



L'évaluation des programmes de graduation de médecine. L'expérience non institutionnelle à la faculté de médecine de Batna

Evaluation of medical graduation programs. The non-institutional experience at the Faculty of Medicine of Batna

Mohamed Ridha Guedjati¹, Hocine Bouncer¹, Hacène Mehdioui²

¹ Faculté de Médecine, Université de Batna 2, Algérie.

² Faculté de Médecine, Université de Constantine 3, Algérie.

Correspondance à :
Mohamed Ridha GUEDJATI
m.guedjati@univ-batna2.dz

RÉSUMÉ

Introduction : L'adoption des programmes de formation tient compte de trois éléments, l'intrant, le processus et l'extrant. Le diplôme est le but de toute formation académique. Il ne peut être de qualité que s'il est en adéquation avec les besoins de la société. La conjugaison des connaissances académiques en des faits et des gestes professionnels constitue l'impact le plus visé par les programmes de formation. **Contexte :** Les programmes de formation médicale initiale faisaient l'objet de plusieurs réformes les toutes dernières remontent au mois de Juin 2000 où l'on basculait d'un Tronc Commun BioMédical (TCBM), en trois filières médicales (médecine - pharmacie - chirurgie dentaire). Cette dynamique avait abouti à une révision partielle des programmes de graduation de médecine. Il nous a paru nécessaire qu'une évaluation des programmes de formation (cursus) s'impose. **But :** Évaluer le cursus des études médicales à la faculté de médecine de Batna. **Méthode :** Il s'agit d'une évaluation non institutionnelle de nature formative ayant comme population d'étude l'ensemble des étudiants de graduation de médecine, les enseignants chargés des modules et les responsables pédagogiques de la faculté de médecine de Batna. L'étude s'est déroulée entre 2009 et 2012 au département de médecine en trois phases. La phase de recueil des données auprès de la population d'étude, la phase de l'analyse des données recueillies et la phase de rédaction d'un rapport d'autoévaluation. **Résultats :** 1340 (86 %) étudiants ont répondu à 7 questionnaires anonymes portant sur les enseignements de graduation de médecine. 35 enseignants ont participé à 4 groupes focalisés (*focus groups*) et ont consigné dans un rapport leurs méthodes d'enseignement. Un rapport d'autoanalyse a été rédigé sur la base des résultats des questionnaires et des *focus groups*. **Conclusion :** L'évaluation des programmes de formation doit faire partie des processus pédagogiques sous-tendus par celle-ci. La qualité "professionnalisante" d'un diplôme doit être en adéquation avec les besoins réels de la société.

Mots-clés : évaluation des programmes de formation ; connaissances académiques ; qualité professionnelle.

ABSTRACT

Introduction: The adoption of training programs takes into account three elements, the input, the process and the output. The diploma is the goal of any academic training. It can only be of quality if it is in adequacy with the needs of society. The combination of academic knowledge with professional facts and gestures is the most targeted aim by training programs. **Context:** The initial medical training programs were the subject of several reforms, the most recent date back to June 2000 when we switched from a Common BioMedical Core to a three medical sectors (medicine - pharmacy - dental surgery). This dynamic had resulted in a partial revision of medical graduation programs. It seemed necessary to us an evaluation of the training programs (cursus). **Purpose:** To evaluate the curriculum of medical studies at the Faculty of Medicine of Batna. **Method:** This is a non-institutional evaluation of a formative nature with a study population of all medical graduation students and teachers in charge of the modules and educational leaders of the Faculty of Medicine of Batna. The study was conducted between 2009 and 2012 at the Department of Medicine of Batna, in three phases: The phase of data collection from the study population; the phase of analysis of the collected data and the drafting phase of a self-evaluation report. **Results:** 1340 (86%) students answered 7 anonymous questionnaires about medical graduation courses. 35 teachers participated in 4 focus groups and recorded their teaching methods in a report. An autoanalysis report was written based on the results of the questionnaires and focus groups. **Conclusion:** The evaluation of training programs must be part of the pedagogical processes underpinned by it. The "professionalizing" quality of a diploma must be in line with the real needs of the society.

Keywords: evaluation of training programs; academic knowledge; professional quality.

DÉFINITION

Un programme d'enseignement est composé de plusieurs éléments complémentaires qu'il faut en tenir compte à chaque évaluation ou révision (1). **L'Intrant :** les conditions qui existent avant même que l'enseignement ne prenne place et qui peuvent être en relation avec les résultats. **Processus :** la succession d'événement et d'engagement qui constitue le processus d'enseignement. **Extrant :** les conséquences de l'acte pédagogique, immédiates et éloignées, cognitives et affectives, personnelles et collectives.

Longtemps, l'approche par programme était rattachée à la structuration des cursus des études médicales. Dans l'organisation

curriculaire linéaire (2), les programmes du cycle préclinique constituent des acquis pour le cycle clinique et ceux du cycle clinique deviennent des acquis pour l'internat. Dans l'organisation curriculaire intégrée (2), les programmes des sciences de base sont intégrés avec ceux des sciences cliniques permettant une construction des savoirs cliniques. Ainsi, l'approche linéaire expose au cloisonnement des sciences de base et dans l'approche intégrée ces sciences sont mieux exploitées dans le cycle clinique. La mise en place des programmes est différemment abordée par les instituts de formation médicale. Certains instituts laissent aux enseignants d'adopter les méthodes appropriées pour la mise en place des programmes de leurs disciplines ;

Pour citer l'article :

Guedjati MR, Bouncer H, Mehdioui H. L'évaluation des programmes de graduation en médecine. L'expérience non institutionnelle à la faculté de médecine de Batna. *Batna J Med Sci* 2017;4:149-154.

d'autres instituts sont plus actifs et adoptent, dans un cadre collégial, des modalités d'enseignements et d'évaluation des connaissances.

Les objectifs pédagogiques doivent apporter un changement progressif dans le comportement de l'apprenant (3). La matière première (étudiant) passe dans des séances d'enseignement/apprentissage pour que ce processus le rende capable d'accomplir un certain nombre de tâches (finalités des programmes ou changements attendus).

La formation médicale n'échappe pas au concept pédagogique qu'une tâche professionnelle, est l'ensemble des connaissances intellectuelles, des habilités et des comportements. Ce type de tâche prend souvent une forme réduite en un objectif spécifique à orientation académique. La dimension centrée sur l'enseignant (4) concrétise, schématiquement, cette orientation, le cours magistral et l'évaluation des connaissances académiques (5) en sont l'illustration parfaite. La dimension centrée sur l'apprentissage concrétise la conjugaison adéquate des actes académiques en des tâches professionnelles (3). L'apprentissage par petits groupes et les stations d'Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) en sont l'illustration exemplaire (5).

CONTEXTE

En Algérie, pour devenir médecin il faut obtenir une moyenne au baccalauréat supérieure ou égale à 14,50/20, suivre des études de sept années selon des programmes étalés sur trois années de préclinique, trois années de clinique et une année d'internat.

On assistait à plusieurs réformes du cursus de médecine. Un concours classant sanctionnant était instauré pendant quelques années, notamment entre 1987 - 1989. Ce concours permettait aux instituts de formation de sélectionner les étudiants qui pouvaient suivre des études médicales. Il y'avait outre ce concours, une année de tronc commun où les novices recevaient des enseignements basiques pour trois filières médicales (médecine, chirurgie dentaire et pharmacie) et à la fin de cette année, un classement permettait selon la moyenne cumulée par l'étudiant, de l'orienter vers l'une des trois filières médicales.

Les programmes des années dites "TCBM" ou plus exactement le Tronc Commun BioMédical, avaient comme intention de classer les étudiants. Ces programmes ont été révisés au cours de plusieurs réorganisations curriculaires. Entre 1990 - 1998 on basculait du dit "TCBM" en première année de Médecine, en première année de Pharmacie et en première année de Chirurgie Dentaire. Pendant l'année universitaire 1998 - 1999 on basculait, de nouveau, vers un "TCBM" pour rebasculer vers des cursus à part pour chacune des trois filières médicales (Médecine - Pharmacie - Chirurgie Dentaire) depuis 2000 jusqu'à ce jour. Ces réformes ont reconduit les mêmes programmes, ou presque, des différents modules du "TCBM" avec un rajout de deux modules (module d'anatomie des membres et de physiologie générale).

Ainsi, l'intention a changé mais les programmes de l'ex "TCBM" ont peu changé, en plus une lourdeur s'est faite ressentir. Le Comité Pédagogique National de filière Médecine connu sous l'acronyme CPNM, organe consultatif, s'est chargé de cette réforme. Un ensemble d'intitulés de chapitres par discipline d'enseignement en première et deuxième années de médecine a été adopté par cette instance.

L'évaluation des programmes de formation médicale initiale nous a paru nécessaire, elle est basée sur la vérification de l'adéquation entre les programmes de formation des trois cycles.

- Ces programmes répondent-ils à un profil professionnel ? Si oui, quel est ce profil ?
- À quel degré les programmes de graduation de médecine, notamment ceux des deux premières années, servent-ils le profil professionnel ?
- Ces programmes servent-ils les trois niveaux d'objectifs éducationnels ?
- La mise en place de ces programmes est-elle institutionnalisée et à quel degré ? Ou au contraire elle est laissée à l'appréciation de l'enseignant ou des groupes d'enseignants ?
- Les méthodes qui permettent l'opérationnalité des programmes de formation, sont-elles définies par l'enseignant ou les groupes d'enseignants ? Ou au contraire elles font partie d'une démarche institutionnelle ?
- Quelle est la place qu'occupe l'étudiant dans le système d'enseignement - apprentissage ? est-il actif ? ou au contraire passif ?

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Général : Evaluer les programmes de formation initiale à la faculté de médecine de Batna - Algérie.

Spécifiques :

- Évaluer la cohérence des programmes d'enseignement du cycle préclinique avec ceux des cycles clinique et internat.
- Évaluer les méthodes d'enseignement et d'évaluation des connaissances

MÉTHODE

Il a été adopté le cadre méthodologique : évaluation des programmes des facultés de médecine - CIDMEF Bruxelles 2007 (6). L'étude a duré 4 ans entre 2009 et 2012.

Des enquêtes d'opinion ont été menées auprès des étudiants de graduation de médecine par le biais de questionnaires anonymes auto-administrés, ces enquêtes visent à recueillir la perception par les étudiants des différents enseignements des trois cycles de formation.

Des *Focus groups* ont été organisés auprès des enseignants chargés des enseignements en graduation de médecine. Ils avaient pour objectifs de faire le constat sur la mise en place des programmes des différentes disciplines.

Une autoanalyse a été menée auprès des responsables pédagogiques de la faculté de médecine. Elle a été consolidée par un rapport d'autoévaluation.

Les étapes de l'étude :

Phase 1 : Recueil des données, auprès des étudiants, des enseignants et des responsables de la faculté.

Phase 2 : Analyse des données.

Phase 3 : Évaluation interne ou autoévaluation consolidée par un rapport d'autoanalyse.

Le rapport de l'autoanalyse a été rédigé en tenant compte des dix axes des normes de base que la faculté doit respecter. Ces normes de base sont proposées par la CDMEF6. Il a été pris en considération pour ce travail essentiellement les axes suivants :

- Missions et objectifs de la faculté.
- Administration et gouvernance.
- Analyse des programmes des trois cycles.

RÉSULTATS

La perception des enseignements par les étudiants

Les enquêtes ont touchées 1340 étudiants avec un taux de participation de 86 %. 54% des étudiants du cycle préclinique enquêtés sur les enseignements précliniques estiment avoir des prérequis des enseignements secondaires, alors que 47 % des étudiants du cycle clinique estiment ne pas avoir les prérequis nécessaires aux stages cliniques. 65 % des étudiants enquêtés préfèrent un apprentissage individuel du cours magistral soutenu par un support écrit type polycopié.

36 % des étudiants trouvent qu'ils ont des difficultés de compréhension liées à la transition d'un enseignement secondaire en langue Arabe à celui universitaire en langue Française.

Les étudiants interviewés sur les méthodes d'évaluation des enseignements des deux premières années, jugent que les QROC sont les mieux adaptées pour eux (73,5 %), contre (48,8 %) pour les exercices et (22,3 %) pour les QCM.

72% des étudiants enquêtés, pensent que les connaissances acquises dans les modules d'anatomie, de physiologie et d'histologie sont les plus utilisées en clinique ; alors que seulement 13 % trouvent que les connaissances acquises dans les modules d'informatique, de physique, de chimie, de biostatistique et de biophysique sont utilisées en clinique.

67 % des externes et 60 % des internes jugent qu'ils sont peu informés des objectifs de stages cliniques. 54 % des étudiants externes jugent que l'interprétation d'une radiographie est la méthode d'évaluation de leurs stages.

86 % des externes interviewés déclarent recevoir, occasionnellement, des enseignements spécifiques au lit du malade ; alors que 66 % des internes interviewés ne reçoivent pas ce type d'enseignement. 55% des étudiants questionnés, déclarent qu'ils ne sont pas bien informés de la relation Médecin/Malade.

Les avis des enseignants de graduation de médecine

Le travail des *focus groups* a été consigné sur un rapport de synthèse, les principaux résultats sont :

- Exception faite pour les modules de première et deuxième années dont les programmes sont officiels et élaborés par le CPN de filière médecine en 2000, tous les autres modules enseignés en graduation de médecine ne sont pas officiels.
- Les enseignements disciplinaires des deux premières années sont des enseignements spécialisés enseignés de manière technique.
- Les liens fonctionnels entre les disciplines paraissent déphasés.
- Certains enseignements sont redondants et lourds.

- Aucune méthode d'enseignement n'est adoptée de manière claire par les enseignants (cours magistraux, dictée, objectifs des cours)
- Les méthodes d'évaluation sont orientées vers l'apprentissage académique.
- Aucune méthode innovante n'est utilisée par les enseignants (petits groupes APP/ARC, TIC, ECOS/portfolio). Elles sont méconnues par les participants aux groupes focalisés.

L'autoanalyse

La faculté de médecine de Batna a une vocation régionale de formation des médecins généralistes et spécialistes. Le profil professionnel n'est pas clairement défini, il est déduit à travers l'organisation actuelle du cursus de médecine.

Une rigidité institutionnelle empêche le développement pédagogique. Les textes réglementaires garantissent une "justice pédagogique" quant à la progression académique des étudiants. La faculté de médecine n'a pas, parmi ses missions, d'entreprendre des actions pédagogiques propres à celle-ci.

Les objectifs institutionnels ne sont pas définis et les champs d'action pédagogiques sont laissés à l'appréciation de l'enseignant ayant conduit un système de formation implicite centré sur l'enseignant. Dans ce modèle, les méthodes d'enseignements dominées par le cours magistral, les TD et TP en faveur du niveau taxonomique (1) du domaine cognitif de Bloom (7). Il n'y a aucune forme d'enseignement par petits groupes en faveur de l'apprentissage type Apprentissage Par Problèmes (APP) et Apprentissage au Raisonnement Clinique (ARC).

Les domaines psychoaffectif et psychomoteur ne sont pas favorisés dans les services cliniques. Les stages cliniques sont obligatoirement effectués au niveau des CHU.

Une confusion a été constatée concernant l'élaboration des programmes de graduation de médecine. La politique d'admission des étudiants est fondée exclusivement sur la moyenne générale obtenue au Baccalauréat La langue d'enseignement est considérée comme la cause directe des difficultés de compréhension rencontrées par les étudiants.

DISCUSSION

Il est tenu comme éléments de discussion de ce travail plusieurs axes :

Les orientations curriculaires

La faculté de médecine est dite "active" si elle adopte un système de formation qui répond aux besoins de santé de la communauté (3). Elle est dite "proactive" si elle arrive à anticiper ces besoins et adapte efficacement son système de formation en réponse à cette demande (8).

L'identification du profil professionnel en réponse aux besoins de santé de la population, permet à la faculté d'accomplir au mieux ses missions de formation (3). Le profil professionnel le plus visé par les facultés est celui de la médecine générale.

La WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) propose un ensemble d'actions professionnelles qu'un médecin généraliste est appelé à accomplir pour répondre, au mieux, à la demande de

soins de la population (9). D'autres organismes comme l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) insiste à ce que le système de formation soit orienté vers la communauté et axé sur l'apprentissage (3).

La conférence des INES/SM (Instituts Nationaux de l'Enseignement Supérieur / Sciences Médicales) en 1990 a fortement recommandé ces orientations (10).

Lors de l'analyse des données, l'objectif général de la formation n'est pas explicité comme un profil attendu à des niveaux institutionnels variables. Le profil professionnel n'a été déduit qu'à travers l'organisation du cursus de médecine. Il s'agit d'un "curriculum caché" où la plupart des déterminants de l'identité médicale du personnel formé ne sont pas transmis par l'enseignement du curriculum formel (11).

L'institutionnalisation du cursus de médecine s'est faite au cours des années 1970 (12) dans des conditions politico-économiques et sociales particulières à cette époque. En 2000, l'empreinte du système de santé sur la formation des médecins généralistes n'a pas pris en considération tous les aspects de l'élaboration et de la mise en place des programmes de formation. Les réflexions pour de nouvelles orientations curriculaires ne sont pas prises en considération (13).

Les Programmes

Les caractères "pertinence et uniformité" des programmes, reflètent la réponse de la faculté de médecine aux besoins de santé. Seuls les programmes des deux premières années ont été revus en Mai 2000 dans des circonstances particulières (14).

Cette révision a reconduit certains programmes de Tronc Commun Bio Médical (TCBM) "à priori classant" comme des programmes de formation spécifique pour la filière Médecine.

Cette révision des programmes n'a pas tenu compte des trois composantes complémentaires et indissociables d'un programme de formation (15) : intrant, processus, extrant. Elle s'est limitée à regrouper les programmes sous formes d'intitulés de chapitres, qui peuvent correspondre aux objectifs intermédiaires (3). Les enseignants de cytologie, de génétique et de chimie disposent des programmes officiels établis par le Comité Pédagogique National de Médecine (CPNM).

Les intitulés des chapitres élaborés par le CPNM sont traités selon la perception personnelle et/ou collégiale des enseignants. Les enseignants de certaines disciplines ont adopté leurs propres programmes et le caractère uniforme de l'enseignement des disciplines n'est pas garanti.

Deux catégories d'enseignants ont été identifiés :

- Le 1^{er} groupe : s'inspire des programmes d'autres facultés nationales ou internationales ;
- Le 2^{ème} groupe utilise par défaut des programmes du CPNS (Comité Pédagogique National de Spécialité).

En l'absence des Comités de Programmes, organe consultatif inexistant dans nos facultés de médecine, l'adoption, l'élaboration et la mise en place des programmes sont laissées à l'appréciation des enseignants. L'institutionnalisation des Comités de Programmes permettra le suivi et l'évaluation des programmes de formation médicale (16).

Le Cycle préclinique

La phase préclinique doit être abordée selon l'approche pédagogique adoptée par le système de formation (linéaire ou intégrée) (2).

Les enseignements du cycle préclinique se déroulent durant les trois premières années du cursus de médecine. Ce cycle est consacré aux enseignements des sciences basiques et fondamentales.

Les étudiants trouvent peu utiles les enseignements de certaines disciplines (Stat-math, Chimie, Physique et Informatique). Les disciplines jugées mieux exploitées sont de nature médicale (Anatomie, Physiologie et Histologie).

L'imbrication des connaissances spécialisées favorise les cloisonnements. Pour rendre pertinent les programmes du cycle préclinique, il est proposé que les enseignements intégrés par appareils soient privilégiés. L'approche fusionnelle des sciences de base/sciences cliniques permettra d'éviter le cloisonnement des disciplines et fera sortir la caractéristique appliquée des sciences basiques et fondamentales (3).

Le système d'enseignement /apprentissage

Le cloisonnement des programmes des deux premiers cycles est un aboutissement logique d'un système implicite centré sur l'enseignant où ce dernier favorisera sa discipline, sans tenir forcément, compte du produit attendu de la formation (17,18).

La faculté doit définir et adopter des méthodes d'enseignement et d'évaluation du savoir pour répondre efficacement au profil professionnel (19).

Des "balises institutionnelles" sont à instaurer pour éviter d'éventuels dépassements pédagogiques des enseignants. En 2011, un guide assez détaillé décrivant le processus des programmes de la Première Année Commune des Études de Santé (PACES) a été adopté par certaines facultés de médecine Françaises (20,21). Dans leurs guides, outre les objectifs intermédiaires (modules, cours), ces facultés ont bien pris en considération les différentes dimensions relatives à la mise en place des programmes (méthodes d'enseignements et d'évaluation des connaissances).

Par opposition, dans un système centré sur l'enseignant, c'est ce dernier qui détermine la méthode que lui seul juge appropriée à l'enseignement de sa discipline (4,22).

L'absence de finalités des programmes d'enseignements peut conduire à des difficultés de compréhension. Les étudiants trouvent qu'ils ont des difficultés de compréhension liées à la transition d'un enseignement secondaire en langue arabe à celui universitaire en langue française. Lors de la phase d'autoanalyse, la langue d'enseignement est considérée comme la cause directe des difficultés de compréhension rencontrées par les étudiants.

L'évaluation des connaissances

L'enseignant dans sa mission certificative, décide de la méthode d'évaluation à utiliser (22). Il décide quelles connaissances il faut évaluer et quelles autres connaissances qu'il ne faut pas évaluer. Des exercices techniques sont utilisés en physique, biophysique, chimie, stat-math, informatique, biochimie et génétique

Des questions rédactionnelles sont préférées en anatomie et en éthique médicale, alors que des QCM sont préférées en physiologie et en cytologie.

Les stages pratiques

Quatre éléments peuvent compromettre le mandat pédagogique de l'externat (23), outre l'organisation curriculaire et l'évaluation et le monitoring, la qualité didactique et l'environnement clinique.

L'environnement clinique est adéquat si les étudiants sont informés de ce qu'on attend d'eux en matière d'apprentissage (23). Les externes et les internes, estiment que les objectifs des stages ne leurs sont pas transmis.

La qualité didactique dans les services cliniques est assez réduite en des enseignements dirigés. Cet enseignement prend différents aspects, étude théorique des cas cliniques et des dossiers de malades.

La conférence des INES/SM (9) a précisé qu'il faut une réorganisation, valorisation du stage clinique et une validation des terrains de stage. Un carnet de stage a été proposé pour un meilleur suivi pédagogique de l'externe et de l'interne (9). Malheureusement, ces recommandations n'ont pas été appliquées.

Une "rigidité" institutionnelle empêche le partenariat avec d'autres structures de santé qui peuvent offrir des champs d'apprentissage clinique aux externes et aux internes (24,25). Les lieux de stage clinique sont exclusivement au niveau des CHU.

Au niveau des services, l'interprétation d'une radiographie est l'outil de validation des connaissances acquises dans un service. Cette interprétation de radiographie ne constitue qu'une évaluation des connaissances cognitives (7).

L'évaluation devait se faire "in vivo" au lit du malade où l'apprenant est appelé, à montrer un certain nombre de connaissances contributives, aux domaines psychoaffectif et psychomoteur (26,27). Elle est formative critériée si elle permet le monitoring des acquis des étudiants (23).

Des dimensions du Professionnalisme (27) ne semblent pas bien introduites dans le cursus des diplômés. L'apprentissage de la relation médecin-patient prend tout son sens s'il est véritablement intégré à la formation au professionnalisme (28), englobé dans un cursus plus explicite et formel (27,28).

Le stage interné

L'organisation des stages internés s'articule autour de deux rotations obligatoires: la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique. Ceci dénote l'importance qu'accordent les pouvoirs publics à la santé mère-enfant.

Notre enquête révèle une appréciation peu satisfaisante pour ces deux services. Malgré l'importance qu'occupent ces deux rotations dans le cursus des études de médecine générale, aucune forme d'enseignement spécifique ne semble être dispensée

Des outils d'évaluation type ECOS sont recommandés (29-32). Une fiche d'activités professionnelles sera formulée en fonction du profil professionnel du premier diplôme escompté; elle couvrira les trois domaines du savoir (intellectuel, geste et comportement). Cette fiche sera consignée clairement dans le carnet du stage interné où il sera inscrit, outre la liste d'activités de l'interne, une forme de

validation certificative dotée d'un barème que chaque responsable de stage est tenu de remplir pour certifier de façon critériée les acquis pratiques de l'interne.

La soutenance publique de mémoire de fin des études de médecine a été abrogée par le décret N° 94 -219 du 23 Juillet 1994 (33), où l'étudiant doit présenter un rapport de stage soumis à l'évaluation d'un comité pédagogique de stage spécialisé.

Sanctionner le stage interné par une soutenance publique obligatoire d'un "mémoire" et/ou une thèse d'exercice devant un jury au lieu d'un rapport de stage.

CONCLUSION

Le présent travail constitue une étape pour l'instauration de la culture d'évaluation. Les résultats de cette évaluation permettent de déclencher une dynamique au sein de la faculté de médecine de Batna tout en mobilisant les étudiants, les enseignants et les responsables pédagogiques.

Des études complémentaires sont préconisées. Elles s'intéresseront à l'évaluation plus profonde des cycles, clinique et internat, vue la place qu'occupent ces deux cycles dans le cursus de médecine. Les stages pratiques peuvent faire l'objet d'une évaluation, d'analyse de situations et d'une prise des décisions. L'apprentissage clinique est au cœur du cycle d'internat. La réalisation d'études qui traitent les dimensions pédagogiques du stage interné reste à développer.

Le profil professionnel peut faire l'objet d'une étude approfondie. Les partenaires de santé et de l'université s'attacheront à identifier les actions, les activités et les tâches professionnelles du personnel de santé que la faculté s'engage à former.

Reconduire des enquêtes auprès des étudiants doit faire partie de la dynamique pédagogique de la faculté. L'apport des informations de retour est nécessaire pour mieux guider leur apprentissage. Motiver les enseignants à s'intégrer dans le processus de dynamique pédagogique. Les aider à concevoir leur place dans le système de formation/santé est dépendant de leurs connaissances du fonctionnement de ce système.

Faire de l'enseignant un partenaire actif de ce système demande l'organisation d'ateliers pédagogiques qui permettent l'appropriation des techniques d'enseignement. Le modèle « former les formateurs » avec trois niveaux établis par la CIDMEF, est applicable dans ce cas.

Déclaration d'intérêts: les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Stake RE. The countenance of Educational Evaluation. Teachers college record. 1967; 68:523-540.
2. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of teaching; bulletin.4. New-York: The Carnegie Foundation, 1910.
3. Guilbert JJ. Le Guide pédagogique pour les personnels de santé; Offset 35 OMS 2001.
4. Kaufman MD; L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant: une fausse dichotomie. pmed 2002;023; 145-147
5. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie Médicale 2002 ; 3(1) : 38-52

6. Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française. Conseil d'évaluation. "Normes de base". Bruxelles 2007 [On line] www.cidmef.u-Bordeaux2.
7. Bloom BS & al. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New-York: Mc Kay, 1956.
8. Boelen C. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. *Pédagogie médicale* 2008 ; 9 (4) : 235-244.
9. La définition européenne de la médecine générale- Médecine de famille (WONCA Europe) 2002. [On line] www.wancaeurope.org/
10. MESR- Rapport des commissions et synthèse. Conférence Nationale des INES/SM, 24- 25 Octobre 1990-Annaba.
11. Hafferty FW, Franck R. The hidden curriculum, *Acad Med* 1994; 69: 861-871.
12. République Algérienne. Article 1 du Décret N° 71-215 du 25 Août 1971 portant création de diplôme de Docteur en Médecine. *Journal officiel* du 25/08/1971.
13. Guedjati MR, Bounecer H. Quand le vent du "printemps arabe" souffle sur les facultés de médecine algériennes. Réflexions pour des orientations curriculaires. *Pédagogie Médicale* 2013 ; 14 (2) : 139-141
14. République Algérienne. Décision N° 794 du 31 Octobre 2001 portant sur les programmes pédagogiques de la 2ème année de médecine. *Journal officiel* du 31/10/2001.
15. Nadeau MA. Evaluation des programmes. Théorie et pratique. Canada 1998 ; Edition Les Presses de l'université de Laval.
16. Barrier JH, Potvin P. L'organigramme dans les facultés de médecine : son importance pour un développement pédagogique durable. *Pédagogie médicale* 2003; 4 (2): 93-96
17. Muirhead RJ. E-learning: Is this teaching at students or teaching with students? *The Nurs Forum* 2007; 42:178-84.
18. Bail B, Giet D. Enjeux de promesses de la formation initiale en contexte de médecine ambulatoire et de soins primaires. *Pédagogie Médicale* 2009 ; 10:157-159.
19. Honnorat C. Quels besoins enseigner, quels besoins d'enseigner ? *Pédagogie médicale*. 2001 ; 2 :26-30.
20. Organisation de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) et modalités d'accès à la première année d'école de masso-kinésithérapie. . [On line] www.univ-rouen.fr/
21. Organisation de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) [On line] www.biomedicale.parisdescartes.fr
22. Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche compétences ? Repères conceptuels et implication pour les activités d'un enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie médicale* 2007 ; 8 : 232- 251.
23. Langevin S, Hivon R. En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ? Une étude qualitative fondée sur une analyse systématique de la littérature. *Pédagogie médicale* 2007;1:7-23.
24. Guilbert JJ. Vers une formation pertinente des personnels de santé. Pourquoi cela prend-t-il du temps ? Que faire ? *Pédagogie Médicale* 2003 ; 4 : 35-41
25. Des Marchais J. Apprendre à devenir médecin, bilan d'un changement pédagogique centré sur l'étudiant. Sherbrooke, Canada : Presses de l'Université Sherbrooke, 1996.
26. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990; 65(Suppl.9):S63-7.
27. Scheffer P. Préparer les étudiants en médecine à affronter l'influence de l'industrie pharmaceutique : un enjeu éthique, professionnel et éducationnel. *Pédagogie Médicale* 2016; 17(3): 189-197
28. Davis M H, OSCE: The Dundee experience. *Medical Teacher* 2003; 25 (3): 255- 261.
29. 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* 2004;5:159-66.
30. Barrier J H, Lamontagne L B, Colin R, Quinton A, Llorca G, Ehua F S et le Conseil pédagogique de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française. La formation au professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. *Pédagogie Médicale* 2004 ; 5 : 75-81.
31. Cossette R, Mc Clish S. La tenue d'un examen clinique objectif structuré (ECOS) : ses étapes de réalisations, ses applications en laboratoire et en clinique et ses retombées pédagogiques. Actes du colloque annuel 2000. *Journal de l'AEESICQ*, 15(1), 12-14.
32. Sibert L, Grand'Maison P, Charlin B, Grise P. Développement d'un Examen Clinique Objectif Structuré pour évaluer les compétences des internes en urologie. *Pédagogie médicale* 2000. 1 (1), 33-39.
33. République Algérienne. Décret N° 94-219 du 23 Juillet 1994 portant sur l'organisation des études médicales. *Journal officiel* du 23 /07/1994.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com

ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

