professionnelle depuis au moins trois ans.

Les objectifs de stage sont les suivants :

- *Appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en cabinet et la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels ;*
- *Appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire, la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;*
- *Se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale libérale : interrogatoire du patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, détermination d'un diagnostic, prescription et suivi d'une mise en œuvre d'une thérapeutique ;*
- *Se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ;*
- *appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale libérale ;*
- *Comprendre les modalités de gestion d'un cabinet."*

L'arrêté du 8 avril 2013 (3) réaffirme la volonté politique de renforcer la place de la médecine générale dans les programmes théoriques facultaires. Les médecins généralistes ont désormais une place dans les équipes pédagogiques. Ils deviennent des « praticiens agréés maîtres de stage des universités (MSU) » au lieu de « maîtres de stage agréés ». Afin de faciliter le recrutement, la condition d'installation en cabinet pour devenir MSU du second cycle est ramenée de trois ans à un an.

Cet arrêté précise que "les compétences à acquérir sont celles de *communicateur, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante*

pluriprofessionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. Il doit également apprendre à faire preuve de réflexivité.”

Enfin, en décembre 2017, un rapport est remis à la ministre de la Santé d'alors, le Professeur Agnès Buzyn. Il s'agit du rapport Dubois-Randé-Hennion-Imbault (70), qui découle de travaux réalisés par la Conférence des Doyens de Médecine, l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF), et des acteurs de la formation médicale.

Il en ressort treize propositions de réforme des études médicales, avec notamment une intégration accrue de la médecine générale dans la partie théorique du second cycle.

“Il faut que des contenus en lien avec les soins premiers soient prévus dans les programmes et items des futurs examens de deuxième cycle, au même titre que les contenus des autres spécialités. L'augmentation de la place de la médecine générale dans le parcours de formation initiale théorique des futurs médecins et la refonte de la répartition des questions à décliner en deuxième cycle des études de médecine semblent nécessaires”.

2.3.3 Etat des lieux de l'enseignement théorique

- Dans les autres facultés

En 2009, l'enseignement de la médecine générale au cours du second cycle a été étudié lors d'un travail de thèse, à la faculté de Créteil (73).

Il en ressort, pour les vingt-quatre départements de médecine générale (DMG) ayant répondu au questionnaire (sur trente-cinq totaux), un enseignement disparate, parfois optionnel, parfois obligatoire, avec des formes d'enseignement très différentes. Dans les trois quarts des cas, l'enseignement théorique s'organisait en séminaire, et en même temps que le stage ambulatoire pour la majorité. L'évaluation de l'enseignement par les étudiants n'était proposée que pour quatorze DMG sur les vingt-quatre (*Annexe 8*).

Depuis 10 ans, l'état des lieux et l'évaluation de l'enseignement théorique de la médecine générale par les DMG en France n'ont pas été à nouveau effectués, et pourraient faire l'objet d'un nouveau travail de thèse.

On retrouve toutefois quelques informations récentes sur les sites internet des Universités :

A la Faculté de Nantes, par exemple, le stage ambulatoire ne s'effectue qu'en sixième année (DFASM3), et une formation théorique optionnelle est proposée en même temps. Celle-ci est délivrée par les enseignants du DMG, et portent notamment sur la prévention, l'éthique, mais également des enseignements plus disciplinaires comme la dermatologie. Les séances sont enrichies par échanges de pratiques en sous-groupes des étudiants eux-mêmes.

A l'Université Paris Sud, l'enseignement théorique est obligatoire et sera l'objet d'une évaluation validante.

A l'Université de Créteil, le stage ambulatoire est organisé avec une alternance de demi-journées en stage, d'enseignements facultaires et de travaux personnels sur les situations rencontrées en stage. Les enseignements se font par séances interactives, centrées sur des situations concrètes rencontrées en médecine générale, des ateliers d'apprentissage de gestes techniques liés à l'examen clinique, et des ateliers pour mieux gérer la relation médecin-patient.

A la Faculté de Lille, il existe deux formations proposées en lien avec la médecine générale. Un séminaire obligatoire, permettant d'aborder les compétences établies par le CNGE, et un enseignement à choix libre portant sur les spécificités de la médecine générale (communication médecin-malade, éthique, la notion de complexité, éducation thérapeutique...).

A Toulouse, le DMG réalise six enseignements sur des thèmes précis (Patient atteint d'un cancer, le risque cardio vasculaire, la santé de l'enfant, la personne âgée, la santé de la femme, et la santé mentale). Des dossiers progressifs sont proposés aux étudiants sur la plateforme internet de la faculté en amont du cours, sous forme de questionnaires à choix multiples (QCMs).

On observe sur ces quelques exemples toujours une grande disparité d'approches pédagogiques entre les facultés.

- A la Faculté de Médecine de Poitiers

A Poitiers, l'enseignement théorique a été proposé à partir de 2006 aux étudiants de second cycle, sur la base du volontariat. Il s'agissait alors de vingt heures d'enseignement, répartis en séances bimensuelles organisées en groupes d'échanges de pratiques, à partir de situations observées ou vécues par les étudiants. Cet enseignement a eu un impact plutôt modéré, puisque seuls une quinzaine d'étudiants participaient alors à ces enseignements (4).

De plus, de 2006 à 2008, et inspiré du des groupes Balint (74), une formation complémentaire portant sur la relation médecin malade a été organisée et proposée à une quinzaine d'étudiants de troisième année, en les réunissant de façon hebdomadaire avec la collaboration d'enseignants psychiatres.

A partir de 2009, le DMG proposait également un nouveau plan pédagogique, fait de cinq séances de deux heures portant sur des thèmes précis (ci-dessous), mais faute d'intervenants, le projet n'a pu se pérenniser (4).

TABLEAU 3. PROPOSITION D'UN PLAN PEDAGOGIQUE EN 2009

Séance 1	Du motif de consultation au diagnostic de situation
Séance 2	La démarche décisionnelle en médecine générale : construire un projet de soin
Séance 3	Mise en œuvre du projet de soins
Séance 4	Suivi dans le temps, prévention, dépistage
Séance 5	Démarche de formation médicale continue et d'auto-apprentissage

Il n'y aura donc plus eu d'enseignement théorique de la médecine générale au cours du second cycle de médecine de 2009 à 2014 à Poitiers (4).

2.4. Une nouvelle approche pédagogique à Poitiers

A partir d'un mémoire de pédagogie d'un nommé du DMG (4), un groupe de travail constitué de nommés et de MSU volontaires, a permis au DMG de Poitiers de mettre en place une nouvelle approche pédagogique à partir de 2016. Intitulée « Démarche décisionnelle en soins primaires », cette formation, en accord avec la pédagogie du CNGE, et les objectifs du stage ambulatoire de Médecine Générale se basent pour une partie, sur les théories constructivistes et la pédagogie par compétences.

Cet enseignement, obligatoire pour les étudiants, a lieu au début de leur stage de médecine générale, afin de remplir plusieurs objectifs (4):

- La mise en pratique immédiate des apprentissages théoriques, favorisant la motivation des étudiants par contextualisation.
- Une interactivité avec l'apport de situations réelles vécues en stage par les étudiants et étudiées en ateliers.
- L'éclaircissement et l'approfondissement des objectifs spécifiques du stage pratique par un apport théorique et conceptuel.
- L'écriture d'une trace écrite, démontrant l'acquisition de la démarche décisionnelle en médecine générale par l'étudiant.

2.4.1 Déroulement et modalités de l'enseignement

Cet enseignement, organisé sous forme de séminaire, se décline sur une journée entière de 7 heures, idéalement situé dans le premier mois de stage. L'ensemble des étudiants en stage de médecine générale, représentant environ une cinquantaine d'étudiants par trimestre, est ainsi convoqué et divisé en deux groupes.

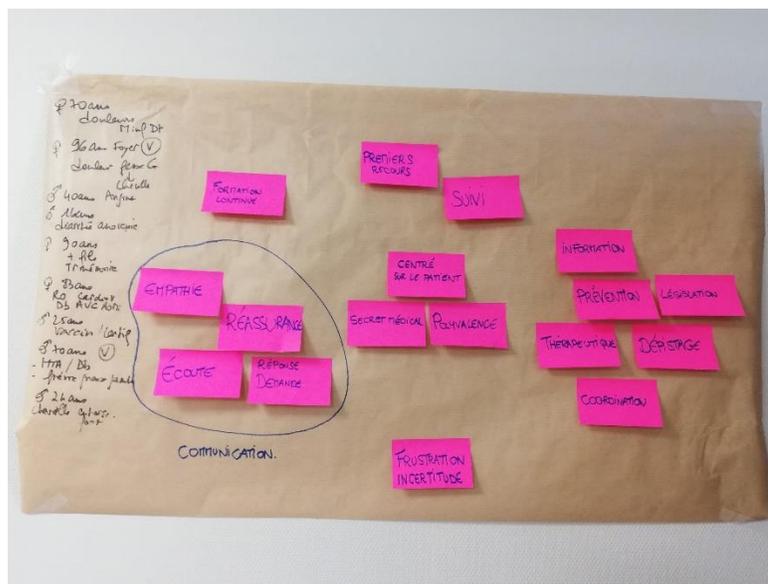
Chaque groupe alterne entre ateliers en petits groupes et séances plénières, animés par un binôme de nommés ou de MSU volontaires (*Annexe 4*).

En amont de l'enseignement, l'étudiant devra, via une fiche de recueil disponible sur l'Environnement Numérique de la faculté, écrire une situation vécue en stage et l'apporter lors de la séance (Annexe 5). Ces situations préparées en amont sont discutées en petits groupes et commentées, à l'aide de divers moyens pédagogiques, notamment par Méta-plan (75).

Photo 1 - Travail en petits groupes, disposition en face à face afin de favoriser l'échange



Photo 2 - Etude d'une situation authentique en Méta-plan



Les séances plénières proposent un exposé théorique, sous forme de diaporamas, permettant d'aborder les concepts théoriques suite aux analyses des situations réelles discutées en ateliers (*Annexe 3*).

Des outils et supports audiovisuels, tels que de courtes vidéos, illustrant des consultations de médecine générale et réalisées par le DMG, sont également utilisées, afin de mettre en lumière par plusieurs exemples comment mener l'entrevue médicale, et la relation soignant - soigné qui en découle. Ces vidéos sont ensuite commentées par les étudiants. Elles permettent une mise en situation concrète, afin de d'impliquer l'étudiant et renforcer sa motivation.

PHOTO 3 - AIDE PEDAGOGIQUE PAR LES OUTILS NUMERIQUES, DIAPORAMAS, FILMS



Ainsi différents moyens pédagogiques sont employés au cours de cette journée, tels que l'étude de cas cliniques, les outils numériques, le métaplan (75), ainsi que des jeux de rôles, pour favoriser la mise en situation des étudiants.

Il y a donc une organisation en trois étapes pour chacun des objectifs pédagogiques qui sont abordés (4):

- Un atelier en petits groupes à l'aide des différents moyens pédagogiques ;
- Un exposé sous forme de diaporama pour aborder les concepts théoriques correspondants ;

- Un débat afin de répondre aux questions restées en suspens.

Les outils et supports de formation restent ensuite à disposition des étudiants après la formation, via l'Environnement Numérique de Travail (ENT) de la faculté, avec les références bibliographiques utilisées.

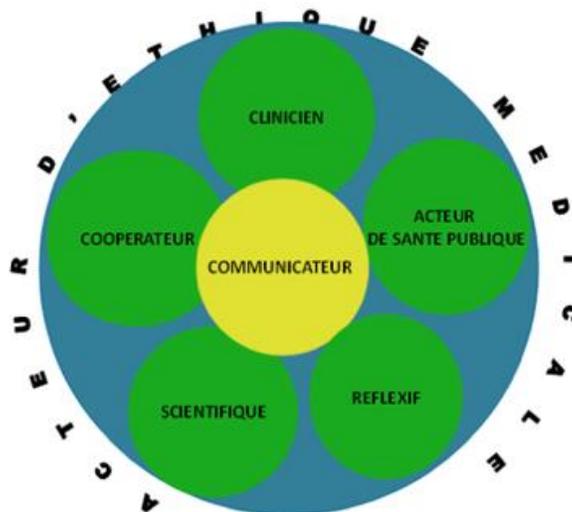
Chaque étudiant est invité à remplir une fiche d'évaluation de la formation sur l'ENT, à la fin de celle-ci, en leur expliquant la démarche à suivre et l'intérêt de cette évaluation pour leur formation. Cette évaluation n'est actuellement pas obligatoire.

A noter également, afin de favoriser la convivialité du groupe, que les pauses sont régulières et agrémentées de quelques jus et café, proposés par les intervenants (*Annexe 6*).

2.4.2 Contenu pédagogique

Les objectifs pédagogiques abordés sont inspirés du référentiel des compétences de la médecine générale (68) et adaptés aux objectifs pédagogiques du second cycle selon l'article 5 de l'arrêté du 8 avril 2013 (3). Le CNGE a ainsi représenté les compétences génériques du second cycle sous forme d'une seconde marguerite.

FIGURE 7. LES COMPETENCES DU MEDECIN GENERALISTE, EN SECOND CYCLE DES ETUDES MEDICALES



Sur ces différentes bases, la formation théorique va ainsi porter sur les six points suivants :

- Identifier les fonctions et des compétences de la médecine générale (Figure 7) ;
- Etablir un diagnostic de situation avec une approche globale, centrée sur le patient, et le modèle bio-psycho-social ;
- Mener une entrevue médicale (Grille de Calgary Cambridge (76)) ;
- Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage (place du non verbal) ;
- Entreprendre une démarche décisionnelle en médecine générale (Carré de White (*Annexe 7*), incertitude diagnostique, démarche *EBM* : Evidence Based Medicine) ;
- Mettre en place un projet de soins centré sur le patient, grâce à une relation médecin-malade harmonieuse.

2.5. Le concept d'Évaluation de l'Enseignement par les Etudiants

2.5.1 Fondement historique

Le concept d'Évaluation de l'Enseignement par les Etudiants (EEE) est né dans l'Enseignement Supérieur anglo-saxon dans les années 1960 (77). Il consiste, selon Detroz, à recueillir l'avis des étudiants sur la qualité des enseignements qu'ils ont suivis, afin de permettre un jugement menant à des régulations (77). Autrement dit, améliorer la qualité d'un enseignement. Elle s'est ensuite progressivement répandue dans les pays européens à partir des années 2000, notamment suite au processus de Bologne, qui a permis de rapprocher les systèmes pédagogiques d'Enseignement Supérieur des Etats Européens (78).

En France, l'EEE apparaît pour la première fois dans la Loi en 1992, dans l'article 24 de l'arrêté du 26 mai, portant sur le diplôme d'études universitaires générales (79). Il sera suivi de plusieurs articles venant le renforcer, tels que l'arrêté du 23 avril 2002

relatif à l'enseignement supérieur de grade licence (80), puis de l'article 26 de l'arrêté du 3 août 2005 relatif au diplôme universitaire de technologie dans l'espace européen (81) ; « *Des procédures d'évaluation des formations et des enseignements sont obligatoirement mises en place. Leurs modalités permettent la participation, selon des formes diversifiées, de l'ensemble des étudiants. Elles favorisent le dialogue nécessaire entre les équipes de formation et les étudiants afin d'éclairer les objectifs et les contenus de formation, d'améliorer les dispositifs pédagogiques et de faciliter l'appropriation des savoirs* ».

Enfin, l'article 15 de l'arrêté du 22 janvier 2014 (82) insiste à nouveau sur cette nécessité pour les établissements d'enseignement supérieur d'organiser « *une évaluation des formations et des enseignements auprès des étudiants, notamment au moyen d'enquêtes régulières* », permettant « *à l'établissement d'apprécier la qualité des formations* ».

Quelques Universités Françaises ont donc depuis mis en place ce dispositif et en détaille publiquement leurs modalités (83,84).

2.5.2 Les bénéfices de l'EEE

Prebble écrit comme ceci en 2005 ; « *les évaluations faites par les élèves comptent parmi les indicateurs les plus fiables et les plus accessibles de l'efficacité de l'enseignement. Bien utilisés, ils peuvent conduire à des améliorations qualitatives dans des pratiques d'enseignement et d'apprentissage* » (85).

Ce type d'évaluation est intéressant pour plusieurs raisons ; il permet :

- De responsabiliser les étudiants sur leurs outils et supports pédagogiques (métacognition) et de devenir partenaires du projet pédagogique (86), à travers l'appropriation des connaissances et des compétences (82).
- D'améliorer le contenu pédagogique, ainsi que les supports proposés et méthodes d'enseignements (82).
- D'éclairer les objectifs de chaque formation et de valoriser les réussites pédagogiques (82).

- De renforcer le lien entre étudiants et enseignants (36,82).
- De favoriser une attitude réflexive des enseignants et intervenants en identifiant leurs forces et leurs faiblesses (86,87), autrement dit améliorer leurs compétences pédagogiques (88).
- De délivrer un apprentissage du développement propice au professionnalisme et à l'expertise.
- De s'inscrire dans une démarche-qualité de la part des institutions facultaires (6).

2.5.3 Une méthode toujours controversée

L'EEE est encore à ce jour utilisée de façon disparate entre les Universités Européennes car faisant l'objet de débats et de controverses.

Tout d'abord, elle fait l'objet de réticences auprès de certains enseignants, qui craignent un contrôle de leurs prestations en jugeant les étudiants peu compétents pour évaluer leurs enseignements (89). Ils ne pensent pas avoir à rendre des comptes, en mettant en avant leurs libertés académiques (88). Ils craignent également des effets pervers de ces évaluations, celui de la démagogie par les enseignants, et celui d'un défoulement par les étudiants (90).

Certains, notamment en Amérique du Nord, dénoncent aussi la possible utilisation administrative de l'EEE, réduit à une procédure bureaucratique de contrôle, ayant des conséquences par exemple sur le recrutement ou le salaire des enseignants (91), plutôt que simplement à visée formative (90), valorisant l'enseignement. L'EEE n'est d'ailleurs pas automatiquement synonyme d'amélioration de la qualité de ces enseignements (92) car il dépend évidemment de la perception, de l'interprétation et de l'utilisation des résultats de ces évaluations.

Il est également critiqué, car perçu par certains comme un outil économique, publicitaire pour l'Université qui la mette en avant, plutôt que comme outil pédagogique (90).

Il est à noter par ailleurs que la validité scientifique de l'EEE n'a pas été mise clairement en évidence à ce jour (77,93). Toutefois, les nombreuses études l'ayant

questionnée n'ont pas non plus prouvé sa non-validité, notamment du fait de la difficulté à définir ce qu'est un enseignement de qualité (77).

Ainsi dans sa revue de littérature en 2008 (77), Pascal Detroz parle de « *faisceau d'arguments* » plaidant en faveur de l'EEE, en s'appuyant notamment sur les méta-analyses de Cohen en 1981 (94) et d'Appolonia et Abrami en 1997 (95).

On prendra soin de noter que les textes officiels cités plus-hauts visent l'évaluation de l'enseignement et non des enseignants, permettant peut-être de combler certaines réticences individuelles.

Pour conclure, l'EEE ne serait donc pas le témoin parfait de la qualité d'un enseignement, mais elle reste à ce jour un indicateur utile et nécessaire, à condition qu'elle reste destinée à un objectif formatif (77). Mise en place par les enseignants eux-mêmes, elle leur offre une prise de conscience de leur impact sur l'apprentissage des étudiants (88). Elle laisse ainsi la parole aux étudiants, et permet de les impliquer dans les processus d'enseignement, dont ils sont les premiers bénéficiaires (96).

2.5.4 Comment évaluer ?

D'après J.H.Barrier (86), quatre domaines doivent être pris en compte dans l'évaluation :

- Les objectifs de l'enseignement ;
- Les moyens et méthodes d'enseignement ;
- Le système d'évaluation de l'enseignement ;
- La gouvernance, c'est-à-dire la capacité de l'institution à gérer, à susciter et à accompagner le changement.

Découlant de cela, l'évaluation peut être donc dichotomisée de cette façon (4):

- L'évaluation des enseignements, incluant l'évaluation des objectifs d'apprentissage, le contenu pédagogique et les moyens d'apprentissages.
- L'évaluation des enseignants, incluant l'organisation et l'interaction.

Le but, ici, de l'évaluation, est d'analyser la satisfaction de l'étudiant, son implication, ainsi que la pertinence de la formation, correspondant au niveau 1 de l'échelle de Kirkpatrick (5). Ce niveau 1 ne garantit pas un apprentissage ou un acquis par la formation. Mais l'intérêt est qu'un nombre important de réponses négatives compromettrait l'apprentissage de l'étudiant, l'objectif étant donc d'obtenir un haut niveau de satisfaction.

Un questionnaire, sous forme d'échelle de Likert, permet de répondre à ces critères du niveau 1. Le questionnaire ici utilisé a fait l'objet d'une évaluation grâce aux travaux de thèses précédentes (97).

3. Matériel et méthode

3.1. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique, réalisée entre octobre 2016 et juin 2019, auprès des étudiants de second cycle des études médicales de la faculté de Poitiers ayant participé au séminaire de médecine générale au cours de leur stage ambulatoire.

3.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la satisfaction globale des étudiants de second cycle des études médicales ayant participé au séminaire de médecine générale.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer les attentes des étudiants et la pertinence des objectifs pédagogiques abordés vus par les étudiants, de trois promotions différentes de second cycle des études médicales.
- Evaluer le sentiment d'amélioration des compétences en post-formation.
- Evaluer l'adhésion des étudiants aux différentes méthodes pédagogiques utilisées.
- Evaluer la satisfaction des étudiants quant à l'animation et à l'intervention des enseignants.

3.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est un nombre de réponses positives supérieur à 80% sur l'ensemble des évaluations de l'enseignement par les étudiants (EEE) après la formation, au moyen d'une échelle de Likert à 6 niveaux, de septembre 2016 à septembre 2017, et d'une échelle de Likert à 4 niveaux, de septembre 2017 à juin 2019, la satisfaction correspond aux réponses « plutôt d'accord », « d'accord », et « tout à fait

d'accord » pour l'échelle à 6 niveaux et « d'accord », « tout à fait d'accord » pour l'échelle à 4 niveaux.

Les critères de jugement secondaires sont :

- L'évaluation des attentes des étudiants ainsi que de la pertinence des objectifs pédagogiques ;
- L'évaluation du sentiment d'amélioration des compétences en post-formation ;
- L'évaluation de l'adhésion des étudiants aux différentes méthodes pédagogiques utilisées ;
- L'évaluation de la satisfaction des étudiants quant à l'animation et à l'intervention des enseignants ;

au moyen d'une échelle de Likert à 6 niveaux, de septembre 2016 à septembre 2017, et d'une échelle de Likert à 4 niveaux, de septembre 2017 à juin 2019 ; la satisfaction correspond aux réponses « plutôt d'accord », « d'accord », et « tout à fait d'accord » pour l'échelle à 6 niveaux et « d'accord », « tout à fait d'accord » pour l'échelle à 4 niveaux. Nous avons là encore fixé le seuil de 80% de réponses positives pour conclure à une satisfaction.

3.4. Population concernée par l'étude

Tous les étudiants du deuxième cycle des études médicales de la faculté de médecine de Poitiers (DFASM 1, 2 et 3) ayant participé au séminaire de médecine générale durant leur stage ambulatoire et ayant répondu au questionnaire sont inclus dans l'étude.

Les étudiants n'ayant pas participé à la formation et n'ayant pas rempli le questionnaire ne sont pas inclus.

Les étudiants ayant insuffisamment complété le questionnaire pour l'exploitation des réponses ou ayant répondu de manière incompréhensible sont exclus de l'étude.

3.5. Déroulement de l'étude

3.5.1. Intervention

Cet enseignement théorique a été réalisé auprès d'étudiants du second cycle (DFASM 1, 2 et 3), à la fin du premier mois de stage chez le praticien libéral de médecine générale. Il y a donc une séance par trimestre.

L'enseignement, organisé sous forme de séminaire de deux groupes d'une vingtaine d'étudiants, est décliné sur une journée entière alternant travail en petits groupes et séances plénières.

Les étudiants sont invités à la fin de la journée à compléter le questionnaire en ligne, disponible sur leur Espace Numérique de Travail (ENT) dans les quinze jours suivant la formation. Cette évaluation n'est pas obligatoire pour sa validation.

3.5.2. Outils d'évaluations

Les outils d'évaluations sont déjà utilisés à la faculté de médecine de Poitiers pour l'évaluation des enseignements du troisième cycle de médecine générale, et leurs performances sont validées par des travaux de thèses (2). Ils ont pu être mise en place dès le début de la formation.

Il s'agit d'une évaluation de satisfaction de niveau 1 sur l'échelle de Kirkpatrick (3), en deux étapes :

Tout d'abord, trois questions ouvertes :

- Citez 3 messages que vous avez retenus lors de ce séminaire ?
- Quelle compétence pensez-vous mettre en œuvre lors de votre retour en stage ?
- Quelles suggestions d'amélioration du séminaire proposez-vous ?

Ensuite, des questionnaires à réponses graduées, selon un modèle de Likert à 6 niveaux (*Annexe 1*) (1 : pas du tout d'accord, 2 : pas d'accord, 3 : plutôt pas d'accord, 4

: plutôt d'accord, 5 : d'accord, 6 : tout à fait d'accord), en évaluant une par une les compétences suivantes :

- l'objectif annoncé a été respecté.
- l'objectif est pertinent pour ma formation.
- la méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension.
- je pense avoir amélioré ma compétence.

Puis en évaluant les enseignants et les supports :

- l'installation a facilité la communication.
- l'animation a favorisé ma participation.
- les documents présentés ou reçus sont pertinents.
- les interventions des enseignants étaient pertinentes.

Ces questionnaires gradués ont évolué en 2017 puisqu'ils ont été remplacés par une échelle de Likert simplifiée à 4 niveaux (*Annexe 2*) (1 : pas du tout d'accord, 2 : plutôt pas d'accord, 3 : plutôt d'accord, 4 : d'accord), en évaluant toujours les compétences citées ci-dessus, une à une, grâce à deux questions :

- Le contenu de l'atelier correspondait-il à mes attentes ?
- La méthode pédagogique utilisée a-t-elle facilité ma compréhension ?

Puis en évaluant les enseignants et les supports :

- Les supports visuels sont-ils appropriés ?
- L'animation des enseignants et l'installation ont-ils favorisé ma participation ?
- Les interventions des enseignants étaient-elles pertinentes ?

3.6. Traitement des données et analyse statistique

3.6.1 Traitement des données

Les évaluations ont été extraites via la plateforme de l'ENT, sous format texte et converties en tableau avec le logiciel Microsoft Excel ((Microsoft Corporation, One Microsoft Way, Redmond, WA 98052-6399, USA).

Les questionnaires étaient nominatifs, et la promotion à laquelle l'étudiant appartenait y était mentionnée.

L'échelle de Likert ayant été modifiée en 2017 passant de 6 à 4 niveaux, nous avons donc dû réaliser deux analyses séparées. L'analyse en sous-groupe s'est effectuée selon les réponses aux questions d'ordre pédagogique, organisationnelle et selon la promotion de l'étudiant.

L'analyse des réponses aux questions concernant la pédagogie de la formation est effectuée selon :

- Les objectifs pédagogiques attendus par les étudiants.
- La pertinence des objectifs pédagogiques abordés perçue par l'étudiant.
- Le sentiment d'amélioration des compétences par les étudiants.

L'analyse des réponses aux questions concernant l'organisation de la formation est effectuée selon :

- Les méthodes pédagogiques utilisées.
- La qualité de l'animation.
- L'évaluation des intervenants.

L'analyse des réponses par promotion est répartie selon les réponses des DFASM 1, 2 et 3.

Pour permettre l'analyse par promotion, nous avons dichotomisé les réponses de la manière suivante :

- Pour l'échelle de Likert à 6 niveaux , les étudiants étaient considérés comme satisfait si leur réponse était « plutôt d'accord », « d'accord », « tout à fait d'accord ». Ils étaient considérés comme insatisfait si leur réponse était « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « plutôt pas d'accord ».
- Pour l'échelle de Likert à 4 niveaux , les étudiants étaient considérés comme satisfait si leur réponse était « d'accord », « tout à fait d'accord ». Ils étaient considérés comme insatisfait si leur réponse était « pas d'accord », « plutôt pas d'accord ».

Les questions ouvertes n'ont pas été modifiées tout au long de l'étude, permettant l'analyse de l'ensemble des étudiants. Elles ont fait l'objet d'une analyse sémantique, en classant par catégorie les réponses des étudiants.

3.6.2. Analyse statistique

Les variables quantitatives seront décrites par leur moyenne et écart-type ou médiane et écart interquartile selon la normalité de la distribution. Les variables qualitatives seront décrites en effectif et pourcentage.

Les variables continues seront comparées par un test t de student ou test U de Mann-Whitney. Les variables qualitatives seront comparées par un test de Chi deux ou test exact de Fisher selon les effectifs (inférieur à 5). Les tests d'indépendance ont été réalisés à l'aide du site <https://biostatgv.sentiweb.fr> (Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique UMRS1136, 27 rue de Chaligny, 75571 Paris Cedex 12, France).

Toutes les analyses ont été effectuées au moyen d'une formulation bilatérale pour un niveau de signification d'erreur de 5 %.

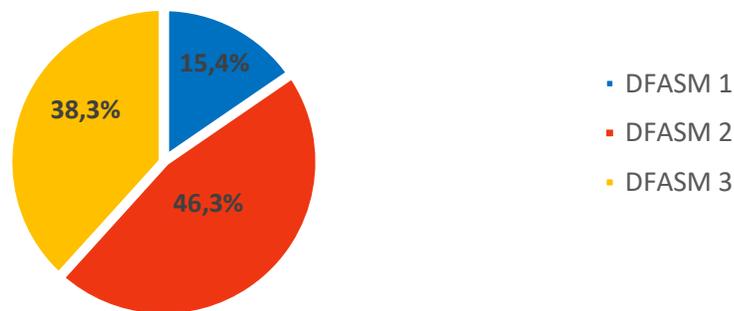
4. Résultats

4.1 Nombres de réponses à l'étude quantitative

4.1.1. Nombre de réponses par promotion

Entre octobre 2016 et juin 2019, un total de 188 questionnaires ont été recueillis auprès des étudiants, dont 29 DFASM3, 87 DFASM2 et 72 DFASM1.

FIGURE 8 – REPARTITION DE LA POPULATION PAR PROMOTION

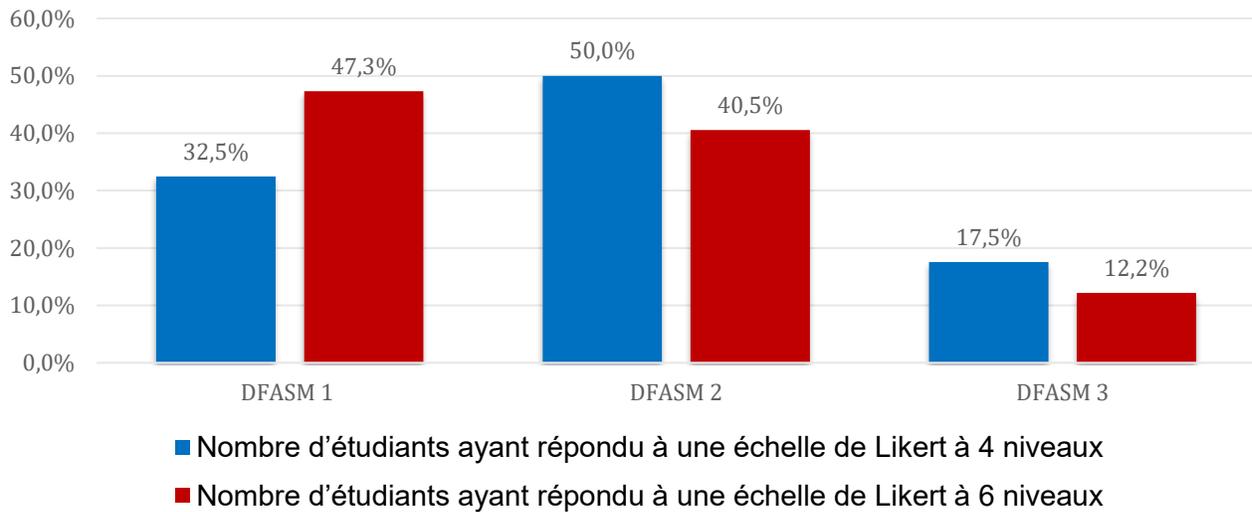


Au total, 74 étudiants (39% de l'effectif) ont répondu à l'aide d'une échelle de Likert à 6 niveaux, et 114 étudiants (61% de l'effectif) ont répondu à l'aide d'une échelle de Likert à 4 niveaux, répartis comme suit par promotion :

TABLEAU 4. REPARTITION DES ETUDIANTS PAR PROMOTION ET PAR ECHELLE REMPLIE

	Nombre d'étudiants ayant répondu à une échelle de Likert à 4 niveaux	Nombre d'étudiants ayant répondu à une échelle de Likert à 6 niveaux
DFASM 1	37	35
DFASM 2	57	30
DFASM 3	20	9
Total	114	74

FIGURE 9. REPARTITION DES ETUDIANTS PAR PROMOTION



4.1.2. Nombre de réponses en fonction du nombre d'étudiants présent à la formation

Entre septembre 2016 et juin 2017, les données de présence des étudiants aux séminaires rapportent la présence de 155 étudiants répartis sur 4 séminaires. 74 questionnaires ont été récoltés durant cette période, correspondant à 48% des effectifs.

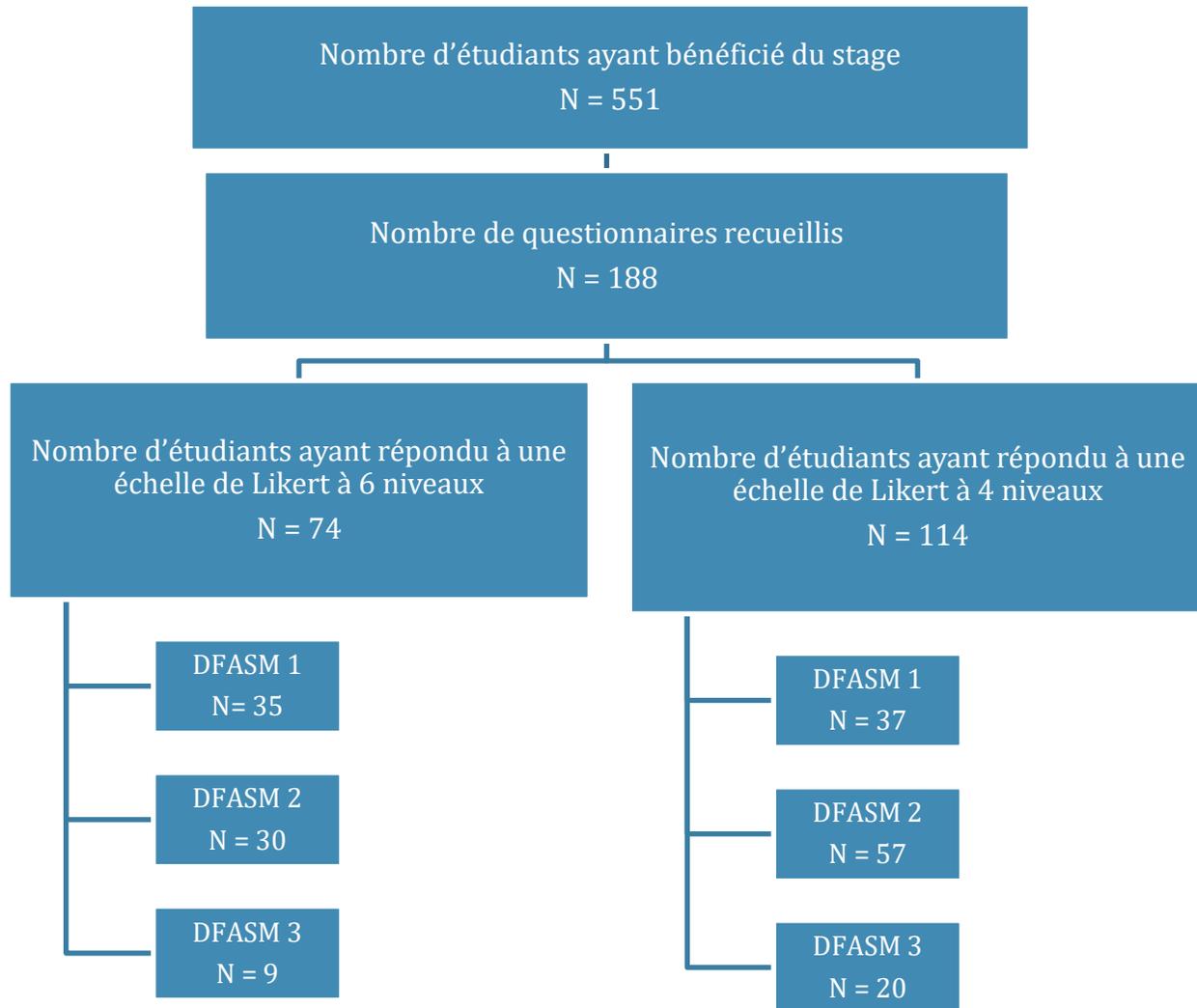
Entre septembre 2017 et juin 2019, les données de présence des étudiants aux séminaires sont incomplètes, ne permettant pas de conclure, sans extrapolation, aux nombres d'étudiants présents. 114 questionnaires ont été récoltés durant cette période.

TABEAU 5. NOMBRE DE REPNSES EN FONCTION DU NOMBRE PRESENT A LA FORMATION

	Echelle de Likert à 6 niveaux Septembre 2016 à juin 2017	Echelle de Likert à 4 niveaux Septembre 2017 à juin 2019
Etudiants inscrits au stage	165	386
Etudiants présents au séminaire	155 (94%)	X
Nombre de questionnaires recueillis	74 (48%)	114

4.1.3. Présentation de la population par Flow Chart

FIGURE 10. FLOW CHART



4.2. Nombres de réponses à l'étude qualitative

- Pour la question ouverte N°1 : « Citez 3 messages que vous avez retenus lors de ce séminaire ? »

186 réponses ont été récoltées au total. Parmi celles-ci, 5 sont ininterprétables par l'absence de réponse des étudiants concernés. Au total 181 questionnaires ont été analysés sémantiquement, et rangés par objectifs pédagogiques abordés lors de la formation. Les consignes n'ont, pour la majorité des étudiants, pas été respectées, avec un nombre de messages retenus durant le séminaire allant de 0 à 6 par réponses.

TABLEAU 6. ANALYSE DES MOTS-CLES A LA QUESTION OUVERTE N°1

Objectifs pédagogiques	Exemples de mots-clés retrouvés dans les réponses des étudiants
Identification des fonctions et des compétences de la médecine générale :	« <i>compétences</i> », « <i>premier recours</i> », « <i>coordination des soins</i> »
Etablir un diagnostic de situation avec une approche globale, centrée sur le patient, et le modèle bio-psycho-social	« <i>OPE</i> », « <i>BPS</i> », « <i>Prendre en charge le patient dans sa globalité</i> », « <i>diagnostic de situation</i> »
Mener une entrevue médicale	« <i>Calgary-Cambridge</i> », « <i>respecter le temps</i> » « <i>écoute active</i> »
Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage	« <i>non verbal</i> », « <i>non-dit</i> », « <i>gestuelle</i> », « <i>empathie</i> »
Démarche décisionnelle en médecine générale	« <i>Carré de White</i> », « <i>incertitude diagnostique</i> », « <i>EBM</i> »
Mettre en place d'un projet de soins	« <i>prise en charge centré sur le patient</i> », « <i>impliquer le patient dans la prise en charge</i> », « <i>suivi</i> », « <i>négociation</i> », « <i>partenariat</i> »

- Pour la question ouverte N°2 : « Quelle compétence pensez-vous mettre en œuvre lors de votre retour en stage ? ».

186 réponses ont été obtenues au total, dont 4 ininterprétables du fait d'erreur du logiciel de validation sur l'ENT. L'absence de réponse de la part de l'étudiant n'ayant pas été comptée comme un critère d'exclusion si les réponses 1 et 3 ont été remplies. Ainsi, 182 questionnaires ont été analysés sur le plan sémantique, et classés par mots-clés. Le nombre de réponses par étudiants a été très variable là encore, ne se limitant pas à une compétence citée, mais variant de 0 à 4 par étudiant.

TABLEAU 7. ANALYSE DES MOTS-CLES A LA QUESTION OUVERTE N°2

Compétence apportée par la formation estimée par l'étudiant	Exemples de mots-clés retrouvés dans les réponses des étudiants
Savoir faire un diagnostic de situation, et tenir compte du contexte biopsychosocial	<i>« s'intéresser plus au contexte psychosocial », « accorder plus de temps à l'environnement », « vision plus globale des choses »</i>
Tenir compte de la communication non verbale du praticien et du patient	<i>« être plus attentif au comportement », « faire plus attention aux mimiques », « travail de la communication », « faire attention au non verbal »</i>
Améliorer de la gestion de l'entrevue	<i>« structurer mes prochaines consultations », « laisser de la place et du temps », « Me rapprocher le plus possible des critères de Calgary Cambridge »</i>
Améliorer le suivi et la coordination des soins	<i>« revoir le patient »</i>
Réaliser une démarche EBM	<i>« EBM »</i>
Améliorer l'éducation thérapeutique et prévention. Responsabiliser le patient dans la prise en charge, Etablir un projet de soin	<i>« prendre plus de temps dans l'information délivrée », « notion de compromis », « être positive », « encourager »</i>
« Aucun apport de la formation » ou absence de réponse	<i>« aucun », « rien », « ??? » « pas grand-chose »</i>

4.3. Résultats de la satisfaction globale

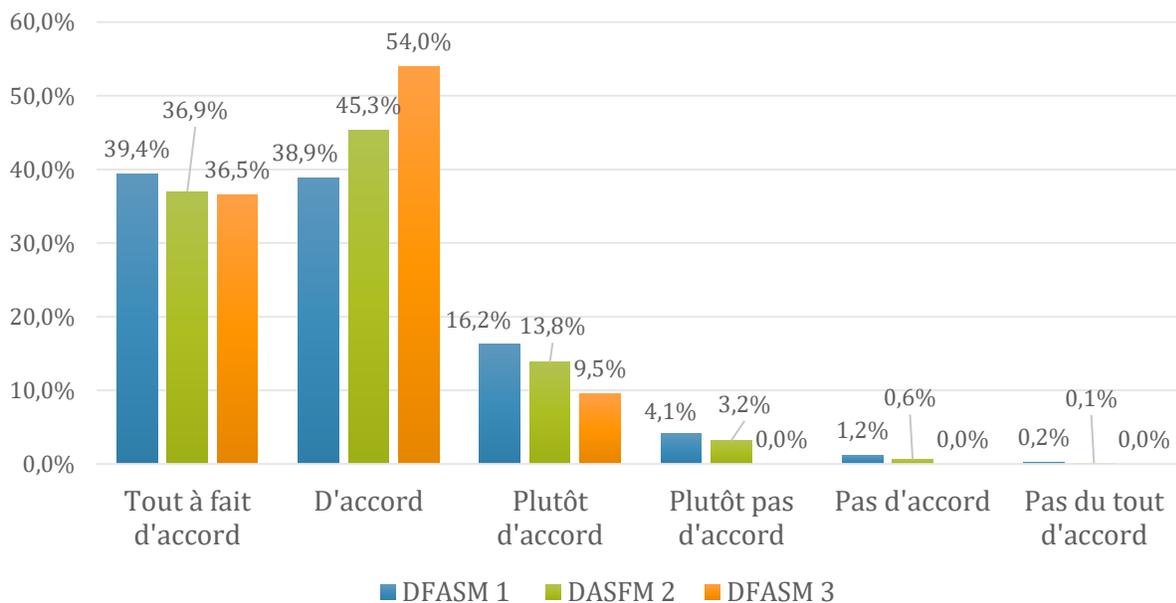
- Analyse de l'échelle de Likert à 6 niveaux (n=74)

Cette analyse résulte de la somme des réponses aux 28 questions aux questionnaires.

TABEAU 8. SOMME DES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES PAR PROMOTION (ECHELLE A 6N)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
DFASM 1	386	381	159	40	12	2
DASFM 2	310	380	116	27	5	1
DFASM 3	92	136	24	0	0	0

FIGURE 11. ANALYSE DE L'ENSEMBLE DES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES PAR PROMOTION (ECHELLE A 6N)



L'analyse retrouve **95.8% d'avis positifs contre 4.2% d'avis négatifs**, toutes questions confondues. Le test d'indépendance de Chi deux ne met en valeur aucune différence significative des DFASM 1 comparé aux autres promotions ($p < 0.05$), ni des DFASM2 comparé aux autres promotions ($p = 0.7$). L'absence de réponses négatives dans la

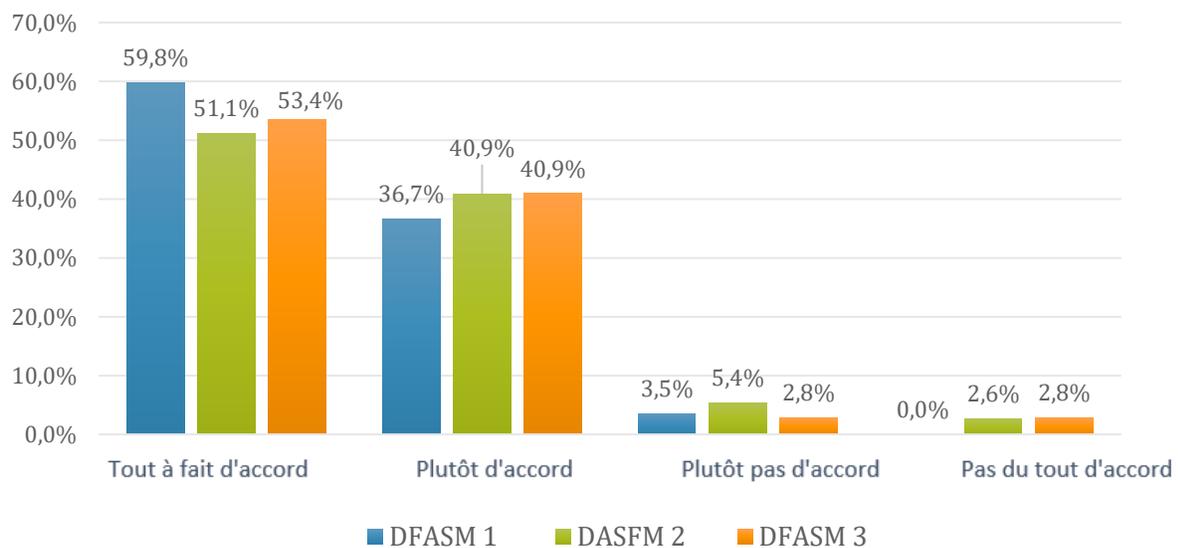
promotion DFASM3 ne nous a pas permis une analyse par test d'indépendance de Chi deux ou de Fisher.

- Analyse de l'échelle de Likert à 4 niveaux (n=114)

TABLEAU 9. SOMMES DES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES PAR PROMOTION (ECHELLE A 4N)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
DFASM 1	354	217	21	0
DASFM 2	466	373	49	24
DFASM 3	171	131	9	9

FIGURE 12. ANALYSE DE L'ENSEMBLE DES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES PAR PROMOTION (ECHELLE A 4N)



L'analyse, à l'aide du test d'indépendance de Chi deux, ne met en valeur **aucune différence significative par promotion** ($p < 0.05$), avec **93.9% d'avis positifs contre 6.1% d'avis négatifs**, toutes questions confondues.

4.4. Résultats des questions pédagogiques

4.4.1. Question sur les attentes des étudiants

- Analyse de l'échelle de Likert à 6 niveaux (n=74)

Cette question n'a pas été abordée dans le premier questionnaire fourni aux étudiants.

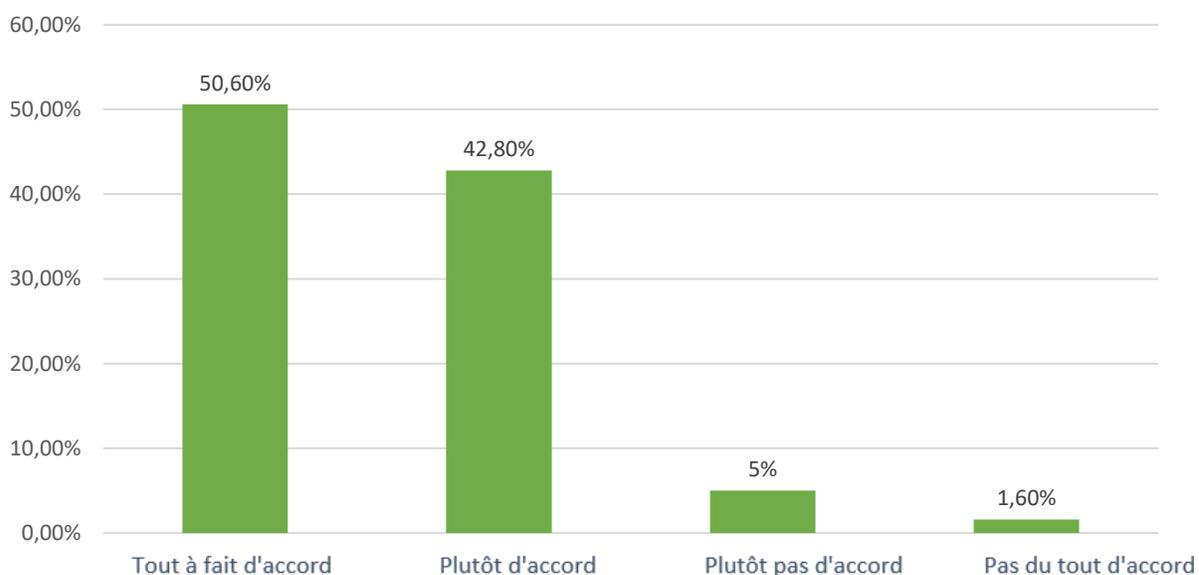
- Analyse de l'échelle de Likert à 4 niveaux (n=114)

Les 6 réponses au questionnaire portant sur les attentes des étudiants par objectifs ont été analysées ensemble, soit 684 réponses totales.

TABLEAU 10. RESULTATS DES ATTENTES DES ETUDIANTS TOUT OBJECTIFS CONFONDUS (N=684)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
DFASM 1 (n=222)	128	87	7	0
DFASM 2 (n=342)	157	156	22	7
DFASM 3 (n=120)	61	50	5	4
Total (n=684)	346	293	34	11

FIGURE 13. ANALYSE DES ATTENTES DES ETUDIANTS TOUT OBJECTIFS CONFONDUS



Le test d'indépendance de Chi deux, ne met en valeur **aucune différence significative dans l'attente des étudiants** à la formation, en fonction de la promotion, tous objectifs pédagogiques confondus ($p < 0.05$), avec **93.4% d'avis positifs contre 6.6% d'avis négatifs**.

4.4.2. Question sur la pertinence des objectifs pédagogiques pour la formation

- Analyse de l'échelle de Likert à 6 niveaux (n=74)

Les 6 réponses au questionnaire portant sur la pertinence des objectifs pédagogiques ont été analysés ensemble, soit 444 réponses totales.

TABLEAU 11 . RESULTATS DU SENTIMENT DE PERTINENCE DES OBJECTIFS PEDAGOGIQUE ABORDE (N=444)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
DFSAM1 (n=210)	110	74	25	1	0	0
DFSAM2 (n=180)	87	74	18	1	0	0
DFSAM3 (n=54)	22	30	2	0	0	0
Total (n=444)	219	178	45	2	0	0

FIGURE 14 - ANALYSE DU SENTIMENT DE PERTINENCE DES OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

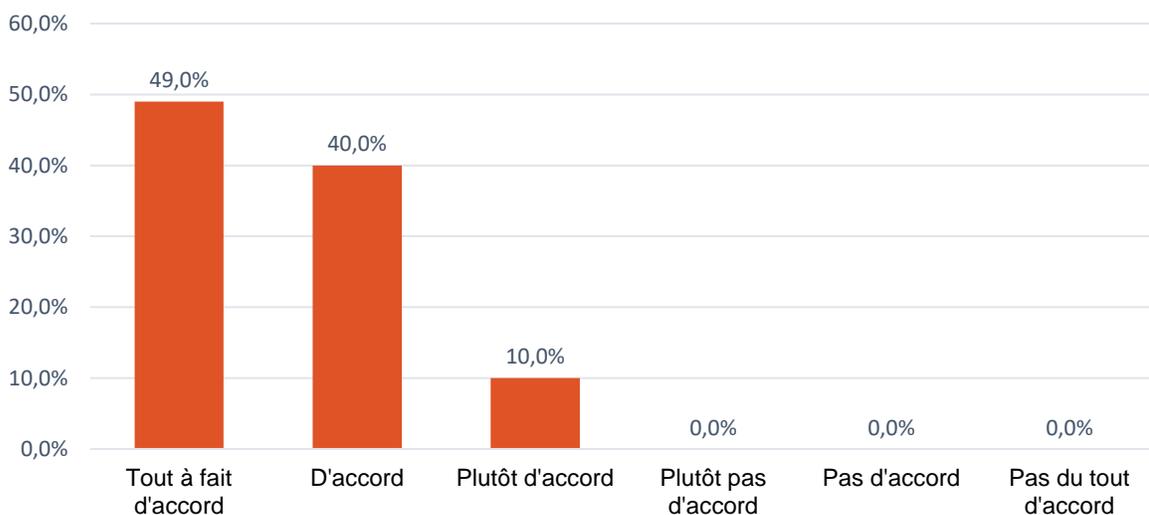


TABLEAU 12. RESULTATS DU SENTIMENT DE PERTINENCE PAR PROMOTION ET PAR OBJECTIFS

		Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Identifier les fonctions et les compétences de la MG	DFASM1	14	14	7	0	0	0
	DFASM2	13	11	6	0	0	0
	DFASM3	4	5	0	0	0	0
Poser un diagnostic de situation	DFASM1	19	11	5	0	0	0
	DFASM2	17	10	2	1	0	0
	DFASM3	4	5	0	0	0	0
Mener une entrevue médicale	DFASM1	22	9	4	0	0	0
	DFASM2	14	12	4	0	0	0
	DFASM3	3	6	0	0	0	0
Communiquer avec les patients de façon appropriée	DFASM1	21	11	3	0	0	0
	DFASM2	19	11	0	0	0	0
	DFASM3	4	4	1	0	0	0
Prendre une décision selon la démarche EBM	DFASM1	16	15	3	1	0	0
	DFASM2	11	16	3	0	0	0
	DFASM3	3	6	0	0	0	0
Mettre en œuvre un projet de soin	DFASM1	18	14	3	0	0	0
	DFASM2	13	14	3	0	0	0
	DFASM3	4	4	1	0	0	0
	Total	219	178	45	2	0	0

Le nombre de réponses négatives étant extrêmement minoritaire, c'est-à-dire 2 réponses négatives toutes promotions confondues sur 444 réponses totales, correspondant à **99.5% de réponses positives**, nous n'avons pas pu réaliser d'étude comparative entre promotions et par question pédagogique, à l'aide des tests d'indépendance de *Chi deux* ou *Fischer*.

- Analyse de l'échelle de Likert à 4 niveaux (n=114)

Cette question n'a pas été abordée dans le second questionnaire fourni aux étudiants.

4.4.3. Question sur le sentiment d'amélioration des compétences

- Analyse de l'échelle de Likert à 6 niveaux (n=74)

Les 6 réponses au questionnaire portant sur le sentiment d'amélioration des compétences ont été analysées ensemble, soit 444 réponses totales.

TABEAU 13. RESULTATS DU SENTIMENT D'AMELIORATION DES COMPETENCES TOUT OBJECTIFS CONFONDUS (N=444)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
DFSAM1	52	88	48	12	8	2
DFSAM2	40	83	44	11	1	1
DFSAM3	13	31	10	0	0	0
Total	105	202	102	23	9	3

FIGURE 15. ANALYSE DU SENTIMENT D'AMELIORATION DES COMPETENCES APRES LA FORMATION, TOUTES PROMOTIONS ET QUESTIONS CONFONDUES

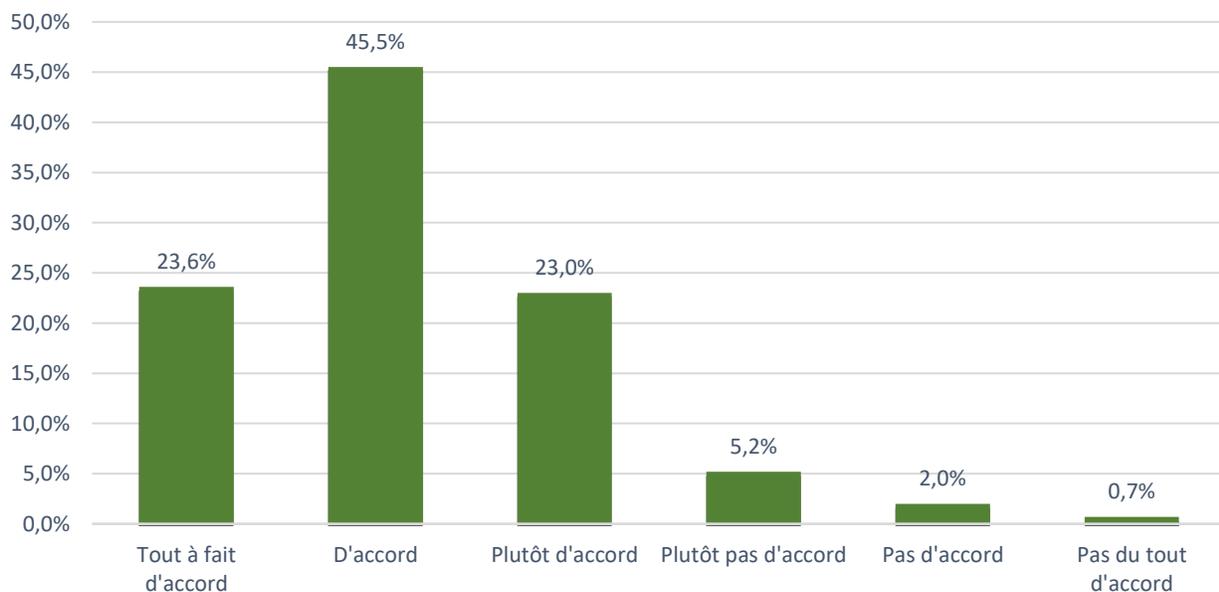


TABLEAU 14 . RESULTATS DU SENTIMENT D'AMELIORATION DES COMPETENCES APRES LA FORMATION

		Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Identifier les fonctions et les compétences de la MG	DFASM1	9	15	7	2	2	0
	DFASM2	3	18	8	1	0	0
	DFASM3	3	5	1	0	0	0
Poser un diagnostic de situation	DFASM1	11	15	7	1	1	0
	DFASM2	10	14	5	0	0	1
	DFASM3	2	5	2	0	0	0
Mener une entrevue médicale	DFASM1	8	13	10	2	2	0
	DFASM2	7	11	9	3	0	0
	DFASM3	1	7	1	0	0	0
Communiquer avec les patients de façon appropriée	DFASM1	9	14	9	1	1	1
	DFASM2	8	12	7	3	0	0
	DFASM3	3	3	3	0	0	0
Prendre une décision selon la démarche EBM	DFASM1	8	16	6	4	0	1
	DFASM2	6	15	6	2	1	0
	DFASM3	3	4	2	0	0	0
Mettre en œuvre un projet de soin	DFASM1	7	15	9	2	2	0
	DFASM2	6	13	9	2	0	0
	DFASM3	1	7	1	0	0	0
	Total	105	202	102	23	9	3

Le test d'indépendance de Chi deux, ne met en valeur aucune différence significative dans l'amélioration des compétences, tous objectifs pédagogiques confondus ($p = 0.08$), entre la promotion de DFASM1 et les autres promotions DFASM2 et DFASM 3, avec **92.1% d'avis positifs contre 7.9% d'avis négatifs**. L'analyse comparative de toutes les promotions n'a pas été rendue possible du fait de l'absence de réponses négatives pour la promotion DFASM3.

- Analyse de l'échelle de Likert à 4 niveaux (n=114)

Cette question n'a pas été abordée dans le second questionnaire fourni aux étudiants

4.5. Questions organisationnelles

4.5.1 Question sur les méthodes pédagogiques

Les méthodes pédagogiques utilisées ont-elles facilité ma compréhension ?

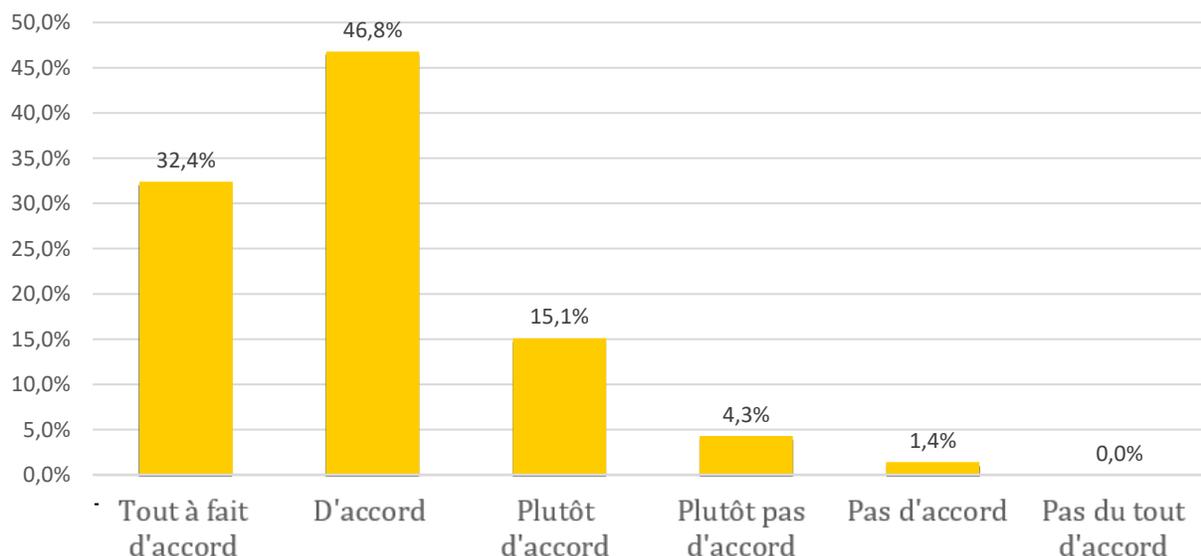
- Analyse de l'échelle de Likert à 6 niveaux (n=74)

Les 6 réponses au questionnaire portant sur les méthodes pédagogiques ont été analysées ensemble, soit 444 réponses totales.

TABLEAU 15. RESULTATS DES METHODES PEDAGOGIQUES, TOUTES PROMOTIONS ET QUESTIONS CONFONDUES (ECHELLE A 6N) N = 444

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Total des réponses (n=444)	144	208	67	19	6	0

FIGURE 16. ANALYSE DES METHODES PEDAGOGIQUES TOUTE PROMOTION ET QUESTIONS CONFONDUES (ECHELLE A 6 NIVEAUX)



Nous avons réalisé une étude par outil pédagogique : jeux de rôles, cas clinique, vidéos et métaplan :

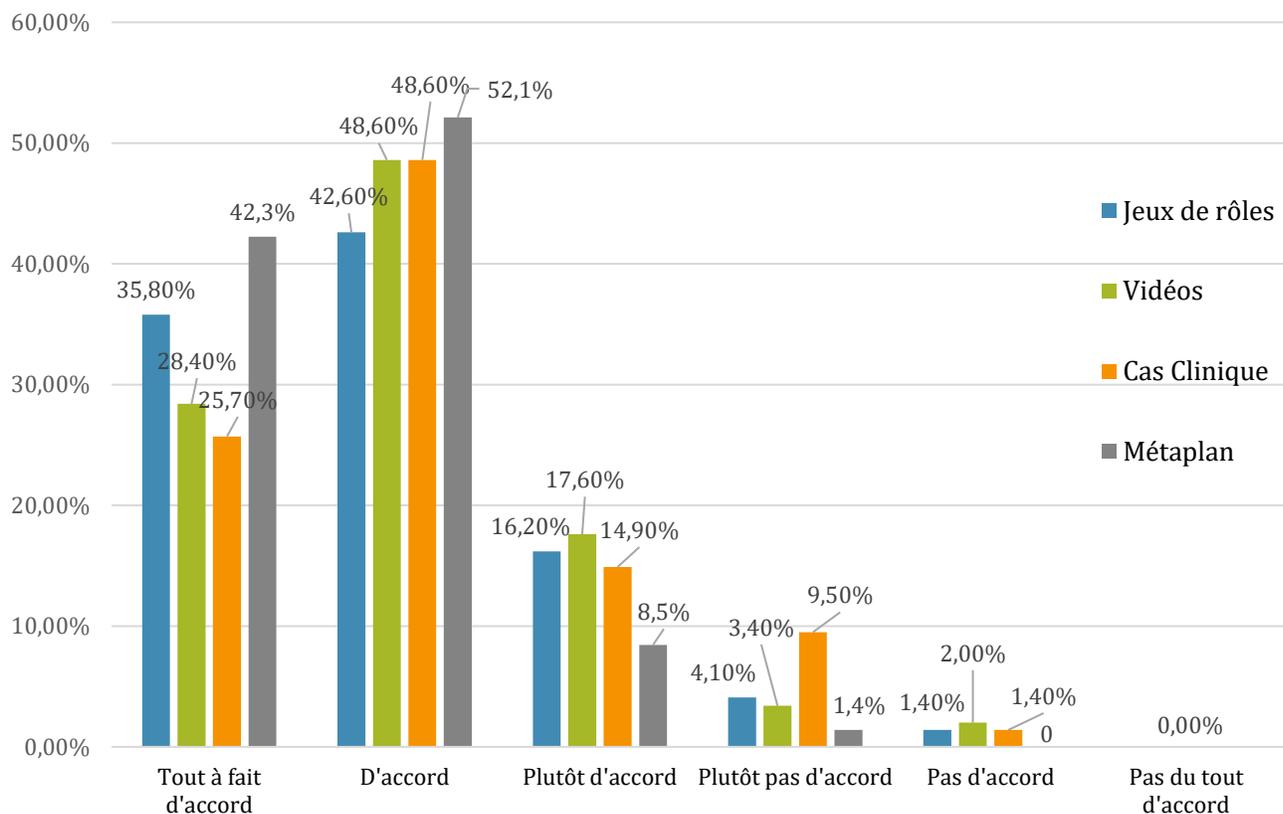
- L'analyse de l'usage de jeux de rôles correspond à l'interprétation des deux questions sur la méthode pédagogique employée pour le diagnostic de situation et du projet de soin.

- L'analyse de l'usage des vidéos correspond à l'interprétation des deux questions sur la méthode pédagogique employée pour mener une entrevue et la communication.
- L'analyse de l'usage des cas cliniques correspond à l'interprétation de la question sur la méthode pédagogique employée pour la démarche EBM.
- L'analyse de l'usage du méta-plan correspond à l'interprétation de la question sur la méthode pédagogique employée pour les fonctions du médecin généraliste.

TABEAU 16. RESULTATS DES METHODES PEDAGOGIQUES PAR OUTIL ET PAR PROMOTION (ECHELLE A 6N)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Jeux de rôles (n=148)	53	63	24	6	2	0
Vidéos (n=148)	42	72	26	5	3	0
Cas clinique (n=74)	19	36	11	7	1	0
Méta-plan (n=74)	30	37	6	1	0	0

FIGURE 17. ANALYSE DES METHODES PEDAGOGIQUES PAR OUTIL ET PAR PROMOTION (ECHELLE A 6N)



On retrouve **94.4% de réponses positives, toutes méthodes confondues**. L'analyse statistique comparative n'a pas démontré de supériorité d'une méthode pédagogique par rapport à une autre ($p = 0.23$), excepté pour le métaplan qui n'a pas pu être analysé dans les test d'indépendance du fait d'un faible effectif négatif.

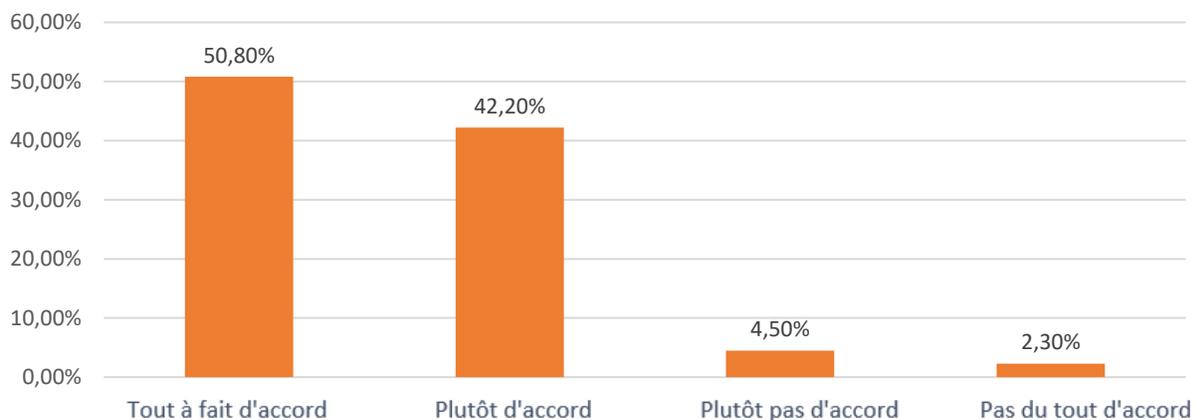
- Analyse de l'échelle de Likert à 4 niveaux (n=114)

Les 6 réponses au questionnaire portant sur les méthodes pédagogiques ont été analysées ensemble, soit 684 réponses totales.

TABLEAU 17. RESULTATS DES METHODES PEDAGOGIQUES, TOUTES PROMOTIONS ET QUESTIONS CONFONDUES (ECHELLE A 4N) N = 684

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Total des réponses (n=684)	348	289	31	16

FIGURE 18. ANALYSE DES METHODES PEDAGOGIQUES TOUTES PROMOTIONS ET QUESTIONS CONFONDUES (ECHELLE A 4N) N = 684



Nous avons réalisé une étude par outil pédagogique : jeux de rôles, cas cliniques, vidéos et métaplan :

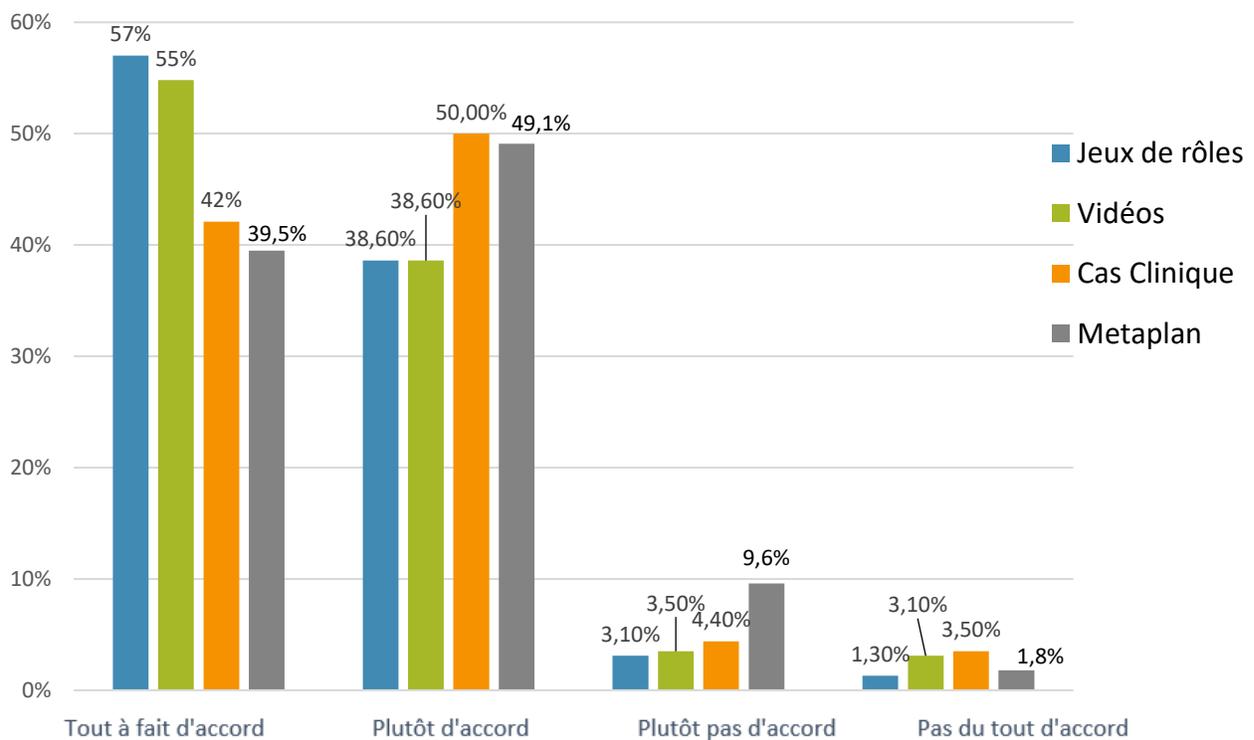
- L'analyse de l'usage de jeux de rôles correspond à l'interprétation des deux questions sur la méthode pédagogique employée pour le diagnostic de situation et du projet de soin.
- L'analyse de l'usage des vidéos correspond à l'interprétation des deux questions sur la méthode pédagogique employée pour mener une entrevue et la communication.

- L'analyse de l'usage des cas cliniques correspond à l'interprétation de la question sur la méthode pédagogique employée pour la démarche EBM.
- L'analyse de l'usage du métaplan correspond à l'interprétation de la question sur la méthode pédagogique employée pour les fonctions du médecin généraliste.

TABLEAU 18. RESULTATS DES METHODES PEDAGOGIQUES PAR OUTIL ET PAR PROMOTION (ECHELLE A 4N)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Jeux de rôles (n=228)	130	88	7	3
Vidéos (n=228)	125	88	8	7
Cas clinique (n=114)	48	57	5	4
Métaplan (n=114)	45	56	11	2

FIGURE 19. ANALYSE DES METHODES PEDAGOGIQUES PAR OUTIL ET PAR PROMOTION (ECHELLE A 4N)



Nous retrouvons **93.1% de réponses positives, toutes méthodes pédagogiques confondues**. Nous n'avons pas mis en valeur de supériorité d'une méthode par rapport à une autre aux analyses statistiques comparatives, réalisées à l'aide du test d'indépendance de Chi-deux ($p=0.10$). Les jeux de rôles, plébiscités lors des réponses aux questions ouvertes, n'ont pas montré de supériorité par rapport aux autres méthodes ($p=0.097$)

4.5.2 Question sur l'animation

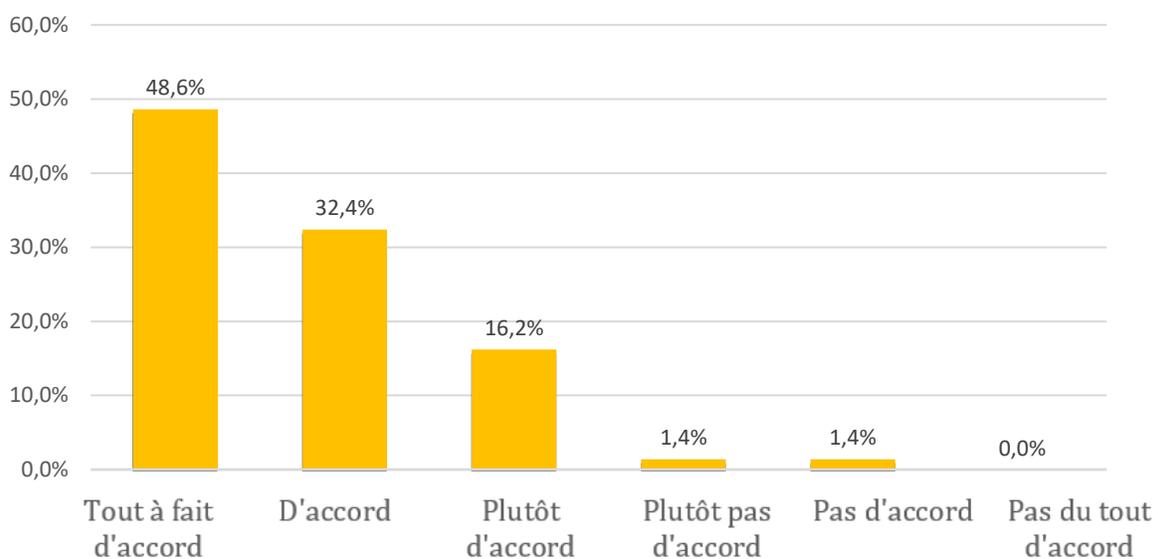
- Analyse de l'échelle de Likert à 6 niveaux (n=74)

L'animation des enseignants et l'installation ont-ils favorisé ma participation ?

TABLEAU 19 . RESULTATS DE L'ANIMATION (ECHELLE A 6N)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Total des réponses (n=74)	36	24	12	1	1	0

FIGURE 20. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ANIMATION (ECHELLE A 6N)



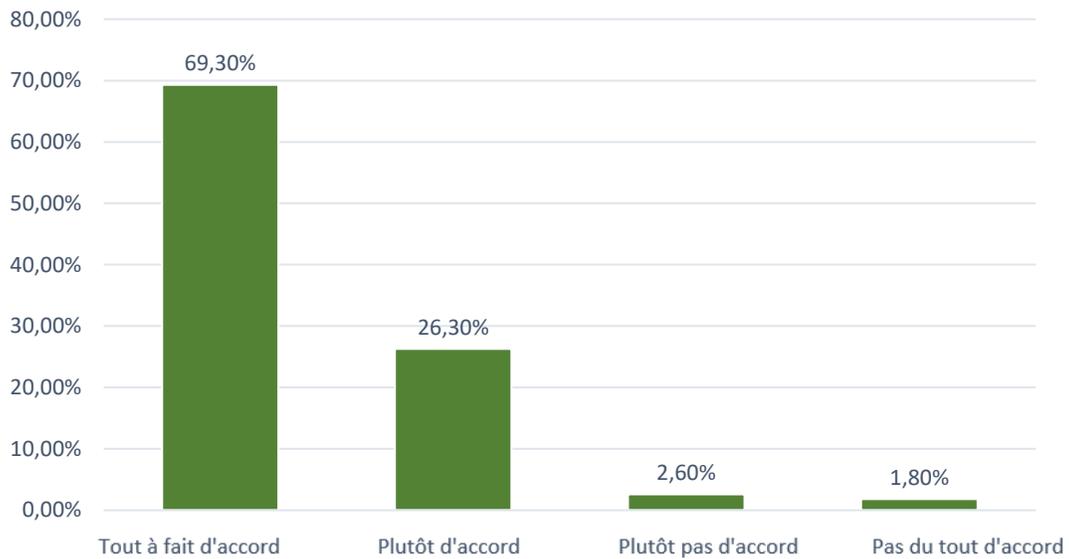
Il en ressort **97.3% d'avis positifs et 2.3% d'avis négatifs**.

- Analyse de l'échelle de Likert à 4 niveaux (n=114)

TABLEAU 20 . RESULTATS DE L'ANIMATION (ECHELLE A 4N)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Total des réponses (n=114)	79	30	3	2

FIGURE 21. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ANIMATION (ECHELLE A 4N)



Il en ressort **95.6% d'avis positifs contre 4.4% d'avis négatifs.**

4.5.3 Question sur les intervenants

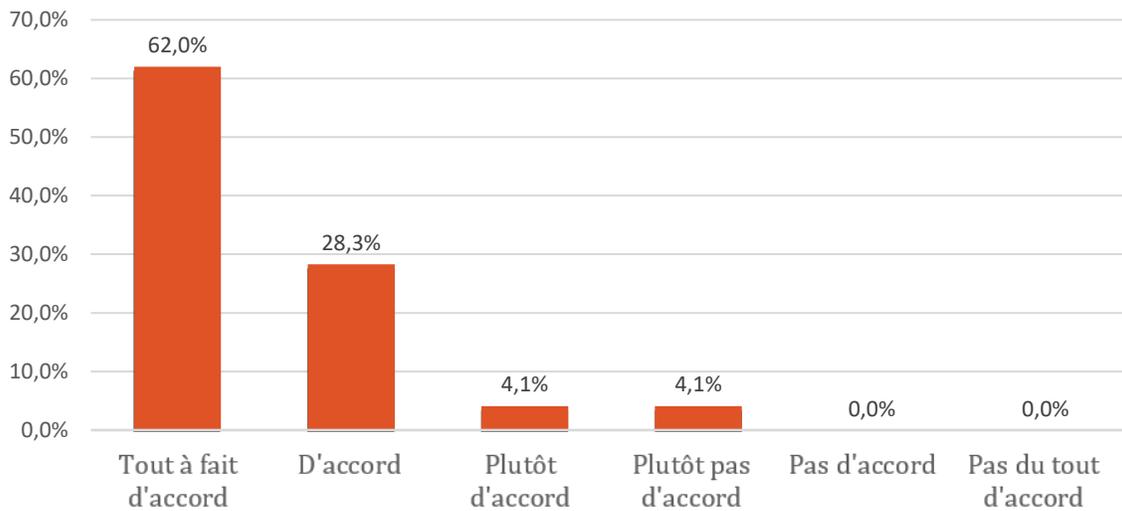
Les interventions des enseignants étaient-elles pertinentes ?

- Analyse de l'échelle de Likert à 6 niveaux (n=74)

TABLEAU 21. RESULTATS DES INTERVENTIONS DES ENSEIGNANTS (ECHELLE A 6N)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Total des réponses (n=73)	46	21	3	3	0	0

FIGURE 22. ANALYSE DES RESULTATS SUR LES INTERVENANTS (ECHELLE A 6N)



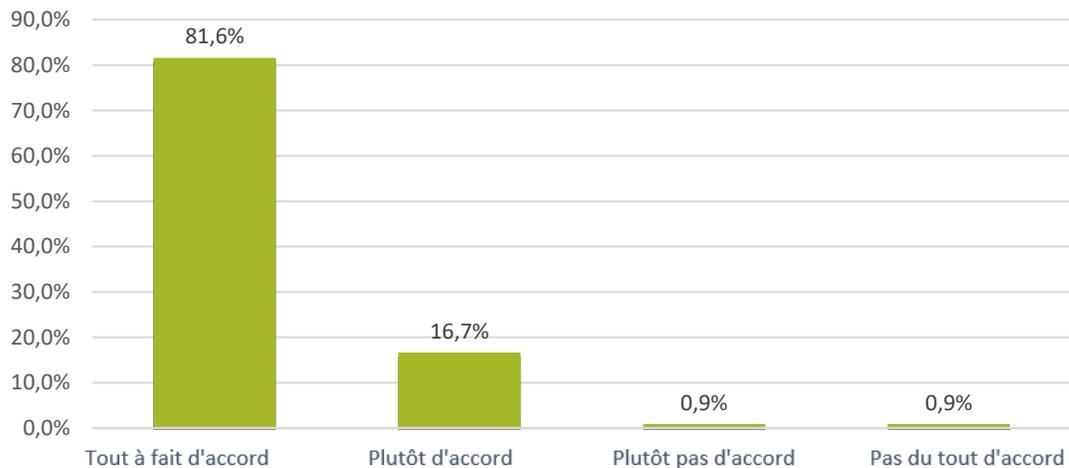
Nous retrouvons **95.9% d'avis positifs** contre **4.1% d'avis négatifs**.

- Analyse de l'échelle de Likert à 4 niveaux (n=114)

TABLEAU 22. RESULTATS DES INTERVENTIONS DES ENSEIGNANTS (ECHELLE A 4N)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Total des réponses (n=114)	93	19	1	1

FIGURE 23. ANALYSE DES RESULTATS DES INTERVENTIONS DES ENSEIGNANTS (ECHELLE A 4N)



Il en ressort **98.2% d'avis positifs** contre **1.8% d'avis négatifs**.

4.6 Analyses des questions ouvertes

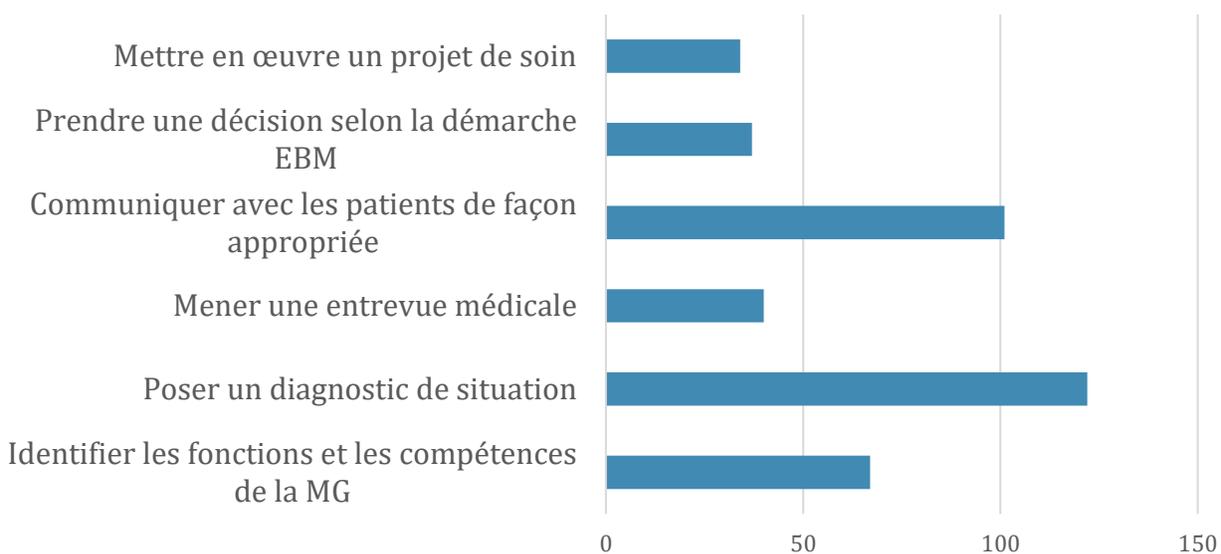
4.6.1 Analyse de la question ouverte N°1

« Citez 3 messages que vous avez retenus lors de ce séminaire ? »

L'analyse du nombre de mots-clés, triés par objectifs pédagogiques, permet de mettre en valeur une redondance dans les réponses des étudiants sur deux chapitres abordés lors de la formation, que sont « Poser un diagnostic de situation », présent dans 67% des réponses, et « Communiquer avec le patient » présent dans 55% des réponses. Ainsi, le terme « Bio-psycho-social » revient très régulièrement, apparaissant dans 36% des réponses des étudiants, le terme « non verbal » apparaît quant à lui dans 33% des réponses (n=181).

A l'inverse, « Mettre en œuvre un projet de soin », « Démarche EBM », ou encore « Mener une entrevue » présents dans 22% des questionnaires, transparaissent beaucoup moins dans les réponses à cette question ouverte. Le mot-clé « EBM » apparaît dans 8% des réponses, « Carré de white » dans 3% des réponses, et la grille de « Calgary-Cambridge » dans 2% des réponses (n = 181).

FIGURE 24. RESULTATS DU NOMBRE DE MOTS-CLES RETROUVES PAR CATEGORIE A LA QUESTION OUVERTE N°1



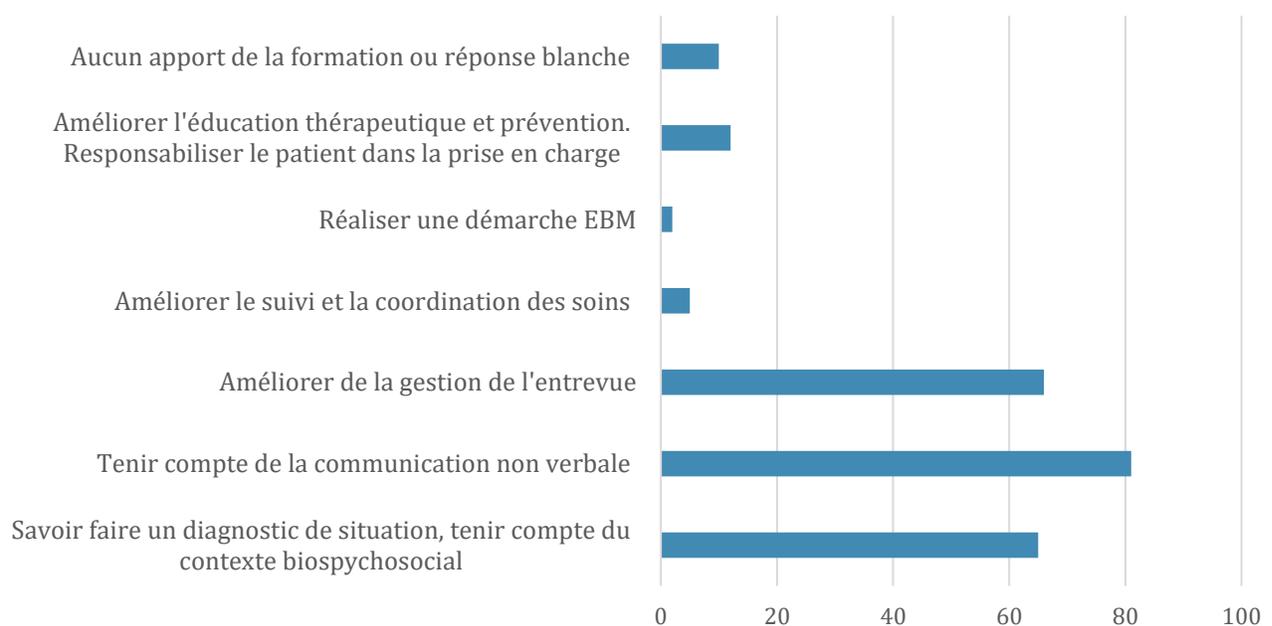
4.6.2 Analyse de la question ouverte N°2

« *Quelle compétence pensez-vous mettre en œuvre lors de votre retour en stage ?* »

L'analyse sémantique des réponses a permis de dégager une très nette préférence pour trois axes d'amélioration de compétences mentionnées par les étudiants. Ainsi, les notions d'« amélioration de la gestion de l'entrevue médicale » et « faire un diagnostic de situation en tenant compte du modèle biopsychosocial » sont retrouvées chacune individuellement dans 36% des réponses, et « tenir compte de la communication non verbale » dans 44% des réponses. (n = 182)

L'absence d'apport de la formation ou l'absence de réponse à la question représente 5% des retours d'étudiants, et il est clairement mentionné « aucun » ou « rien » dans 2% des réponses. L'utilisation des mots-clés présents dans les supports pédagogiques transparaissent comme suit : la notion de « diagnostic de situation » a été retrouvée dans 11% des réponses, « bio-psycho-social » dans 10% des réponses, « prise en charge globale » dans 7% des réponses. Le terme « non verbal » est retrouvé dans 30% des réponses. La grille de Calgary-Cambridge (76) apparaît dans 3% des réponses à cette question. (n = 182).

FIGURE 25. RESULTATS DU NOMBRE DE MOTS-CLES PAR CATEGORIE A LA QUESTION OUVERTE N°2



4.7. Avis des étudiants sur la formation (Annexe 7)

Une question ouverte a été posée à l'ensemble des étudiants les incitant à participer à l'amélioration de la formation actuelle. « Quelles suggestions d'amélioration du séminaire proposez-vous ? ». Nous avons été étonnés du nombre de réponses obtenues, puisque la très grande majorité des étudiants propose de nouvelles pistes de réflexion (7 questionnaires non remplis sur 186 totaux).

Les réponses sont très positives dans l'ensemble, et on note une franche adhésion des étudiants à la formation. Toutefois, ils proposent, pour 24 d'entre eux (n=179) de diminuer la part théorique présentée par diapositives, qu'ils jugent parfois redondante avec le programme de PACES. Ils rapportent également la longueur de la durée du séminaire, pour 18 d'entre eux.

Deux composantes ont particulièrement été appréciées des étudiants. Tout d'abord, **l'expérience et les témoignages des intervenants** qui ont exposé leurs pratiques et des cas cliniques tirés de leurs activités au cabinet. **Les mises en situations et jeux de rôles** ont été également beaucoup appréciés des étudiants, qui souhaiteraient que cela prennent plus de place dans la journée de formation, avec une implication plus marquée des étudiants eux-mêmes. Certains proposant même des ateliers de simulation, sur la base de jeux de rôles joués en binômes médecin-étudiants, sur des cas clinique concrets. Certaines réponses prônent également plus d'analyses de cas cliniques et de situations authentiques.

De plus, nous retrouvons dans 7 réponses le souhait que soit développées la tenue et la gestion d'un cabinet médical, ainsi que l'administratif qui incombe au médecin généraliste.

Enfin, 3 étudiants proposent de réaliser deux séminaires de ce type au lieu d'un, au cours de leur formation.

Les réponses « Aucunes » « Aucun » « rien » ont été traitées comme neutres dans l'analyse sémantique, ne prenant ni le versant positif ni le versant négatif, car ne permettant pas de traduire la pensée de l'étudiant.

L'interprétation de cette question laisse transparaître le réel souhait de découvrir la médecine générale par les étudiants de second cycle. L'organisation d'un cabinet, les fonctions du médecin généraliste, les cas cliniques et les jeux de rôles avec mise en situation ont été fortement appréciés des étudiants, au profit des concepts théoriques.

5. Discussion

Cette étude s'inscrit pleinement dans une démarche-qualité de la part du Département de Médecine Générale de Poitiers, à travers l'évaluation des enseignements par les étudiants. Elle a permis ainsi d'évaluer l'adhésion des étudiants de second cycle à la formation nouvellement proposée à Poitiers, dans une attitude réflexive, et en lien avec les évolutions futures des études médicales (70).

5.1. Analyse des résultats

5.1.1. Objectif principal

L'analyse globale des réponses, à travers les échelles de Likert et les réponses ouvertes, démontre une satisfaction globale importante des étudiants pour la formation, avec plus de 80% de satisfaction, sans différence significative par promotion. Ce haut niveau d'adhésion crée un contexte favorisant l'apprentissage des étudiants, et abonde en faveur de l'orientation pédagogique prise par le Département de Médecine Générale.

5.1.2. Objectifs secondaires

- Questions pédagogiques

L'analyse des questions pédagogiques démontrent que les objectifs pédagogiques abordés sont en accord avec les attentes des étudiants, sans différence significative par promotion ($p < 0.05$). La très grande majorité des étudiants s'exprime en faveur d'une pertinence de la formation et des six chapitres étudiés lors de la formation.

Le sentiment d'amélioration des compétences en post-formation, tous objectifs confondus, est là aussi fort, avec plus de 80% de satisfaction.

L'analyse sémantique des questions ouvertes permet de mettre en valeur la mémorisation et la retranscription de certains termes théoriques par les étudiants, ainsi que des grands chapitres abordés lors de la formation, tels que le diagnostic de situation et la communication avec le patient, qui sont redondants dans les réponses analysées.

L'application des compétences abordées dans le quotidien des étudiants est centrée sur la communication non verbale, la conduite d'une entrevue médicale et la construction d'un diagnostic de situation. Ces trois compétences correspondent aux chapitres les plus longuement abordés lors de la journée de formation, et confirment l'intérêt des étudiants pour ces compétences de la médecine générale.

Nous n'avons, ici, étudié que l'avis des étudiants sur les apprentissages, c'est-à-dire leurs niveaux de satisfactions des apprentissages et non évaluer leurs apprentissages à proprement dit.

- Questions organisationnelles

Les méthodes pédagogiques utilisées sont majoritairement validées par les étudiants, avec, là encore, plus de 80% de satisfaction des étudiants pour les deux échelles de Likert, toutes promotions et questions confondues. Les analyses en sous-groupes n'ont pas démontré de supériorité d'une méthode pédagogique par rapport à une autre, sur les deux échelles de Likert étudiées. A noter toutefois que les jeux de

rôles ont été particulièrement cités lors des avis sur la formation, laissant transparaître un réel désir de mises en situations, et d'entraînements par simulations de la part des étudiants.

Par ailleurs les étudiants se sont manifestés en faveur de la qualité de l'animation lors des séances, avec très peu de réponses négatives. Les ateliers en sous-groupes ont particulièrement été appréciés des étudiants, dans les réponses aux questions ouvertes.

Les étudiants ont également été très satisfaits des intervenants, avec 96% d'avis positifs, dont 63% « tout à fait d'accord » pour l'échelle à 6 niveaux, et 98.2% d'avis positifs dont 81.6% « tout à fait d'accord » pour l'échelle à 4 niveaux. Les réponses aux questions ouvertes vont également dans ce sens, avec une appréciation des témoignages concrets des intervenants, basés sur leurs expériences cliniques et autres, telles que la gestion d'un cabinet médical.

Pour répondre à la nécessité d'acquérir une masse de savoirs scientifiques et de connaissances, les étudiants de second cycle sont soumis à une pédagogie par objectifs, à travers de longues listes de chapitres pour la préparation des ECN (61). Il ressort ici un besoin d'étudier parfois autrement, c'est-à-dire par compétences et à travers d'autres moyens pédagogiques, comme l'étude de situations vécues par l'étudiant, ou encore par des simulations en jeux de rôles ou vidéos.

Tout ceci témoigne également d'un désir réel et fort des étudiants de second cycle des études médicales d'aborder les fondements de la médecine générale au cours de leur formation. Cette orientation va de concert avec les réflexions autour des futurs programmes pédagogiques (70). A ce jour, aucune standardisation de formation de la Médecine Générale pour le second cycle n'a été proposée à l'ensemble des facultés, contrairement aux programmes de l'Examen National Classant. Cet enseignement est ainsi laissé à la liberté de chaque faculté. Cette étude a permis de mettre en évidence une forte satisfaction des étudiants poitevins à l'initiative locale, aussi bien sur le choix des objectifs pédagogiques abordés, que sur la méthode d'enseignement employée, pouvant inspirer d'autres facultés.

Je n'ai, à ce jour, pas trouvé dans la littérature, d'étude comparable à celle-ci qui aurait été réalisée dans d'autres facultés, afin de comparer les approches.

5.2. Les biais et limites de l'étude

5.2.1. Nombre de réponses obtenus

Entre octobre 2016 et juin 2019, 551 étudiants ont bénéficié du stage ambulatoire, mais seuls environ 440 étudiants (80%) ont participé au séminaire, pourtant obligatoire pour les étudiants en stage. Ce chiffre est expliqué par la possibilité pour les étudiants d'effectuer plusieurs fois ce stage de médecine générale au cours de leur cursus de second cycle. Leur présence au séminaire n'est donc plus obligatoire si le stage est répété.

Sur cette période, 188 questionnaires ont été obtenus, soit environ 43% de réponses. L'évaluation de l'enseignement n'étant pas une condition obligatoire pour sa validation dans le cursus des étudiants, seule une partie de ces étudiants ayant bénéficié de l'enseignement l'ont évalué. Il y a donc un biais de sélection dans notre étude, qui est à prendre en compte dans l'interprétation de nos résultats. Même si ce chiffre estimé reste élevé pour une étude de questionnaires facultatifs de satisfaction, ce qui reste une force dans notre étude, l'on peut se poser la question, devant la très forte adhésion des étudiants à la formation et aux différentes questions posées, d'une non-inclusion dans notre étude d'un certain nombre d'étudiants, au mieux « sans avis » sur la formation, au pire « insatisfait ». Une obligation d'évaluer la formation pour sa validation permettrait de limiter ce biais et favoriser la participation (90), mais risque d'en créer de nouveaux, ainsi qu'une diminution de la responsabilisation de l'étudiant dans son apprentissage. Toutefois, dans d'autres études, nous pouvons noter que la participation a tout de même pu être conséquente dans des conditions facultatives, dans le cas de sollicitations fortes et répétées (90).

5.2.2. Evaluation de l'objectif principal

Dans cette étude, l'objectif principal était d'évaluer la satisfaction globale des étudiants ayant participé au séminaire de médecine générale. Toutefois, cela n'a pas fait l'objet d'une question posée aux étudiants dans le questionnaire, créant un biais d'interprétation. En effet, il ne leur a pas été demandé d'exprimer leur avis global à travers l'échelle de Likert. Nous avons donc fait le choix d'une analyse par synthèse globale des réponses, ici fortement positives, témoignant d'un haut niveau d'adhésion. Cela pourra être corrigé dans les questionnaires futurs, afin de pouvoir quantifier, à l'aide d'une échelle numérique (de zéro à dix), graduée (curseur à positionner sur une règle) ou de Likert (de pas du tout satisfait à très satisfait), la satisfaction globale des étudiants, et étudier l'adéquation avec les résultats aux objectifs secondaires.

5.2.3. Choix de l'échelle de Likert

L'échelle de Likert appartient aux échelles ordinales, et permet d'étudier la satisfaction des répondants, à travers des nuances dans les réponses, autrement dit différents degrés de jugement, et est donc adaptée dans une étude de niveau 1 de Kirkpatrick. Elle présente l'avantage d'être facile à construire et à lire.

Les deux échelles utilisées ici ont un nombre pair de modalités, ne proposant pas de position neutre de type « sans opinion » ou « ne sait pas », afin de favoriser le positionnement de l'étudiant, et ainsi renforcer la puissance statistique de l'étude.

Toutefois, l'utilisation de cette échelle présente plusieurs limites. Tout d'abord, un manque de reproductibilité, puisque basée sur l'évaluation à un instant « T ». De plus, il existe un risque de lassitude des répondants devant le nombre de questions ou de propositions, entraînant une diminution de la discrimination dans les réponses, données machinalement. Ainsi, peut-on constater qu'un certain nombre d'étudiants ont souvent répondu la même réponse à toutes les questions. Ce risque augmente avec l'intervalle entre la formation et le remplissage du questionnaire par l'étudiant à son domicile, fait dans les quinze jours après le séminaire, surajoutant un

biais de mémorisation. Il est toutefois intéressant de noter que malgré ce risque de lassitude, les réponses pseudo-machinales n'ont pas été ici des réponses négatives.

Dans cette étude, je n'ai pas participé à l'établissement et à la diffusion du questionnaire de satisfaction. Ce travail a été réalisé dès 2016 par le Département de Médecine Générale, lors la mise en place de la formation. Je n'ai, de ce fait, pas pu assurer une coordination des échelles de satisfaction afin de créer une cohérence statistique, ni m'assurer de la participation des étudiants afin d'augmenter la performance de l'étude.

Le biais le plus important de notre travail est certainement le changement d'échelle de Likert au cours de la récolte des données, obligeant la réalisation de deux analyses statistiques. Passant de 6 à 4 niveaux, la pondération des réponses par les étudiants, c'est-à-dire la nuance exprimée, est de ce fait incomparable et moins précise sur une échelle à 4 niveaux. L'idéal d'après les études étant de 7 ou 9 modalités (99).

Ce changement d'échelle au cours de l'étude est expliqué par la faible participation des étudiants à l'évaluation de la formation (48%). Pour contrer cela, le DMG a fait le choix de réduire le nombre de questions posées, passant de 28 à 16, afin d'en diminuer la redondance et donc la possible lassitude des étudiants. Malgré ce changement, la participation des étudiants est restée assez faible, puisque estimée à 40% entre septembre 2017 et juin 2019, relançant une réflexion pour un éventuel nouveau questionnaire, ou plus de sollicitations de participation auprès des étudiants (90).

A travers ce changement des questionnaires, les questions abordées ont donc été modifiées. Ainsi les attentes des étudiants n'ont pu être analysées que sur un échantillon de 114 étudiants sur 188 (soit 60%), et la pertinence des objectifs et le sentiment d'amélioration des compétences sur 74 des 188 étudiants (soit 40%), diminuant la performance de l'analyse de ces questions. On peut toutefois nuancer ce biais devant la très forte adhésion de ces échantillons aux questions posées, et le peu

de réponses négatives. Cela aurait pu être tout à fait discutable si les réponses avaient été plus pondérées.

Nous avons également été limités dans l'analyse statistique, pour l'étude par promotion ou par question, par le faible effectif à répondre négativement, ne permettant pas d'accéder aux tests de *Chi-deux* ou de *Fisher* pour une analyse comparative. L'objectif sous-jacent visait à en tirer des conclusions permettant l'évolution de la formation, soit sur les méthodes employées, soit sur les objectifs abordés. Cela ne nous a également pas permis de faire une analyse métrique, en convertissant l'échelle de Likert en échelle numérique, pour réaliser des calculs de moyennes, de présentation plus lisible.

5.2.4. Une formation non stéréotypée

Cette étude s'est déroulée entre octobre 2016 et juin 2019. De la création de la formation jusqu'au printemps 2019, trois ans plus tard, différents ajustements ont été apportés à la formation. Les changements essentiels ont eu lieu au niveau des supports théoriques présentés sous forme de diaporamas, les outils pédagogiques étant restés les mêmes. Le DMG justifie ces changements par la prise en compte, depuis la mise en place de la formation, des avis des étudiants, notamment sur la longueur de certains chapitres abordés.

De plus, il existe une rotation entre les intervenants à chaque cours, en fonction de leurs disponibilités. Les témoignages, retours d'expériences, ainsi que la façon d'animer les ateliers en sous-groupes, ou encore la présentation des principes théoriques diffèrent ainsi sensiblement pour chaque cours à chaque trimestre.

Enfin, l'animation et les interactions entre les étudiants lors des jeux de rôles, des séances questions ou du MétaPlan, vont dépendre de l'effet groupe et de l'ambiance collective qui s'en dégage. Les apports de la formation étant probablement plus intéressants lorsque les échanges sont nombreux et les rapports moins timides.

Néanmoins, l'analyse globale de l'animation et des interventions des intervenants étant très positive, nous pouvons en conclure que ce biais est plutôt minoritaire.

5.3.5. Une évaluation de l'enseignement et non des apprentissages

Il s'agissait ici d'une étude de satisfaction de l'enseignement, évalué par les étudiants. Les apports de la formation ont été abordés dans les échelles de Likert ainsi que dans les questions ouvertes. Néanmoins, cela ne représente qu'une indication de sentiment d'amélioration de compétences en post-formation, exprimé par l'étudiant lui-même, afin de responsabiliser les étudiants sur leurs formations (métacognition), de devenir partenaire du projet pédagogique (5), et d'améliorer les contenus pédagogiques en favorisant une attitude réflexive des intervenants (87).

Ces réponses sont donc insuffisantes pour l'évaluation des apprentissages, correspondant au niveau 2 de Kirkpatrick (5).

Pour ce faire, les étudiants ont été invités à remplir avant la formation, une grille de situation authentique, vécue, et complexe (*Annexe 3*), et à l'apporter lors de la formation afin qu'elle soit partagée et débriefée. Une nouvelle grille est demandée après la formation, afin d'évaluer les compétences et apports de la formation.

Cette évaluation s'inspire du document intitulé « Projet National de stage en Médecine Générale pour les étudiants du second cycle des études médicales » de janvier 2007 (100), découlant des travaux du CNGE, ANEMF et l'ISNAR-IMG, dans lequel il est proposé un outil pédagogique permettant d'évaluer l'acquisition de l'étudiant au raisonnement clinique en soins primaires, sous forme d'une trace écrite (4).

Sur la base d'une situation clinique vécue en stage, l'étudiant réalise une trace écrite, la soumet à son maître de stage, qui évalue si celle-ci répond aux objectifs, à l'aide d'une grille reprenant les différentes étapes de la démarche décisionnelle. Les réponses sont codées grâce à une échelle de Likert à 3 niveaux : Pertinent, Améliorable, Insuffisant. L'analyse de ces grilles d'évaluation pourra faire l'objet d'une nouvelle étude.

5.3. L'Évaluation de l'Enseignement par les Etudiants de Médecine

Si les évaluations des enseignements du troisième cycle des Etudes Médicales ont été l'objet de nombreuses thèses et analyses (97,101,102), la revue de la littérature ne laisse transparaître qu'une faible utilisation de l'EEE, ou du moins son analyse et sa publication, pour le second cycle des études médicales en France. Seuls quelques travaux (103) mettent en évidence son usage plus que parcimonieux, et ce, malgré les textes officiels et arrêtés ministériels (79,80).

Pourtant, une étude réalisée à l'Université d'Auvergne en 2007 (90) auprès de 188 étudiants montre une satisfaction des étudiants à l'expérience de l'EEE ($p = 0.05$), avec une grande majorité des étudiants considérant que ce procédé pouvait contribuer à améliorer la qualité de leurs formations, et pour 75% d'entre eux, devait faire partie intégrante de leur programme.

Sa généralisation pourrait donc, au-delà des réticences, permettre d'améliorer les contenus et moyens pédagogiques en favorisant une réflexivité des Facultés de Médecine et des enseignants, ainsi que responsabiliser les étudiants de second cycle en les impliquant dans le projet pédagogique, et ce, malgré la standardisation des programmes voulue par le concours national de 6^e année (ECN). Pour Barrier (86), l'évaluation de l'enseignement devrait même être systématique dans les facultés.

Afin de promouvoir cette formation et l'Évaluation de l'Enseignement par les Etudiants de second cycle, nous avons décidé de présenter ce travail au vingtième Congrès National des Généralistes Enseignants.

5.4. Les évolutions futures

Au cours de ce travail et ce, depuis la rentrée 2019, le DMG de Poitiers a rendu le stage et la formation théorique obligatoires pour les étudiants de la promotion DFASM2. Ce choix de promotion a été fait pour ne pas ajouter une charge de travail aux

étudiants de DFASM3 préparant les ECN, et attendre d'une certaine expérience et des connaissances pour les DFASM1 avant d'aborder la médecine générale.

De plus, une nouvelle réforme du second cycle des études médicales a été publiée au journal officiel de mars 2019 (104) et sera mise en application à la rentrée universitaire 2020. Elle prévoit une amélioration de la professionnalisation des étudiants, c'est-à-dire une prise en compte de leurs parcours et expériences dans leurs choix de spécialités en fin de second cycle. Ainsi les étudiants s'orientant vers la médecine générale verront la possibilité d'effectuer plusieurs fois le stage ambulatoire, et seront dispensés de la formation théorique, s'ils en ont déjà bénéficié. On voit également à travers cette réforme la possibilité pour les DMG de s'impliquer davantage dans la formation des étudiants de second cycle, afin d'accompagner précocement les futurs généralistes dans leurs parcours.

D'autres types de formations, plus pratiques, pourraient également être mises en place, dans un intérêt de professionnalisation en Médecine Générale et de formation à l'expertise des étudiants de second cycle. A l'instar de cette formation dispensée à l'Université de Liège sur la base de séances d'apprentissages à la résolution de problèmes complexes en fin de second cycle d'études médicales (105).

6. Conclusion

A ce jour, l'approche théorique de la médecine générale lors du second cycle des études médicales est laissée à la liberté de chaque faculté, et ce, malgré son inscription dans la loi depuis plusieurs années. L'évaluation de la formation proposée à la faculté de Poitiers depuis 2016, portant sur « la démarche décisionnelle en soins primaires », a permis de mettre en évidence une réelle satisfaction et adhésion des étudiants de second cycle à cette dernière, autant sur la méthode employée, que sur les objectifs abordés. Ceci permet de conforter le Département de Médecine Générale de Poitiers dans la direction actuellement prise, sous réserve d'une évaluation des apprentissages.

Témoignant d'un désir fort des étudiants à approfondir les fondements de la médecine générale dans leurs cursus d'externat, cela donne du sens aux réflexions autour des évolutions des programmes pédagogiques, et de l'implication plus importante de la médecine générale dans le second cycle des études médicales. Cette formation et son évaluation peuvent également inspirer d'autres facultés.

7. Bibliographie

1. Legifrance. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2004-67 janv 16, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
2. Legifrance. Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
3. Legifrance. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
4. Docteur Victor-Chaplet V. Conception d'une formation de Médecine Générale pour le second cycle de la faculté de Médecine de Poitiers [Mémoire pour le DIU de pédagogie médicale]. [Poitiers]: Université de Poitiers - Faculté de médecine et de Pharmacie. Poitiers; 2014.
5. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Implementing the four levels. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2007.
6. BRAHIMI C, FARLEY C, JOUBERT P. L'approche par compétences : un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2011.
7. Basque J. L'influence du béhaviorisme, du cognitivisme et du constructivisme sur le design pédagogique. In: Bourbonnais M-T, éditeur. Actes du XIIe colloque du Conseil interinstitutionnel pour le progrès de la technologie éducative (CIPTE) : Inforoute et technologie éducative à l'aube de l'an 2000. Montréal, Canada: Conseil interinstitutionnel pour le progrès de la technologie éducative (CIPTE); 1999. p. 8-22.
8. Pavlov I. Le réflexe conditionnel. Moscou: Éditions en langues étrangères; 1934. 258-284 p.
9. Thorndike EL. Educational psychology, The Psychology of Learning [Internet]. New York, Teachers college, Columbia university; 1913 [cité 11 mai 2020]. 428 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/educationalpsyc10thorgoog>
10. Skinner BF. Science and human behavior. New York: Macmillan; 1953.
11. Bloom B, Krathwohl DR. The classification of educational goals. New York: David McKay Compagny; 1956. (The Classification of Educational Goals; vol. 1 : cognitive domain).
12. Mager RF. Comment définir des objectifs pédagogiques. 2e édition. Paris: Dunod; 2013. 144 p.
13. Gagné RM. Les principes fondamentaux de l'apprentissage: application à l'enseignement. Montréal: Editions HRW; 1976.
14. Gagné RM, Briggs L, Walter WW. Principles of Instructional Design. Wadsworth. 1985.

15. Crahay M. Peut-on lutter contre l'échec scolaire ? De Boeck Université. Bruxelles; 1996. (Pédagogie en développement.).
16. Resnick LB. Mathematics and science learning: a new conception. Anthropological Perspectives. 1981;
17. Clermont G, Bisonnette S, Richard M. Passer du paradigme de l'enseignement au paradigme de l'apprentissage - Les effets néfastes d'un slogan ! La recherche au service de la formation des enseignants. 2008;(7):239-71.
18. Bruner J. Toward a Theory of Instruction. Harvard University Press. 1966;
19. Ausubel DP. The psychology of meaningful verbal learning; New York: Grune & Stratton; 1963.
20. Brien R. Science cognitive et formation [Internet]. Québec: Presses de l'Université du Québec; 1997 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a1013836/R-Brien-Science-cognitive-et-formation>
21. Tardif J. Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. Editions Logiques. Montréal, Canada: Persée - Portail des revues scientifiques en SHS; 1992.
22. Bonner J. Implications of cognitive theory for instructional design: Revisited. ECTJ. 1988;36(1):3-14.
23. Breuer K, Tennyson RD. Psychological foundations for instructional design theory: Cognitive complexity theory. Journal of Structural Learning. 1995;12:165-73.
24. Vesta FJD, Rieber LP. Characteristics of Cognitive Engineering: The Next Generation of Instructional Systems. Educational Communication and Technology: A Journal of Theory, Research, and Development. 1987;35(4):213-30.
25. Jonnaert P, Pallascio R. Les apprentissages mathématiques en situation. Revue des sciences de l'éducation,. 1996;22(2):227-31.
26. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc; 1986. (Social foundations of thought and action: A social cognitive theory).
27. Jonassen DH. Evaluating constructivist learning. Educational Technology. 1991;28(11):13-6.
28. Anderson JR, Reder L, Simon H. Situated Learning and Education. Educational Researcher. 1996;25:5-11.
29. Piaget J. De la pédagogie. Odile Jacob. Paris; 1998.
30. Vygotski Lev. Pensée et langage. Éditions Sociales traduction de Françoise Sève, Paris, 1985. Moscou; 1934.
31. Legendre M-F. Analyse d'une activité d'apprentissage en physique à l'aide du modèle de l'équilibration. rse. 1995;21(3):473-502.

32. Astolfi JP. L'erreur, un outil pour enseigner. ESF Editeur. ESF Editeur; 2015.
33. Wiggins G. A True Test: Toward More Authentic and Equitable Assessment. *The Phi Delta Kappan*. 1989;70:703-13.
34. Lebrun M. Théories et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre : Quelle place pour les TIC dans l'éducation ? 2e édition. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2007. 206 p.
35. Kaufman DM. L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant : une fausse dichotomie. *Pédagogie Médicale*. 2002;3(3):145-7.
36. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*. 2002;3(1):38-52.
37. Huba ME, Free N. Understanding hallmarks of learner-centered teaching and assessment. *Heights*. 2000;32-64.
38. Tardif J. Intégrer les nouvelles technologies de l'information : quel cadre pédagogique ? Paris: ESF Editeur; 1998. 126 p.
39. Landsheere V, Landsheere G. Définir les objectifs de l'éducation. *Pratiques : linguistique, littérature, didactique*. 1975;13(1):112-6.
40. Rosenshine B. Vers un enseignement efficace des matières structurées. In: Marcel CRAHAY et Dominique LAFONTAINE, L'art et la science de l'enseignement. Éditions Labor. 1986. p. 81-96. (Éducation 2000).
41. Chall J. *The Academic Achievement Challenge: What Really Works in the Classroom?* New York: The Guilford Press; 2000. 210 p.
42. Baker S, Gersten R, Grossen B. Interventions for Students With Reading Comprehension Problems. In: *Interventions for academic and behavior problems II: Preventive and remedial approaches*. Washington, DC, US: National Association of School Psychologists; 2002. p. 731-54.
43. Tardif J. L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière Education; 2006.
44. Legendre M-F, Carbonneau. Pistes pour une relecture du programme de formation et de ses référents conceptuels. *Vie pédagogique*. 2002;123:16.
45. Legendre M-F. *Dictionnaire actuel de l'éducation*. 3e édition. Montréal: Guérin Canada; 2006. 1584 p.
46. Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. *Renouveau pédagogique*. 2004;39(3).
47. Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 2007;8(4):232-51.

48. Bellier S. La compétence. In: Traité des sciences et des techniques de la formation. Dunod. Paris: P. Carré. & P. Caspar; 1999.
49. Coulet J-C. La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences. Le travail humain. 2011;Vol. 74(1):1-30.
50. P G. Construire la formation : outils pour les enseignants et les formateurs. Paris: ESF; 1991.
51. Le Boterf. La mise en place d'une démarche de compétence : quelques conditions de réussite. Personnel. sept 2000;412.
52. Tardif J. Le transfert des apprentissages. Les Éditions Logiques. Montréal; 1999.
53. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale. 2003;4(3):163-75.
54. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. Acad Med. oct 2004;79(10 Suppl):S70-81.
55. Needham DR, Begg IM. Problem-oriented training promotes spontaneous analogical transfer: Memory-oriented training promotes memory for training. Memory & Cognition. 1991;19(6):543-57.
56. Legifrance. Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
57. Legifrance. Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
58. L. C, P. B, Huez J-F, B. S, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):148-54.
59. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990;65(9S):S63-67.
60. Bail P, Attali C, Chevallier P, Gomes J, Lainé X, Ghasarossian C, et al. Certification : un cadre théorique pour étayer les orientations. Exercer. 2005;(74).
61. Compagnon, Bail P, Ghasarossian C, Attali C. Définitions et descriptions des compétences. Exercer. (108):148-55.
62. Romainville M. L'évaluation des acquis des étudiants dans l'enseignement universitaire [Internet]. Paris; 2002. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/26016-levaluation-des-acquis-des-etudiants-dans-lenseignement-universitaire>
63. Lusseau M, Romainville M. La déclinaison des diplômes LMD en compétences et la présentation de l'annexe descriptive. Paris; 2004.
64. OMS. Médecins pour la santé : une stratégie mondiale de l' OMS pour la réorientation de l' enseignement de la médecine de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. 1996;

65. EVANS P., ALLEN J., GAY B., CREBOLDER H., HEYRMAN J., SVAB I., et al. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Barcelone: Wonca Europe; 2002. 52 p.
66. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le cadre de compétences CanMEDS. CRMCC. Ottawa; 2005.
67. Legifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
68. CNGE, CASSF, CNOSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens [Internet]. Paris: Berger-Levrault; 2010 [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/les_production_scientifiques/referentiels_metiers_et_compences/
69. CNG ECN [Internet]. Disponible sur: <https://www.cng.sante.fr/concours-examens/epreuves-classantes-nationales-ecn>.
70. DUBOIS-RANDÉ J, HENNION-IMBAULT Q. Mission deuxième cycle des études de médecine [Internet]. Paris; 2017. Disponible sur: <https://www.cncem.fr/rapportR2C2018>
71. Legifrance. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
72. Legifrance. Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
73. Salgé C. Etat des lieux des interventions réalisées par les départements de médecine générale dans le cadre de l'enseignement théorique du second cycle des études médicales en 2009. Université Paris Est de Créteil; 2012.
74. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot & Rivage; 1996. 430 p.
75. Agora-formation. Le métaplan fiche pratique 012. Pédagogie. févr 2013;4(1).
76. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med. août 2003;78(8):802-9.
77. Detroz P. L'Évaluation des enseignements par les étudiants : état de la recherche et perspectives. Revue française de pédagogie. 2008;(165):117-35.
78. Council of Europe. Convention on the Recognition of Qualifications concerning Higher Education in the European Region. European Treaty Series. 11 avr 1997;11(IV).
79. Legifrance. Arrêté du 26 mai 1992 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
80. Legifrance. Arrêté du 23 avril 2002 relatif aux études universitaires conduisant au grade de licence [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr

81. Legifrance. Arrêté du 3 août 2005 relatif au diplôme universitaire de technologie dans l'Espace européen de l'enseignement supérieur. [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
82. Legifrance. Arrêté du 22 janvier 2014 fixant le cadre national des formations conduisant à la délivrance des diplômes nationaux de licence, de licence professionnelle et de master [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
83. Université de Reims. Charte de l'évaluation des formations et des enseignements par les étudiants. Disponible sur: https://www.univ-reims.fr/intranet/vie-etudiante/gallery_files/site/1/1287/2809/20985/28282.pdf
84. Université Paris Sud. Charte de l'évaluation par les étudiants des enseignements, des formations, de l'environnement de travail et de l'organisation pédagogique. Disponible sur: www.u-psud.fr
85. Prebble T, Hargraves H. Impact of student support services and academic development programmes on student outcomes in undergraduate tertiary study: A synthesis of the research report to the Ministry of Education [Internet]. New Zealand; 2005 [cité 12 mai 2020] p. 41. Disponible sur: https://www.academia.edu/1415924/Impact_of_student_support_services_and_academic_development_programmes_on_student_outcomes_in_undergraduate_tertiary_study_A_synthesis_of_the_research
86. Barrier J, Balde, Brazeu-Lamontagne, Normand, Essoussi, Koumare, et al. L'évaluation de l'enseignement : pour quelles décisions ? *Pédagogie Médicale*. 2006;7:238-47.
87. Normand S, Bernard H. Les professeurs cliniciens se prononcent sur l'évaluation de l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. 2002;3(4):202-9.
88. Berthiaume D, Lanarès J, Jacqmot C, Winer L, Rochat J-M. L'évaluation des enseignements par les étudiants (EEE). Une stratégie de soutien au développement pédagogique des enseignants ? *Recherche et formation*. 1 juill 2011;(67):53-72.
89. Dejean J. Les réticences à l'évaluation de l'enseignement en France, signe de la culture professionnelle des enseignants-chercheurs ou trait de la culture française ? *De Boeck Supérieur*; 2006.
90. Younes N. À quelles conditions l'évaluation formative de l'enseignement par les étudiants est-elle possible en France ? *Revue française de pédagogie Recherches en éducation*. 1 déc 2007;(161):25-40.
91. Younès N. L'évaluation de l'enseignement par les étudiants : le tournant du partage. *Evaluer Journal international de Recherche en Education et Formation*. 1 janv 2015;1(1):79-90.
92. Bernard H, Postiaux N, Salcin A. Les paradoxes de l'évaluation de l'enseignement universitaire. *Revue des sciences de l'éducation*. 2000;26(3):625-50.
93. Detroz P, Verpoorten D. De l'évaluation des enseignements à la régulation des pratiques des enseignants : quelles possibilités et quelles conditions ? *Education & Formation*. mars 2017;(307).

94. Cohen PA. Student Ratings of Instruction and Student Achievement: A Meta-analysis of Multisection Validity Studies: Review of Educational Research. 30 juin 2016;
95. d'Apollonia S, Abrami PC. Navigating student ratings of instruction. *American Psychologist*. 1997;52(11):1198-208.
96. Younes N, Rege Colet N, Detroz P, Sylvestre E. La dynamique paradoxale de l'EEE. In: Romainville M, Goasdoue R, Vantourout M, éditeurs. *Évaluation et enseignement supérieur* [Internet]. DeBoeck; 2012 [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01121467>
97. Mercier - Coubris D. *Amélioration des formations théoriques basée sur un outil utilisant des évaluations étudiantes*. Université de Poitiers - Faculté de médecine et de Pharmacie. Poitiers; 2004.
98. Ganassali S. LE HALO COGNITIF Un biais potentiel dans les méthodes de catégorisation des attributs de la satisfaction. *Décisions marketing*. 1 avr 2008;50.
99. Maydeu-Olivares, A. Goodness of Fit in Item Factor Analysis: Effect of the Number of Response Alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, [Internet]. 2017 [cité 12 mai 2020];24(4). Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10705511.2017.1289816>
100. CNGE, ANEMF, ISNAR-IMG. *Projet National de stage en Médecine Générale pour les étudiants du second cycle des études médicales*. Paris; 2007.
101. Faivre J-C, Agopiantz M, Loeb E, Cassinari K, Wack M, Catoire P, et al. Évaluation nationale de l'enseignement théorique du troisième cycle des études médicales en France. *La Revue de Médecine Interne*. sept 2015;36(9):579-87.
102. Dahan B. *Évaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants* [Internet]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2009. Disponible sur: <http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/These.pdf>
103. Bonnaud A, Pottier P, Barrier JH, Dabouis G, Planchon B, Mouzard A. Évaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. *Pédagogie Médicale*. 1 août 2004;5(3):159-66.
104. Legifrance. Arrêté du 19 mars 2019 modifiant l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
105. Giet D, Massart V, Stir A, Freyens A, Firket P, Boniver J. Approche de la complexité contextuelle et de la pluridisciplinarité de l'action médicale : mise en place de séances d'apprentissage à la résolution de problèmes complexes (ARPC) en fin de second cycle d'études médicales. *Pédagogie Médicale*. mai 2005;6(2):88-97.

8. Annexes

Annexe 1 - Questionnaire utilisé en 2016 - 2017 sur 28 questions, sur un modèle de Likert en 6 niveaux

Evaluation des objectifs pédagogiques	☹☹☹	☹☹	☹	☺	☺☺	☺☺☺
Identifier les fonctions et les compétences de la MG						
L'objectif annoncé a été respecté						
L'objectif est pertinent pour ma formation						
La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension						
Je pense avoir amélioré ma compétence						
Poser un diagnostic de situation						
L'objectif annoncé a été respecté						
L'objectif est pertinent pour ma formation						
La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension						
Je pense avoir amélioré ma compétence						
Mener une entrevue médicale						
L'objectif annoncé a été respecté						
L'objectif est pertinent pour ma formation						
La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension						
Je pense avoir amélioré ma compétence						
Communiquer avec les patients de façon appropriée						
L'objectif annoncé a été respecté						
L'objectif est pertinent pour ma formation						
La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension						
Je pense avoir amélioré ma compétence						
Prendre une décision selon la démarche EBM						
L'objectif annoncé a été respecté						
L'objectif est pertinent pour ma formation						
La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension						
Je pense avoir amélioré ma compétence						
Mettre en œuvre un projet de soin						
L'objectif annoncé a été respecté						
L'objectif est pertinent pour ma formation						
La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension						
Je pense avoir amélioré ma compétence						
Evaluation matérielle	☹☹☹	☹☹	☹	☺	☺☺	☺☺☺
L'installation a facilité la communication						
L'animation a favorisé ma participation						
Les documents présentés et reçus sont pertinents						
Les interventions des enseignants sont pertinentes						

☹☹☹ ---> Pas du tout d'accord ☹☹ ---> Pas d'accord ☹ ---> Plutôt pas d'accord
 ☺ ---> Plutôt d'accord ☺☺ ---> D'accord ☺☺☺ ---> Tout à fait d'accord

Annexe 2 - Questionnaire utilisé depuis 2017, sur 16 questions, modèle de Likert en 4 niveaux:

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Les objectifs annoncés ont été respectés ?				
Atelier 1 : Identifier les fonctions et les compétences de la médecine générale				
Le contenu de l'atelier correspondait à mes attentes ?				
La méthode pédagogique (méta-plan) utilisée a facilité ma compréhension ?				
Atelier 2 : Poser un diagnostic de situation				
Le contenu de l'atelier correspondait à mes attentes ?				
La méthode pédagogique (jeu de rôle en sous-groupe) utilisée a facilité ma compréhension ?				
Atelier 3 (première partie) : Mener une entrevue médicale				
Le contenu de l'atelier correspondait à mes attentes ?				
La méthode pédagogique (vidéo) utilisée a facilité ma compréhension ?				
Atelier 3 (deuxième partie) : Identifier les éléments non verbaux pendant l'entrevue médicale				
Le contenu de l'atelier correspondait à mes attentes ?				
La méthode pédagogique (vidéo) utilisée a facilité ma compréhension ?				
Atelier 4 : Prendre une décision selon la démarche Evidence Based Medicine (EBM)				
Le contenu de l'atelier correspondait à mes attentes ?				
La méthode pédagogique (étude de cas clinique) utilisée a facilité ma compréhension ?				
Atelier 5 : Mettre en œuvre un projet de soin				
Le contenu de l'atelier correspondait à mes attentes ?				
La méthode pédagogique (jeu de rôle entre enseignant) utilisée a facilité ma compréhension ?				
Evaluation matérielle et pédagogique				
Les supports visuels sont-ils appropriés ?				
L'animation des enseignants et l'installation ont-ils favorisé ma participation ?				
Les interventions des enseignants étaient-elles pertinentes ?				

ANNEXE 3 - FICHE DE RECUEIL DES SITUATIONS AUTHENTIQUES

Vous allez assister au séminaire : LA DEMARCHE DECISIONNELLE EN SOINS PRIMAIRES

Celui-ci aura lieu le dans les locaux de la faculté de 8h45 à 18h salle :

Il vous est demandé, pour faciliter le travail en ateliers, d'apporter le récit d'une situation clinique que vous aurez vécue en stage ambulatoire, une fiche de recueil vous est fournie pour vous aidez à collecter les informations au sujet de cette consultation :

Date de la consultation :

Patient :

M/F

âge

Profession

Séance : Visite/Consultation

Seul/Accompagné

Médecin traitant : oui/non

Patient connu/inconnu/occasionnel

Famille suivie oui/non

Co-soignants :

Données Biomédicales et psycho-socio-environnementales:

Plaintes exprimées par le patient :

ATCD Personnels et Familiaux :

Informations sur la vie sociale.

Contexte psychologique : émotions exprimées, ou ressenties, informations non verbales, description de la personnalité du patient...

Traitement actuel :

Signes cliniques et para cliniques

Hypothèses diagnostiques.

ANNEXE 4 - DEROULE DU SEMINAIRE

Séminaire	DEMARCHE MEDICALE EN SOINS PRIMAIRES		
	Déroulement		
9h15	ACCUEIL (signature fiche de présence)		15 minutes
9h30	PRESENTATION (enseignants, programme, objectifs)		15 minutes
9h45	LES FONCTIONS ET LES COMPETENCES EN MG	ATELIER 1	1h00
10h45	Pause		15 minutes
11h00	LE DIAGNOSTIC DE SITUATION	ATELIER 2	1h15
<hr/>			
12h15	Repas		
<hr/>			
13h30	L'ENTREVUE MEDICALE	ATELIER 3 1 ^{ÈRE} PARTIE	35 MINUTES
14h05	LE NON VERBAL	ATELIER 3 2 ^{ÈME} PARTIE	40 MINUTES
14h45	DEMARCHE DECISIONNELLE ET CONCEPT EBM	ATELIER 4	1h00
15h45	PAUSE		15 minutes
16h00	MISE EN PLACE DU PROJET DE SOIN	ATELIER 5	1h00
17h00	CONCLUSION-EVALUATIONS		15 minutes
17h15	FIN DU SEMINAIRE		

ANNEXE 5 - CARRE DE WHITE

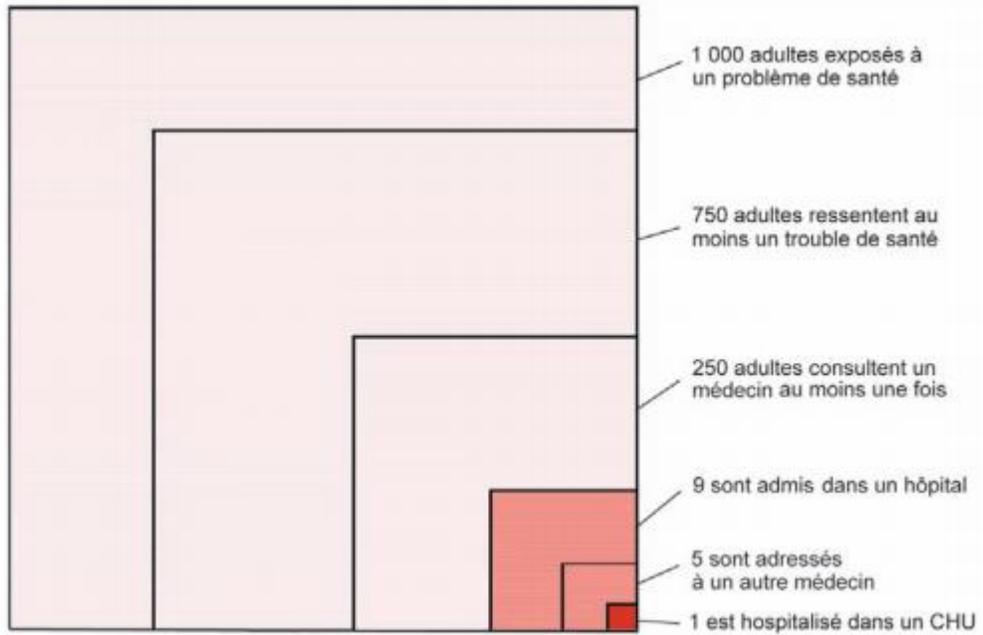


Figure 1 : Carré de White

ANNEXE 6 - TABLEAU DES ENSEIGNEMENTS EN 2007, TIRE DE LA THESE DE DR. SALGE (71)

	Villes	Nombre d'enseignants	Numerus clausus 2007	Répartition
Obli- ga- toir es	Amiens	4	167	4 grands groupes de 40 en ED
	Angers	4	140	6 petits groupes de 25 en ED et APP
	Bordeaux	15	356	1 enseignement magistral en amphi et 10 grands groupes de 35 en ED
	Grenoble	3	169	1 enseignement magistral en amphi et 4 grands groupes de 50 en ED
	Lille catho	15	92	3 grands groupes de 31 et 6 petits groupes de 15 en ED
	Marseille	14	345	6 grands groupes de 60 en enseignement magistral
	Nice	8	131	la totalité des étudiants en amphithéâtre en cours de type ED
	Reims	7	167	1 enseignement magistral et 8 petits groupes de 20 en ED
op- tion nels	Brest	5	104/134	2 grands groupes de 54 et 5 petits groupes de 24 en ED
	Nantes	2	30/181	2 petits groupes de 15 en ED
	Poitiers	5	15/168	1 petit groupe de 15 en "balint"
	St Etienne	11	38/124	2 petits groupes de 19 en ED et APP
mixt es	Besançon	14	143	En petits groupe de 10 à 15 en ED et en APP
	Dijon	6	179	En grands groupes de 50 en ED
	Lille	20	411	En petits groupes de 20 en ED
	Limoges	10	128	En petits groupes de 25 en ED et rédaction d'un mémoire pour l'optionnel
	Lyon	20	418	En petits groupes de 20 en ED
	Paris V	9	383	Enseignement magistral en amphi et grands groupes en ED
	Paris VI	6	337	En petits groupes de 15 et grands groupes de 40, en enseignement magistral, ED et présentation de travaux réalisés par les étudiants
	Paris VII	14	350	En petits groupes de 20 en ED, et enseignements à distance
	Paris XII	7	155	En amphi, et petits groupes de 7 ou 15 en enseignement magistral, ED, et projet tuteuré
	Rennes	15	170	En amphi, en petits groupes de 12, en grands groupes de 60, en enseignement magistral, ED, et groupes d'expression
	Strasbourg	8	239	En petits groupes de 15, grands groupes de 40 en ED
Tours	3	196	En amphi, petits groupes, enseignement magistral et ED	

ANNEXE 7- REPONSE A LA QUESTION OUVERTE N°3

- 1 ccc
- 2 information sur la gestion du cabinet, les charges et les secteurs prioritaires ayant besoin des MG
Changer les grilles
- 3 Plus de mise en situation par des jeux de rôles (c'est comme ça que l'on retient le mieux), moins de diapos
- 4 journée intéressante avec des jeunes médecins dynamiques, je n'ai rien à proposer de plus.
- 5 Mieux expliquer le rôles des questionnaires
- 6 Faire plus de pratique clinique et proposer des jeux de rôles aux étudiants et des mises en situation concrètes.
- 7 synthèse des 2 dernières parties
- 8 Le jeu de rôle était vraiment une mise en situation intéressante. Peut-être un deuxième jeu de rôle avec une autre situation à analyser..
- 9 Augmenter la durée des ateliers concernant le plan de soins, avec notamment plusieurs cas cliniques.
- 10 trop dense
- 11 Maintenir les ateliers c'est très bien et interactif puis repenser les supports (grilles) qui sont difficiles à remplir
- 12 Rien de particulier.
- 13 Moins de diaporama ; Plus de cas cliniques avec des situations complexes afin de hiérarchiser les problèmes du patient
- 14 Aucunes
- 15 je n'en ai pas
- 16 Favoriser peut être le travail en binôme avec des jeux de rôles, et que les enseignants circulent entre les binômes
- 17 Les questionnaires ne nous ont pas servi à grand-chose (niveau papier) car on en discutait directement après Pas d'idées particulières sinon
- 18 Moins de diapo, plus d'activités
- 19 Pas de nécessité de diapos après chaque ateliers (parfois redondant)/ faire des mises en situations avec des étudiants qui mènent des consultations / bonne initiative s'organiser ce séminaire +++++
- 20 Évoquer le côté administratif de la médecine générale
- 21 réduire la durée du séminaire (une demi-journée), méthodes trop scolaires, trop de concepts théoriques et pas assez d'explications pratiques
- 22 le séminaire a été très constructif de par les ateliers mis en place, et les intervenants ont su mettre en valeur les points importants de la pratique et répondre de façon claire aux questions posées
- 23 les grilles de remplissage, il faudrait un système de case à cocher car le principe actuel ne permet pas de bien répondre car réplétif et recopiage énoncé
- 24 - L'effectuer en préambule du stage de med G et non au milieu - Plus de partage de nos expériences avec analyse des comportements que l'on pourrait améliorer pour une meilleure PEC
- 25 Illustrer le diaporama avec des anecdotes de patients propres aux médecins présents, continuer les ateliers en sous-groupe, très intéressant
- 26 Plus de mises en pratique selon nos expériences en cabinet, par exemple pour les patients avec lesquels on a pu se sentir en difficultés etc., parler des différentes situations délicates
- 27 éthique déontologie
- 28 Diapositives parfois redondantes avec ce que l'on a fait en atelier
- 29 RAS
- 30 c'est pas mal comme ça
- 31 Proposer 2 séminaires par trimestre de stage
- 32 Les grilles fournies ne sont pas très adaptées, il n'y a pas grand-chose à remplir, lors du visionnage des vidéos on ne peut pas écrire en même temps. Il faudrait un système de case avec fait ou pas
- 33 Remplacer la grille de questions à remplir pendant le visionnage des vidéos par autre chose..
- 34 Le séminaire est déjà très bien organisé, il permet à chacun de s'exprimer et de discuter sur les difficultés rencontrées.
- 35 peut-être un peu tôt. nous ne sommes en stage que depuis 3 semaines. (mais il est vrai que nous pouvons maintenant appliquer ce que nous avons vu au séminaire, pendant le reste du stage)
- 36 Travailler à partir de bases un peu moins "théorique" que les grilles proposées sur l'entretien type
- 37 Le temps passé sur la vidéo de simulation de l'entrevue m'a semblé bien trop long. Du temps de perdu au détriment d'une réflexion sur d'autres situations possible durant une consultation....
- 38 Un rythme plus soutenu serait favorable ; cela permettrait de donner plus d'information (une journée entière est pour moi trop longue pour aborder ces quelques sujets sans plus les détailler)
- 39 Aucune, les ateliers rendent le séminaire très interactif
- 40 Améliorer la diffusion des informations avant le séminaire (date, heure, lieu) car beaucoup n'étaient même pas au courant du séminaire --> fac +++
- 41 peut-être plus parler de la spé elle-même, des choses qui la rendent attractive etc.
- 42 moins de diaporama avec un texte trop théorique, peu concret, mais poursuivre les activités de groupes qui donnent une vraie dynamique et des échanges intéressants
- 43 commencer plus tôt pour finir plus tôt
- 44 présenter les cas cliniques les plus courants rencontrés en cabinet, présenter les différences entre un cabinet en campagne et en ville
- 45 Ce fut mon premier séminaire, je ne peux ainsi pas faire de comparaison mais les ateliers tout au long du séminaire étaient pertinents, instructifs et pédagogiques.
- 46 Ateliers plus réactifs

- 47 Peut-être de proposer des jeux de rôles aussi aux participants / Ajouter une partie sur l'empathie cognitive et émotionnelle et comment ne pas être une "éponge" à émotions
- 48 Je ne sais pas
- 49 Aucune suggestions pour ma part, le séminaire était bien structuré et les formateurs très pédagogues
- 50 Support papier plus détaillé, tableau pas toujours facile à remplir. Rien à redire pour le reste, c'était super !
- 51 explication sur le fonctionnement d'un cabinet médical, les différentes possibilités de parcours du médecin avec les possibilités de formation en parallèle
- 52 aucune
- 53 amélioration des grilles distribuées lors des ateliers (pas toujours très clair)
- 54 Revoir les grilles d'observations de l'entretien médicale qui n'étaient pas simples à comprendre.
- 55 Présentation diaporama un peu trop lourde, beaucoup de répétitions..
- 56 Contenu moins dense
- 57 Accorder une demi-journée au séminaire me paraît suffisant étant donné toutes les répétitions. Surtout ne pas retirer les cas cliniques à préparer et les vidéos très enrichissantes
- 58 Difficile de suivre sur la fin
- 59
- 60 Faire des équipes médecin/patient de deux pour s'entraîner de manière plus individuelle à l'entretien médical
- 61 c'était parfait. je n'ai rien à rajouter!!
- 62 Plus de mise en pratique individuelle face à une situation (diagnostic de situation et mener un interrogatoire (posture, langage)). Essayer de ne pas le faire en même temps qu'un cours de csct...
- 63 Articulation du séminaire entre atelier et explications très bien pensée
- 64 Diminuer les diaporamas et augmenter le temps en atelier.
- 65 -le faire plus tôt dans l'externat voir juste avant la 4ème année; -vérifier qu'il n'y a pas de cours pour les élèves à la fin+++
- 66 Travail en petits groupes très bien, penser à bien mixer d2, d3 et d4 ++
- 67 Faire davantage d'ateliers pratiques
- 68 Moins de phase diaporama
- 69 Très bon séminaire en l'état à mon sens
- 70 - Les activités étaient structurées et organisées selon une suite logique me permettant, à la fin de cette journée, d'avoir une idée théorique claire de la pratique de la médecine générale dont je pourrais me servir dans la suite de mon stage.
- 71 changer la couleur jaune (illisible) sur le diapo de l'après midi
- 72 Un séminaire plus préparé de la part des intervenants afin de sentir vers où ils veulent nous mener !
- 73 ateliers pertinents, intéressants et formateurs . durée de certains ateliers un peu long à raccourcir .
- 74 plus de mise en situation dans un cas d'accompagnement de patient en fin de vie et soutien de l'entourage nous apprendre à plus structurer un interrogatoire
- 75 Reprendre l'idée du jeu de rôle en mettant en situation deux duos d'étudiants, pour simuler un entretien et prendre nous-même la place du patient et du médecin, après le jeu de rôle fait par les deux médecins en exemple.
- 76 Aucune
- 77 Nous avons beaucoup abordé le modèle bio-psycho-social en première année et dans le cadre du master de bioéthique. J'aurais aimé que ce séminaire apporte plus de réponses par rapport à l'aspect gestionnaire du médecin que nous n'abordons jamais en cours : - comment gérer un cabinet / maison de santé - aspect administratif - aspect financier Aussi lors du premier exercice nous abordons les rôles du médecin généraliste et j'aurais aimé justement que les profs nous les détaillent : par exemple que peut-on faire comme chirurgie, comme actes dermato, actes rhumato etc et quelles formations faire. De même quels DU faire et que peut-on faire en complément de médecin généraliste : médecin généraliste au SAMU, médecin coordonnateur, travailler dans d'autres lieux de soins ou de non-soins ?
- 78 Plus de jeux de rôles patient-médecins
- 79 il serait peut être bien de réaliser le séminaire plus tôt si possible avant de commencer le stage de médecine générale, on peut se retrouver un peu perdu au début surtout en d2. faire un topo sur le contenu et le principe du séminaire dans le mail serait aussi bien.
- 80 Pas vraiment de suggestion ou plus d'information sur les outils en médecine générale (SFMG, antibiotic...) et le côté moins médical (information sur cours de communication, de gestion de cabinet...) même si nous avons eu la possibilité de poser ses questions en dehors des ateliers
- 81 aucune
- 82 #NOM?
- 83 Faire des groupes plus petits
- 84 Tout d'abord merci pour votre implication dans ce séminaire. Ma proposition pour la suite: instauration d'un second séminaire en fin de stage pour aborder plus de sujets avec des "mises en situation" afin de nous donner des pistes pour savoir s'adapter à différents profils de patients, différentes situations, etc. qui pourraient être déstabilisants pour les soignants et/ou les patients. des jeux de rôle avec un enseignant dans le rôle d'un patient "type" et un étudiant dans le rôle du médecin. Afin d'observer et critiquer (de manière objective) puis réfléchir ensemble à la ou les meilleures façons dont on aurait pu aborder une telle situation, avec l'aide des outils et méthodes apportés par les enseignants.
- 85 Diaporama plus court
- 86 Aucune c'était parfait, dynamique, intéressant, enrichissant
- 87 Aucune remarque bonne interaction
- 88 Diminuer la durée
- 89 Alléger le fin car c'était assez long
- 90 Aucune
- 100 La fin est longue, plus d'atelier avec moins d'en rappel durant le séminaire

- 101 Raccourcir la durée, aller plus vite à l'essentiel
- 102 Rendre la 2e partie du séminaire un peu plus interactive à l'image des ateliers 1 et 2
- 103 Aucune
- 104 Séminaire très intéressant ! Les interactions et diverses ateliers rendent cette journée dynamique
- 105 Aucune
- 106 Séminaire très intéressant, j'ai beaucoup apprécié le fait de travailler en ateliers en petits groupes, le diapo était parfois un peu long
- 107 le déplacer en fin de stage pour en faire un débriefing peut être l'organiser sur 2 demi journées plutôt qu'une entière
- 108 Peut-être plus accentuée sur le diagnostique de situation.
- 109 Moins de diapo et plus d'interaction sur l'après midi
- 110 Faire plus de travail en groupe, car les "moments diapos" étaient parfois longs et répétitifs.
- 111 Nous indiquer la bonne heure de début du séminaire.
- 112 pas grand chose
- 113 Peut-être plus de situations cliniques ciblées sur des objectifs de PEC Rq: méthode métagraphe très bien, jeu de rôle très bien, vidéos : peut-être plus de situations différentes, étude de cas et mise en oeuvre d'un projet de soins très bien
- 114 Faire en sorte que chaque étudiant prenne la parole en faisant des tours de table.
- 115 pas de journée entière en D4 autre jour que ceux des cours du CSCT
- 116 Plus court sur la fin notamment dernier diapo
- 117 Peut-être plus de simulations avec les cas préparés ... nous avons tous préparé quelque chose mais seulement 2 personnes présentent leur cas, ça nous entraîne c'est intéressant
- 118 Les différents ateliers étaient pertinents cependant je pense qu'accélérer quelque peu le rythme aurait pu rendre les choses plus dynamiques.
- 119 -peut être proposer des situations plus pertinentes pour le deuxième atelier étant donné que les cas que l'on a rencontrés ne sont pas forcément intéressants à discuter..
- 120 Mieux préciser que les attentes concernant la feuille de diagnostic de situation, expliquer ce qu'on doit rechercher en stage, je m'étais concentré sur un patient où il n'y avait de psychisme particulier autour de sa situation alors que l'atelier est plutôt exclusivement centré sur le non biologique.
- 121 Sous groupes avec répartition D1/D2/D3 égalitaire
- 122 -Serait-il possible de mieux nous expliquer les objectifs du séminaire, car quand nous sommes arrivées, ne nous savions pas vraiment quels étaient les buts, et les objectifs de ce séminaire.
- 123 Très bon séminaire dans l'ensemble. Peut être plus de vidéos pour argumenter et donner des exemples. Très bonne participation orale.
- 124 Très bien comme ça
- 125 Première partie sur la consultation en médecine générale peu intéressante. Exercice de diagnostic de situation intéressant. Des ateliers sur la façon de s'adresser au patient, de donner des informations médicales seraient utiles je pense (sous forme de jeu de rôle ?) NB pour les questions 11 à 21 : non concerné car je n'étais pas présent l'après-midi (CSCT à la fac)
- 126 Pour les 2 vidéos de fin de séminaire plutôt commencer par la vidéo qui est la moins bien puis terminer par celle qui est la plus en accord avec les attentes de Magdeleine et pas l'inverse afin de mieux voir l'amélioration.
- 127
- 128 aucune
- 129 Non
- 130 Ras
- 131 Séminaire trop long
- 132 Pas grandes idées, séminaire intéressant.
- 133 Un atelier de jeux de rôles à deux Avec des informations à passer
- 134 Rien à dire
- 135 Plus de supports papier
- 136 Aucunes
- 137 Plus de support papier
- 138 /
- 139 Bon séminaire mais je n'ai pas appris grand chose ... peut être plus utile de le faire en D1 avec le stage de Med G de deux jours obligatoire.
- 140 .
- 141 Aucune
- 142 — raccourcir à la fin - intervenant intéressant, sachant garder notre attention - diminuer le temps de diapo et passer plus de temps en groupe
- 143 moins de diaporamas et plus de participation actives, au final on arrive à trouver les solutions en discutant et les diapos ne sont pas d'un grand intérêt à part répéter ce qu'on a dit à l'oral
- 144 mieux ordonner la partie sur la communication non verbale, manque de clarté dans l'enchaînement des différentes vidéos
- 145 Parler des différentes pratiques de la médecine générale (hors cabinet médical)
- 146 Pas d'amélioration particulière
- 147 Moins de théorie sur la fin
- 148 peut être limiter le séminaire à une grosse matinée (8h-13h au vu du planning chargé de l'externat) faire davantage de jeux de rôles en nous confrontant à l'avis de nos Co-externes
- 149 Un peu trop long sur la fin... mais intervenants très intéressants et qui gardent notre attention

- 150 Plus de pratique : tous les concepts abordés de façon théorique sont des concepts auxquels nous avons déjà été énormément sensibilisés depuis la PACES. Les revoir permettait de clarifier encore les choses mais j'aurais beaucoup aimé pouvoir mettre en pratique, faire un après-midi entier de jeu de rôle autour de cas clinique entre étudiants, pouvoir commenter ce qui était bien fait, moins bien fait par exemple (mais je comprends bien que cela doit être compliqué à mettre en place avec autant d'étudiants).
- 151 Le fait de rapporter une consultation à laquelle on a assisté m'a paru moins intéressant que l'analyse des consultations auxquelles on nous a confrontés durant le séminaire (vidéo l'après-midi)
- 152 Atelier en sous-groupe permettent d'être plus facilement interactif
- 153 Plutôt avant le stage qu'un mois après et en 2 demi-journées plutôt qu'une journée entière, à la fin il est dur de suivre surtout quand on a déjà acquis certaines connaissances grâce à nos stages en médecine générale.
- 154 Aucune, très bon séminaire
- 155 Je propose que les médecins parlent plus de leur vie de médecin à eux (les avantages et inconvénients du libéral, comment se fait l'installation, quels frais ont-ils, quels impôts etc) même si on en a eu l'occasion d'en parler un peu à la fin du séminaire, car tout le séminaire était centré sur le patient et comment le prendre en charge
- 156 Pourquoi pas un temps de témoignage, questions-réponses où les médecins présents pourraient échanger sur leur pratique au quotidien
- 157 Moins de diapo et encore plus d'ateliers
- 158 J'ai trouvé que le séminaire arrivait un peu tard dans notre cursus en tant que DFASM2 en fin de cursus. Je pense que le rendre obligatoire avant le début de l'externat serait une bonne idée afin de mettre au clair la relation avec le patient qui est quelque chose d'encore assez obscur à ce moment-là. Le contenu est pertinent mais malheureusement certains ateliers sont assez dénués d'intérêt pour les 5ème année. Des notions comme l'EBM ont été vues et revues, le premier atelier est assez bateau avec beaucoup de blablas pour assez peu de contenu à en tirer au final, les différentes étapes d'un interrogatoire médical ou la façon de se comporter ont, je pense, été acquises après 2 ans de stage. J'ai en revanche apprécié la partie sur le "non-verbal" et j'aurais même souhaité en apprendre plus sur le sujet. De la même façon, vous entendre parler de votre expérience ou vous voir dialoguer en mimant une relation médecin-patient m'a semblé bien plus instructif que les divers diapositives théoriques ou les activités en sous-groupe.
- 159 Je n'ai aucune remarque particulière à ajouter, j'ai beaucoup apprécié le déroulement de ce séminaire ainsi que le dynamisme et l'enthousiasme des médecins.
- 160 Eventuellement faire le séminaire un peu plus tôt dans la période de stage.
- 161 Durée moins longue (1/2 journée) Et/ou séminaire en tout début de stage
- 162 Le mettre plus précocement par rapport au début du stage, parler du ressenti des étudiants concernant les difficultés auxquelles ils sont confrontés.
- 163 Aucune
- 164 Plus de supports vidéos.
- 165 Nous apporter quelques éléments en amont pour que nous puissions avoir des attentes plus précises et peut-être en faire la demande au début du séminaire - Ne pas s'arrêter là et nous apporter plus de séances de ce genre qui me paraissent essentielles dans notre pratique (l'aspect social est très peu abordé lors de notre cursus)
- 166 Ça allait
- 167 la clim
- 168 Je n'en ai pas vraiment sur le plan pédagogique. J'ai apprécié l'alternance entre ateliers et cours théorique. Cela permet de participer et d'échanger. La journée est passée très vite, c'était très intéressant. Le thé et les gâteaux ont été très appréciés. Cependant, je me permets d'émettre un petit bémol sur les gobelets en plastique à usage unique. Merci encore pour cette journée enrichissante.
- 169 Le réduire à une matinée. Les conclusions se répètent beaucoup d'un atelier à l'autre et certains pourraient être écourtés voire supprimés, notamment l'atelier vidéo qui n'apporte rien de plus.
- 170 Jeu de rôles patient/médecin par les étudiants pour se faire une idée de comment construire et gérer une situation - Plus insister sur comment se diversifier en médecine générale (DES?) - Expliquer le fonctionnement d'un cabinet de médecine générale",
- 171 Peut-être plus de "jeux de rôles" ou de mise en situation pour les étudiants - Moins de support "diapositive" car trop théorique, pas assez concret pour la pratique réelle
- 172 Ajouter un côté plus "pratique" car beaucoup de théorie, j'ai eu du mal à saisir vraiment l'intérêt du séminaire, je pense que l'on apprend mieux sur le terrain en stage
- 173 Aucune
- 174 Je suggère plus d'atelier, avec peut-être des entraînements de théâtres pour s'approprier nos rôles
- 175 Peut-être envisager un séminaire plus court
- 176
pas de suggestion
- 177 Aller plus rapidement à l'essentiel - Repartir avec une feuille récap des grandes notions clefs abordées ou bien des conseils pratiques devant des situations délicates (annonce maladie grave par ex)
- 178 Le réaliser plus tôt, partie sur le rôle du Med G et sur le diagnostic de situation un peu inutile quand on est à la moitié du stage Par contre excellente partie sur le langage non verbal dont on ne nous parle jamais ailleurs
- 179 Les ateliers interactifs étaient super. Les diapos ne faisaient que résumer et n'étaient pas forcément nécessaire à mon sens. Peut-être qu'il faudrait encore plus de mise en situation où les étudiants seraient les médecins face aux vrais médecins qui eux feraient les patients. Simplement pour vraiment apprendre à poser des questions ouvertes. Je me suis rendue compte que même en y faisant attention en stage c'est pas facile.
- 180 Moins long sur la partie théorique pure, garder la pratique
- 181 Réduire le temps de présence : 1/2 journée suffisante Peu d'apport pour ma part car questions déjà abordées avec mon maître de stage, donc un peu « redondant » mais je pense que le séminaire est quand même utile pour ceux qui ne parle pas de ces questions avec leur maître de stage !
- 182 Réduction de la durée, il est possible d'aborder les mêmes choses en une demi-journée "
- 183 Très bon séminaire, pas de remarques particulières
- 184 Je tiens à signaler les remarques inappropriées d'un des intervenants (plutôt jeune), pendant la session de septembre/octobre. Ses blagues répétées et déplacées ont interpellé beaucoup d'entre nous
- 185 Aucun

Résumé

CONTEXTE

Depuis 2004 et la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale, les enseignements théoriques et pratiques de Médecine Générale pour le second cycle se mettent en place dans les facultés. Le Département de Médecine Générale (DMG) de Poitiers décline depuis 2016 une formation obligatoire sous forme d'un séminaire d'une journée intitulée « Démarche décisionnelle en soins primaires ». Elle s'adresse aux étudiants du second cycle au début de leur stage ambulatoire de Médecine Générale. Les compétences abordées sont issues du référentiel métier du Collège National des Généralistes Enseignants. Dans une démarche qualité, cet enseignement est évalué par les étudiants afin de l'améliorer.

OBJECTIF

Évaluer la satisfaction des étudiants de DFASM 1, 2 et 3 en stage ambulatoire de Médecine Générale présents à cette formation.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, réalisée entre octobre 2016 et juin 2019, auprès des étudiants des trois années du DFASM de la faculté de Poitiers, ayant participé au séminaire de Médecine Générale. L'évaluation se fait sur l'Environnement Numérique de Travail par questionnaire selon un modèle de Likert à 6 niveaux, modifié à 4 niveaux en 2017, il est complété par trois questions ouvertes. Le questionnaire comprend 5 parties : les attentes des étudiants, la pertinence des objectifs pédagogiques, le sentiment d'amélioration des compétences, l'adhésion aux méthodes pédagogiques, l'animation et l'intervention des intervenants. L'évaluation est facultative. Le critère de jugement principal est fixé à 80% de satisfaction.

RÉSULTATS

188 questionnaires ont été analysés, soit environ 43% des étudiants présents au séminaire. Il ressort une satisfaction globale des étudiants pour la formation avec 94% de réponses positives à l'ensemble des questions, ainsi qu'une forte adhésion pour tous les items étudiés, sans différence significative par promotion.

DISCUSSION

Il a été démontré une réelle satisfaction des étudiants de second cycle pour cet enseignement de Médecine Générale, pour le contenu comme pour la forme. La force principale de l'étude est une participation importante à cette évaluation facultative. Cela conforte le DMG dans sa direction pédagogique. Il reste dorénavant à évaluer les apprentissages à l'aide d'une trace écrite, rédigée par l'étudiant, après la formation, sur une situation authentique vécue en stage.

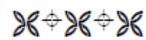


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

