



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE MARRAKECH

Année 2015

Thèse N° 89

La formation médicale initiale Point de vue des médecins généralistes : exemple des villes Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../2015

PAR

Mlle. **Zahra EL ASNAOUI**

Née Le 06 Octobre 1986 à Hssya-Tinghir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Formation médicale initiale – Médecine générale – Formation théorique
Formation pratique

JURY

Mr. **M. BOUSKRAOUI**

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENT

Mr. **M. AMINE**

Professeur agrégé d'Epidémiologie Clinique

RAPPORTEUR

Mr. **Z. DAHAMI**

Professeur d'Urologie

Mr. **L. ADERDOUR**

Professeur agrégé d'Oto-rhino-laryngologie

} JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ
الصَّالِحِينَ "

صدق الله العظيم

سورة النمل الآية 19



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948.



LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire: Pr Badie Azzaman MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la recherche et la coopération : Pr.Ag. Mohamed AMINE

Secrétaire Générale : Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie

AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha (Militaire)	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani (Militaire)	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil (Militaire)	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha (Militaire)	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato-orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha (Militaire)	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid (Militaire)	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed (Militaire)	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae (Militaire)	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie

BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BEN DRISS Laila (Militaire)	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi (Militaire)	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid (Militaire)	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal(Militaire)	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QACIF Hassan (Militaire)	Médecine interne
CHAFIK Aziz (Militaire)	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef (Militaire)	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Nouredine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses

EL BARNI Rachid (Militaire)	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine (Militaire)	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme (Militaire)	Rhumatologie
AISSAOUI Younes (Militaire)	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said (Militaire)	Médecine interne
ARABI Hafid (Militaire)	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine (Militaire)	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi (Militaire)	Radiologie	LAHKIM Mohammed (Militaire)	Chirurgie générale

BAIZRI Hicham (Militaire)	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed (Militaire)	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar (Militaire)	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub (Militaire)	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed (Militaire)	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHSINE Abdelilah (Militaire)	Radiologie
BENLAI Abdeslam (Militaire)	Psychiatrie	NADOUR Karim(Militaire)	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef (Militaire)	Oto-Rhino - Laryngologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua (Militaire)	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam (Militaire)	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness (Militaire)	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef (Militaire)	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid (Militaire)	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed (Militaire)	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa (Militaire)	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah (Militaire)	Chirurgie Thoracique



DEDICACES

A la mémoire de ma chère mère Aicha Daoui

Tu étais pour nous la meilleure des , celle qui a consacré sa vie au grand bonheur de ses enfants, tes prière ont été pour nous un grand soutien moral. J'aurais tant aimé que tu soies présente. Puisse ton âme repose en paix, Qu'Allah, le tout puissant, te couvre de Sa Sainte miséricorde.et nous unissent dans son paradis.

A mon cher père Ibrahim El Asnaoui

Tu es pour moi un sujet de fierté. Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, ma gratitude, ni mon infinie reconnaissance pour l'ampleur des sacrifices et des souffrances que tu as enduré pour mon bien être. Tes prières ont été pour moi un grand soutien moral tout au long de mes études. Ce travail est aussi le fruit de ton encouragement et de ta bénédiction. Puisse Allah tout puissant te protéger, te procurer longue vie, santé et bonheur.

A ma très chère grande mère Fatima Asnaoui

A la plus douce et la plus tendre des grandes mères. Aucune dédicace ne saurait exprimer ma reconnaissance, mon grand attachement et mon grand amour. Tu étais toujours de nos cotés. Que cette thèse soit le témoignage de ma profonde affection et de mon humble reconnaissance pour les nombreux sacrifices que tu as consentis à notre égard.

A mon cher oncle Lahcen El Asnaoui

Merci pour ton soutien, ton amour, ton indulgence, tes sacrifices et ta patience. Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, ma gratitude, ni mon infinie reconnaissance pour ton énorme aide pour que je puisse continuer mes études en médecine et pour mon bien être, merci d'avoir été présent dans les moments les plus difficiles. Qu'Allah te protège et te procure santé et joie. Trouve dans ce travail témoignage de ma reconnaissance et de mon éternel respect et amour.

A mon cher oncle Ahmed El Asnaoui

Je tiens à te remercier pour votre aide et votre encouragement, Que ce travail soit le témoignage de ma haute considération, de ma profonde reconnaissance et de mon sincère respect. Qu'Allah te procure bonheur, santé et grand succès.

A ma grande mère Fatima Daoui

Je te remercie vivement pour ton soutien et tes prières. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde affection.

A Monsieur El Ouafi Mohammed et Mme Eddaoudi Fatima

Vous m'avez accompagné avec bienveillance tout au long de mes études en médecine, Aucune dédicace ne saurait exprimer ma profonde gratitude, ni mon grand amour, ni mon infinie reconnaissance pour vos considérables sacrifices, votre soutien, votre accompagnement, votre disponibilité et votre bonne humeur. Merci d'avoir été présent dans les moments les plus difficiles, vous êtes vraiment ma deuxième famille à Marrakech. Qu'Allah vous protège et vous procure santé et joie. Ce travail est aussi le fruit de votre encouragement et de votre bénédiction.

*A mes chères sœurs Rachida, Fatima, Malika, Mariam, Khadija,
A mes chers frères Aly, Abdoullah, Youssef, Moujahid et Mohsine.*

En témoignage de votre gentillesse trouvez dans ce travail l'expression de mes sentiments les plus fraternels. Je vous souhaite tout le bonheur dans votre vie personnelle et professionnelle.

*A mes oncles Mohamed, Mhand, Ibrahim et Ali Daoui
A mes tantes Zahra El Asnaoui, Fatima Ouhra, Hagg, Zahra Akbour, TLa, Khadija, Itto,
Zahra et Fatima Daoui.*

Vous êtes les plus gentilles des tantes et oncles, aucune dédicace ne saurait exprimer votre soutien et vos prières à notre égard. Trouvez dans ce travail l'expression de mon respect et de ma grande affection. Mille Merci.

*A mes cousins Saïd, Redouan, Mohamed, Abderrahim, Hamid, Youssef, Elhoussine, Lahcen
Abdelaziz.*

Les mots ne sauraient exprimer l'étendue de l'affection que j'ai pour vous ainsi que ma gratitude.

*A mes cousines Fatima Zahra, Fatima El Asnaoui, Assia, Farah, Marwa, Aicha, Mariam,
Khadija, Fatima Akabour*

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère

A mes chères sœurs de Marrakech : Naima, Hafida, Ilham, Asmae, Rachida, Khadija Et Firdaous

Je vous remercie d'être toujours avec moi .Aucun mot peut exprimer ma profonde affection et gratitude en vers vous. Je vous souhaite tout le bonheur dans votre vie.

A mes chers frères de Marrakech : Abdelaziz, Mustapha, Saleh, Aly, Khalid, Abdorrahman, Othmane Et Rayane

Je vous remercie pour votre soutien tout au long de la période de mes études en Médecine. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et de ma reconnaissance la plus sincère.

A mes chers neveux Tarik, Khadija, Hajar, Mohamed, Yassine et Rania

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour vous. Votre joie et votre gaieté me comblent de bonheur. Puisse Allah vous garder, éclairer votre route et vous aider à réaliser à votre tour vos vœux les plus chers.

A la mémoire de mes grands pères Mohamed et Moha

Puissent vos âmes reposent en paix, Qu'Allah, le tout puissant, vous couvre de Sa Sainte miséricorde.et nous unissent dans son paradis.

A toute ma famille EL Asnaoui, Asnaoui. et Daoui .

A tous mes oncles à toutes mes tantes, leurs époux et épouses, à mes cousins et cousines

*A tous qui' m'ont aidé, soutenue et encouragé pour la réalisation de ce travail :
Mr.Mohamed Asnaoui (Er-Rachidia), Mr.Mohamed El Asnaoui (Kalaat M'gouna), Lahcen
Kabouri (Ouarzazate)*

Je vous remercie pour votre accueil chaleureux et votre soutien tout au long de la durée de l'enquête)

À toutes mes amies :

Latifa El-Hamri, Bouchra Kabouri, Khadija El Moutaouakkil, Khadija El Ouafi, Aziza, Meriem et Fatim Zahra El Ouadghiri, Mariam El Hamri, Souad Ait Ihya, Nadia Eddaoudi, Hayate Bouchtalla, Maria Dref, Fatima El Amrani, Kenza El Atiqi, Fatima El Kabouri, Samira Ouhra, Saidia, Fatima et Latifa ouzaid, Nauaf Oummou, Saloua Oummou, Fatima Kabouri, Fatima Asnaoui, Zahra Haddoudi, Mariam Ouchari, Aicha Kabouri, Kaltoum Hamame

En souvenir de notre sincère amitié et des moments agréables que nous avons passé ensemble. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

À Tous Mes Enseignants Du Primaire, Secondaire Et De La Faculté De Médecine De Marrakech

À tous mes proches qui m'ont soutenue du près et de loin.

À tous mes collègues, du primaire à l'université.

À tous les médecins participants à l'enquête de cette présente étude.

À tous ceux que j'ai omis de citer le nom et qui ne sont pas les moindres.



REMERCIEMENTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE : Pr. M. BOUSKRAOUI

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant aimablement la présidence de notre jury. Vos qualités professionnelles et humaines ont toujours suscité notre admiration. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail mes sincères remerciements et toute la reconnaissance que je vous témoigne

A MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE : Pr. M. AMINE

Je suis très touché par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail. Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie ont profondément marqué et nous servent d'exemple. Votre présence et votre disponibilité m'ont été précieuses, votre exigence et votre souci du détail m'ont incité à approfondir ma réflexion. Permettez-moi de vous exprimer ma sincère gratitude et mes remerciements pour m'avoir dirigé et conseillé tout au long de l'élaboration de cette thèse. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et mon profond respect.

A MON MAÎTRE ET JUGE : Pr. S.AIT BEN ALI

Je vous remercie de m'avoir honoré par votre présence. Vous avez accepté aimablement et gentiment de siéger parmi notre honorable jury pour juger cette thèse. Cet honneur me touche infiniment et je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de ma gratitude et mon profond respect.

A MON MAÎTRE ET JUGE : Pr. Z.DAHAMI

Je tiens à vous remercier cher maître pour vos encouragements et vos précieux conseils durant mes études universitaires. Votre présence au sein de notre jury constitue pour moi un grand honneur. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Soyez assuré de mon grand respect.

A MON MAÎTRE ET JUGE : Pr. L. ADERDOUR

Je tiens à vous remercier infiniment cher maître pour votre perpétuel soutien, vos encouragements et votre disponibilité tout au long de mes études universitaires. Je me souviendrai toujours de vos grandes qualités humaines et professionnelles. Je vous remercie du grand honneur que vous me faites en acceptant de faire part de notre jury.

A Professeur L.ADERMOUCH

Je vous remercie vivement de l'aide précieuse que vous m'avez apportée pour la réalisation de ce travail.

Remerciements spéciaux:

*Pr. Essadki, Pr. Karima Faouzi, Mme Imane Benmbarek, Pr. Nisserine Louhab,
Pr. Ait Oumriem Mouloud, Dr Nadia Bouhlal, Mr. M'Hamed Hadid, Mr. Lhoussain Issimour,
Mr. Lhoussain Lakouz, Mr. Lahcen Lakouz,*



PLAN

Introduction	01
Objectif de l'étude	03
Participants et Méthodes	04
I. Type d'étude	05
II. Population cible	05
III. Variables à l'étude	06
IV. Description du questionnaire	07
V. Distribution de questionnaires	08
VI. Analyse des données	08
VII. Considérations éthiques	08
VIII. Difficultés rencontrés au cours de l'étude	09
Résultats	10
I. Taux de réponse	11
II. Description de la population	11
III. La formation théorique	13
1. Sciences biomédicales fondamentales	13
2. Sémiologie et pathologie médicochirurgicale	18
3. Moyens pédagogiques mis en œuvre	24
IV. La formation clinique	28
1. Stage des soins infirmiers	28
2. Stage d'externat	29
V. L'évaluation des étudiants	36
1. Les examens semestriels	36
2. Les méthodes d'évaluation utilisées	37
VI. Environnement de la formation	40
1. Relation enseignant /Etudiant	40

2. Accès aux responsables administratifs	42
3. Les différentes émotions accompagnant les médecins durant leur formation	42
4. Difficultés matérielles au cours des études	43
5. Locaux et équipement :	43
VII. La formation médicale continue	44
1. Adhésion à une activité de formation continue	44
2. Moyens utilisés pour la FMC	44
3. Les obstacles rencontrés pour la FMC	44
4. Les objectifs de la FMC	45
VIII. Perception des études et de la profession médicale	46
1. Satisfaction d'être un médecin généraliste	46
2. Le choix de la carrière de médecine générale	47
3. L'image du médecin généraliste	48
4. Les suggestions d'amélioration recommandées par les médecins interrogés	50
Discussion	56
I. Cadre conceptuel	57
1. Définition de la médecine générale.	57
2. Le profil idéal du médecin généraliste.	60
3. Evaluation de la formation médicale initiale	61
II. Discussion des résultats	65
1. Formation théorique	65
2. Formation clinique	73
3. Moyens pédagogique mise en œuvre	77
4. Evaluation des étudiants	80

5. Environnement de la formation	82
6. Formation médicale continue	85
7. Perception des études et de la profession médicale	86
III. Forces et limites de l'étude	88
Conclusion	90
Résumés	92
Annexes	96
Bibliographie	128



INTRODUCTION

L'évaluation de la formation médicale initiale du médecin généraliste et l'appréciation du niveau de concordance entre cette formation et la pratique de la médecine générale constituent une des principales étapes pour fonder un système de formation médicale adapté et préparant le médecin à répondre aux attentes du système de santé et aux besoins de la population.

Une évaluation de la formation impose l'évaluation de l'enseignement dans sa globalité aussi bien théorique que pratique ; ceci nécessite donc une redéfinition et une description précise du rôle du futur médecin généraliste et la détermination de son profil idéal pouvant assurer ses fonctions dans la communauté.

L'évaluation des programmes des études médicales est en voie de devenir une obligation pour toutes les facultés de médecine. Elle doit permettre de vérifier l'adéquation entre les besoins de la société et les objectifs de formation des médecins ainsi que de s'assurer que les programmes d'études et les ressources utilisées rendent possible l'atteinte de ces objectifs.

La participation des étudiants constitue un des éléments fondamentaux pour la réussite de cette évaluation. Dans son guide [1] intitulé « Politique et Méthodologie d'Évaluation des Programmes d'Études Médicales et des Facultés de Médecine » La commission internationale des doyens de faculté de médecine d'expression française (CIDMEF) annonce clairement qu'il est essentiel que les étudiants participent à l'évaluation de leur faculté.

La WFME (World Federation of Medical Education) préconise l'adoption de normes internationales sur l'enseignement de la médecine (annexe 2). Ce référentiel a été élaboré par un groupe d'experts internationaux et comporte deux types de normes : des normes obligatoires qui doivent être impérativement retrouvées dans chaque faculté de médecine et des normes souhaitables garantissant un niveau optimal de la qualité de l'enseignement. [2]

Parmi les normes obligatoires, la WFME prévoit que la faculté de médecine doit arrêter les mesures applicables à la représentation des étudiants au sein des comités d'établissement et à leur participation à la conception, à la gestion et à l'évaluation des programmes d'études ou à toute autre activité les intéressant directement. [2,4]

L'étude de la satisfaction des étudiants et principalement dans cette présente étude, les ex-étudiants en médecine; par rapport à leur formation médicale détient une place privilégiée au sein de la recherche en pédagogie médicale. En effet, Prystowsky et Bordage de l'université de Chicago ont analysé 599 articles publiés entre 1996 et 1998 dans les trois plus grands journaux scientifiques traitant d'éducation et de pédagogie médicale. Les études sur la satisfaction et la performance des étudiants viennent en tête avec 68,9% des publications. Le point de vue des responsables facultaire vient en deuxième position avec un pourcentage de 19,4%. [3,11,36]

Objectif de l'étude

Le but de notre travail était de déduire l'appréciation des médecins généralistes de leur programme des études médicales et leur niveau de satisfaction en vers leur formation initiale ainsi que leurs suggestions et propositions d'amélioration du programme des études médicale et des stages hospitaliers.

***PARTICIPANTS
& METHODES***

I. Type d'étude

Pour pouvoir répondre aux objectifs de notre travail, nous avons retenu une étude descriptive transversale utilisant un questionnaire anonyme comprenant plusieurs sections articulées autour d'une majorité des questions fermées.

II. La population cible

L'enquête a concerné les médecins généralistes lauréats de nos facultés, du secteur public et privé, installés dans les villes suivantes : Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia.

Les listes des médecins généralistes du secteur public inclus dans l'étude ont été fournies par les délégations de ministère de la santé correspondantes. Les médecins généralistes privés ont été identifiés à partir d'un listing des pages jaunes.

Tableau I : Répartition des médecins vus selon leurs lieux d'installation.

	centres hospitaliers + centres de santé urbains	Communes rurales	Cabinets privés
Nombres de médecins généralistes vus	Tinghir : 8 KaLaat M'Gouna : 1 Boumalen : 1	Toudgha : 3 (Imider Ouaklim, Ikniouen) Taghzout : 3 (Taghzout nait Atta, Toudgha Soufla , Ait Lfarsi) Alnif : 4 (Alnif ,Msissi, Hssiya) Assoul : 2 (Assoul, ait Hani)	Tinghir : 6 Boumalen 1 Kalaat M'Gouna: 3
	Ouarzazate : 12	0	8
	Er-Rachidia : 11	0	6

III. Variables à l'étude

1.1. Variables explorant la formation théorique

a. Enseignement des sciences fondamentales

Les variables explorant l'enseignement des sciences fondamentales étaient les suivantes : la clarté de la communication des objectifs d'apprentissage, l'utilité selon les médecins des matières enseignées et leur satisfaction par rapport à l'enseignement des sciences fondamentales.

b. Enseignement de la sémiologie et des sciences cliniques

Les variables explorant l'enseignement théorique des sciences cliniques étaient les suivantes : la clarté de la communication des objectifs d'apprentissage, la coordination entre les enseignements théoriques et les enseignements pratiques cliniques, la satisfaction des médecins par rapport à l'enseignement de la sémiologie et des sciences cliniques.

1.2. Méthodes pédagogiques :

Les variables explorant les méthodes pédagogiques étaient les suivantes : l'assiduité au cours magistral, l'adaptation du cours magistral à l'enseignement théorique, la clarté de l'explication du cours, la disponibilité des enseignants en dehors des heures de cours, le comportement au sein du cours, la satisfaction par rapport aux méthodes pédagogiques utilisées.

1.3. Variables explorant la formation pratique :

Les variables explorant le stage hospitalier étaient les suivantes : la clarté de la communication des objectifs de stage, l'utilité des externes au fonctionnement des services, l'évaluation du mode de répartition des étudiants, les aptitudes (savoir-faire et savoir-être) des médecins quand ils étaient étudiants, les caractéristiques de l'encadrement et la satisfaction des médecins par rapport à leur formation pratique.

1.4. variables explorant les méthodes d'évaluation :

Les variables explorant les méthodes d'évaluation étaient les suivantes : la méthode de préparation des examens, la durée de cette préparation et la satisfaction des médecins par rapport aux méthodes de cette évaluation.

1.5. variables explorant l'environnement de la formation :

Les variables explorant l'environnement de la formation étaient les suivantes : la relation enseignant/étudiant, l'appartenance des médecins à des associations quand ils étaient étudiants, l'accessibilité des responsables administratifs, la commission de soutien aux étudiants, les sentiments des médecins quand ils étaient étudiants.

1.6. Autres variables étudiées :

D'autres variables ont été étudiées notamment les difficultés rencontrées lors des études, perception des études et de la profession médicale et le regret du choix de la médecine générale.

IV. Description du questionnaire

Notre questionnaire était composé de 97 questions réparties en 9 catégories :

- Caractéristiques sociodémographiques (12 questions)
- Formation théorique en sciences fondamentales (12 questions)
- Formation théorique en sciences cliniques (10 questions)
- Moyens pédagogiques mis en œuvre (12 questions)
- Formation clinique (25 questions)
- Evaluations des étudiants (5 questions)
- Environnement de formation (8 questions)
- Formation continue (7 questions)
- Perception des études et de la profession médicale (6 questions)
- Commentaires et suggestions d'amélioration

V. Distribution des questionnaires :

Les questionnaires ont été distribués directement aux médecins généralistes du secteur public et privé au niveau de leurs lieux de travail (centres hospitaliers, centres de santé et cabinets privés) après avoir présenté le contexte de l'enquête et son objectif de façon succincte et demandé aux médecins leur bienveillante participation et sollicité leur consentement.

Les questionnaires ont été récupérés à des périodes différentes. Le délai de récupération d'un seul questionnaire était d'une journée à trois jours avec un maximum d'une semaine, seuls quelques questionnaires ont été récupérés sur place. La durée moyenne de réponse au questionnaire était de 20min. la durée totale pour pouvoir récupérer tous les questionnaires, était de 4mois, allant du Janvier 2013 à Avril 2013.

Tous les questionnaires ont été remplis avec un grand sérieux. Nous verrons tout au long du dépouillement combien les médecins ont répondu avec constance à l'ensemble des questions, du début à la fin du questionnaire et combien ont été nombreuses leurs réflexions et commentaires, en particulier pour les questions ouvertes du questionnaire.

VI. L'analyse des données :

La saisie et la validation des données ont été faites au Laboratoire d'Epidémiologie clinique et Santé Publique de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

L'analyse statistique a fait appel aux techniques usuelles d'analyse descriptive bi variée à l'aide de logiciel SPSS version 16. Le seuil de signification a été fixé à $\alpha=0,05$.

VII. Considérations éthiques :

Tout au long de cette étude, nous avons veillé au respect de la confidentialité et à l'anonymat des médecins. Le consentement oral des participants a été obtenu avant leur inclusion dans l'étude.

VIII. Difficultés rencontrées :

Au cours de la réalisation de cette enquête, nous étions confrontés à certaines contraintes :

1. Contraintes de déplacement dues à un manque de moyens du transport publique pour pouvoir rejoindre chaque médecin dans son lieu du travail. Ceci nous a obligé de limiter le nombre des médecins vus, en particulier au niveau de la ville de Ouarzazate et celle d'Er-Rachidia.
2. La récupération du questionnaire était rarement immédiate et nous exigeait de le récupérer après une période d'une journée à trois jours selon la disponibilité des médecins, la plupart des questionnaires ont été récupérés après plusieurs visites. Le délai maximal de récupération était d'une semaine à 10 jours.
3. Le refus de certains médecins (6 médecins) de répondre au questionnaire même après plusieurs tentatives de sollicitation de notre part pour participer à l'enquête. Les raisons de refus n'étaient pas évoquées. Un seul médecin qui a manifesté son désintérêt au sujet et osait dire « *c'est de n'importe quoi ! c'est on faisant n'importe quoi qu'on devient n'importe qui !* ». ce comportement de la part de ce médecin nous a fait énormément étonné mais nous étions devant l'obligation de supporter cette humiliation car notre souci était de parvenir à la réussite de ce travail.



RESULTATS

I. Taux de réponse

Parmi les 68 médecins que comptait notre échantillon, 61 ont accepté de répondre à notre questionnaire, soit un taux de réponse de 91%. 6 médecins ont refusé de répondre à notre questionnaire (1 médecin à Tinghir, 2 médecins à Ouarzazate et 3 médecins à Er-Rachidia).

Un seul questionnaire qui a été exclu de l'étude car son taux de remplissage n'a pas dépassé 50%.

II. Description de la population :

❖ Les caractéristiques sociodémographiques :

Parmi les 61 médecins pris en considération (répondants) :

- Quarante et un médecins (67%) étaient de secteur public.
- Trente sept médecins (61%) étaient de sexe masculin.
- L'âge varie de 26 à 65 ans avec une moyenne de 39ans.

Tableau II : Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

Caractéristiques	Effectif	Les pourcentages
Sexe :		
Masculin	24	60,7
Féminin	37	39,3
Age :		
26 à 30 ans	15	24,5
31 à 40 ans	21	34,4
41 à 50 ans	15	24,5
Plus de 50ans	10	16,4
Origine géographique :		
<u>Région d'étude</u>		
Tinghir	07	11,5
Ouarzazate	06	9,8
Er-Rachidia	11	18
Autres	31	51,3
Statut marital		
Célibataire	15	24,6
Marié (e)	44	72,1
Divorcé (e)	01	1,6
Veuf (ve)	00	00
Nombre d'enfants		
Pas d'enfant	30	49,2
1 enfant	10	16,4
2 enfants	08	13,1
3 enfants	10	16,4
4 enfants	01	1,6
Lieu de formation		
Rabat	23	39,3
Casa	17	27,9
Marrakech	14	24,6
Fès	07	11,5
Redoublement		
<u>Oui</u>	20	32,8
Nombre de fois :		
1 fois	11	55
2 fois	08	40
3 fois	01	5
<u>Non</u>	41	67,2

III. La formation théorique :

1. Sciences biomédicales fondamentales :

Dans notre échantillon, quarante cinq médecins (74%) ont estimé que le programme des sciences fondamentales comportait des objectifs d'apprentissage alors que 16 médecins (26%) ont estimé le contraire. Quant aux objectifs d'enseignement, quarante et un médecins (67%) ont rapporté qu'ils leurs n'ont pas été communiqués avant le début de l'enseignement, alors que 20 médecins (33%) ont affirmé qu'ils ont pu avoir ces objectifs avant le début du cours.

Quarante six médecins(75%) ont estimé que l'enseignement des sciences fondamentales leur a permis de mieux approcher et de comprendre les disciplines cliniques. Par ailleurs, la relation entre les disciplines fondamentales et la pratique clinique n'était pas évidente pour 50% des médecins.

Quant aux moyens pédagogiques utilisés dans l'activité d'enseignement, on voit que le cours magistral venait en premier étant le moyen pédagogique le plus utilisé suivi des travaux pratique et les travaux dirigés. Par ailleurs les supports audiovisuels et informatiques étaient en dernier lieu et plus de la moitié des médecins (53%) disaient qu'ils n'ont jamais utilisé ces outils.

Tableau III : Degré d'utilisation des différents moyens pédagogiques.

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Cours magistraux	80%	16%	4%	0%
Travaux dirigés	11%	55%	34%	0%
Travaux pratiques	11%	65%	24%	0%
Supports audiovisuels et informatiques	5%	11%	31%	53%

Les moyens les plus adaptés pour l'enseignement des sciences fondamentales selon les médecins étaient, par ordre, les travaux pratiques, les méthodes audiovisuelles et informatiques, les travaux dirigés et en dernier lieu, le cours magistral.

Tableau IV : Degré d'utilité des différents moyens pédagogiques utilisés

	Très approprié	approprié	Peu approprié	Pas de tout approprié
Cours magistral	27%	37%	32%	4%
Travaux dirigés	49%	40%	11%	0%
Travaux pratiques	74%	23%	3%	0%
Supports audiovisuels et informatiques	68%	26%	6%	0%

Plus de 50% des médecins ont estimé que les matières enseignées dans le programme des sciences fondamentales étaient utiles à leur formation clinique, par contre 8% ont signalé qu'elles étaient peu utiles pour leur formation.

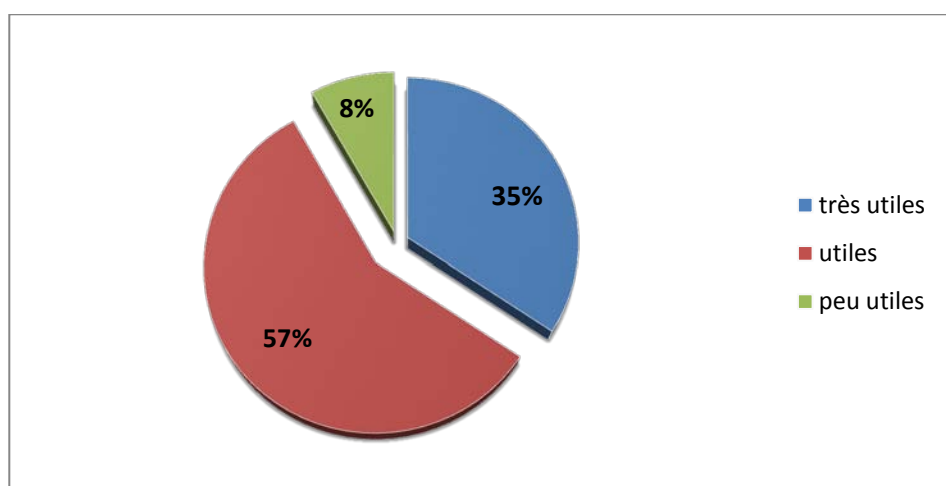


Figure 1 : Le degré d'utilité des différentes matières enseignées dans le programme des sciences fondamentales

Quarante cinq médecins (73%) ont estimé que le volume horaire était bien réparti entre les matières des sciences fondamentales, par contre 27% ont affirmé le contraire. Ces derniers ont avancé certains commentaires en défendant leurs avis à propos de cette répartition, parmi ceux-ci, il convient de citer les suivants :

« La biochimie et la biophysique doivent avoir moins d'heures d'études car elles sont théoriques et rarement qu'on en fait recourt en pratique courante ».

« Je n'étais pas satisfait de volume horaire parce que les enseignants étaient souvent des étrangers et ils venaient pour enseigner toute une longue matière (exemple : biologie cellulaire) pendant 5 jours à une semaine. »

« Le volume horaire n'était pas bien réparti car il y avait des matières hyperspécialisées qui prenaient beaucoup de temps au dépend des autres plus importantes pour la formation clinique nécessitant un large temps pour être bien assimilées. »

Sur la figure ci-dessous, on note que la majorité des médecins ont prouvé que le volume horaire accordé aux sciences fondamentales était adéquat alors que 25% ont signalé qu'il était considérable en *« consacrant beaucoup de temps par exemple pour l'histologie en premier cycle alors qu'elle n'est pas très utiles en pratique comme dans le cas de l'anatomie pathologie en 2eme cycle »*

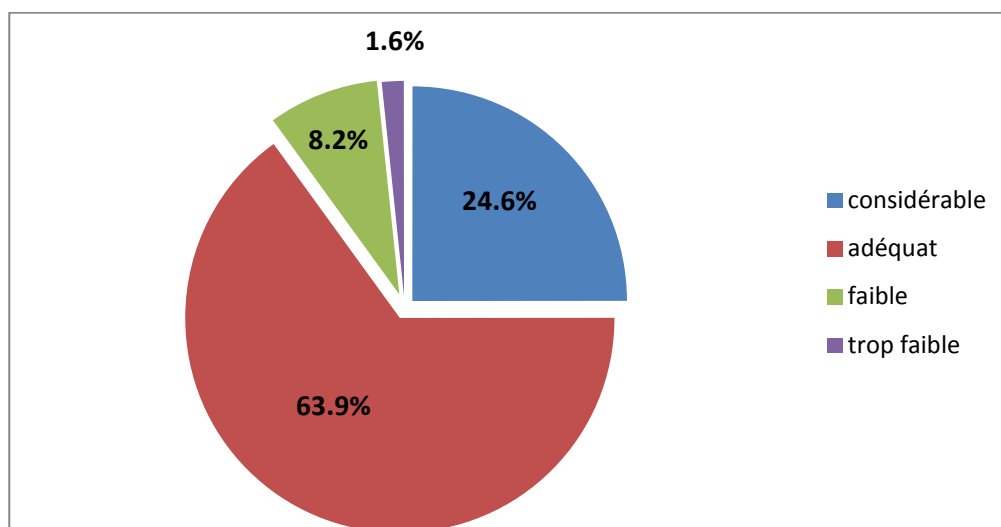


Figure 2 : Volume horaire accordé à l'enseignement des sciences fondamentales

On ce qui concerne le niveau des enseignements, trente quatre (56%) médecins ont rapporté qu'il était bien adapté alors que 20% ont signalé que ce niveau était avancé.

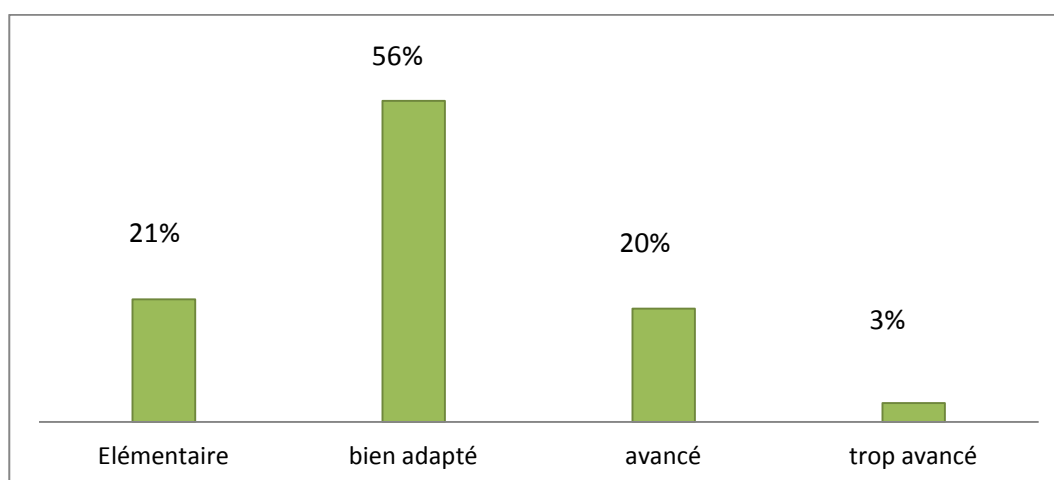


Figure 3: Niveau des enseignements des sciences fondamentales.

La majorité des médecins (75%) étaient satisfaits du programme de formation des sciences fondamentales alors que 22% étaient peu à pas de tout satisfait. La charge du travail,

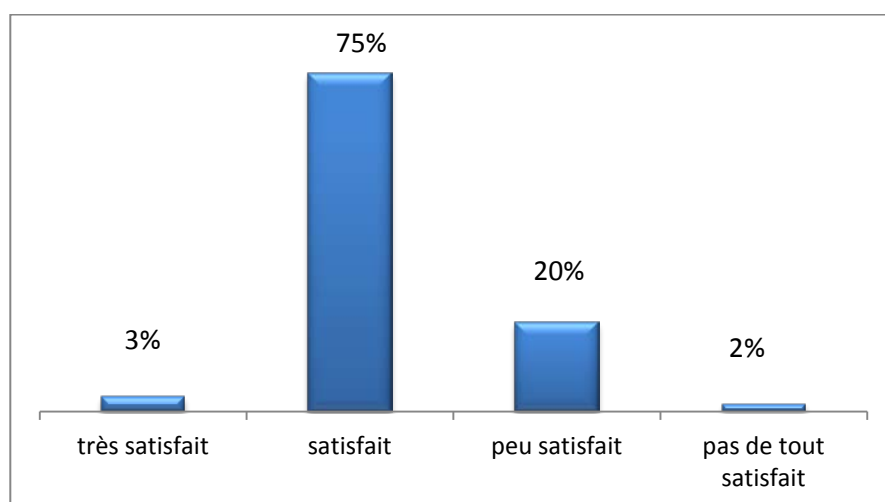
le manque des objectifs et le manque de pédagogie étaient les principaux arguments rapportés par ces derniers pour expliquer leur insatisfaction :

« Les cours étaient trop chargés avec beaucoup de détails surtout pour la biophysique, la biochimie, l'immunologie et la génétique »,

« Je n'étais pas satisfait du programme car il manquait des travaux pratiques, des travaux dirigés ainsi que le contenu du programme n'était pas simplifié »,

« J'étais peu satisfait du programme car il y avait un manque d'objectifs pour qu'on puisse raisonner »,

« Je n'étais pas satisfait du programme car il y avait un manque quant à l'approche pédagogique (méthodes d'enseignement, supports pédagogiques, être assimilé à la réalité) »



**Figure 4 : Niveau de satisfaction des médecins
du programme des sciences fondamentales.**

Les médecins interrogés ont estimé que certaines matières doivent être intégrées dans le programme d'enseignement des sciences fondamentales durant le premier cycle des études médicales. La figure ci-dessous en illustre les principales.

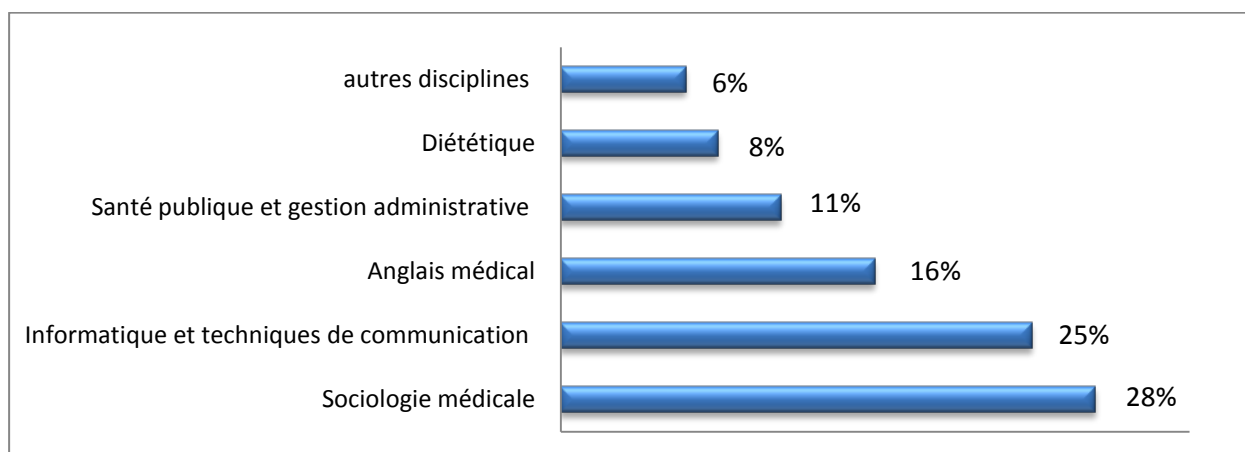


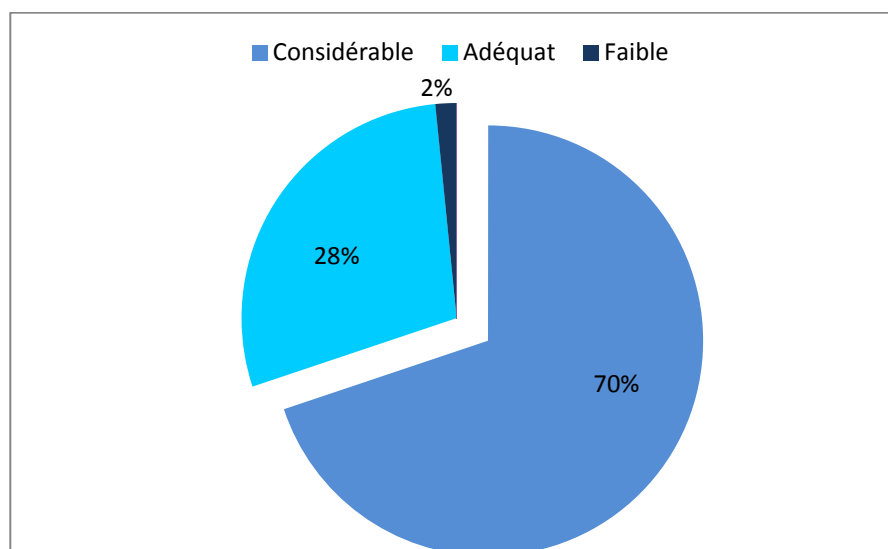
Figure 5: Principales matières à intégrer dans le programme de l'enseignement.

Les autres disciplines que certains médecins souhaitaient être intégrées dans le programme des sciences biomédicales fondamentales étaient : Histoire de la médecine, un module qui s'intéresse à la relation entre la médecine et la religion, science du sport.

En ce qui concerne les sciences humaines, à côté de la sociologie médicale, la plupart des médecins généralistes interrogés ont demandé l'intégration dans le programme des sciences fondamentales et également du droit civil et administratif (n=5), l'économie de la santé (incluant la gestion et la comptabilité) et l'éthique médicale.

2. Sémiologie et pathologie médicochirurgicale :

En ce qui concerne l'enseignement de la sémiologie et la pathologie médico-chirurgicale, 72% des médecins interrogés avaient pris connaissance des objectifs d'apprentissage alors que 28% ont déclaré le contraire. Quant au volume horaire accordé à celles-ci, 70% des médecins ont signalé qu'il était considérable tandis que 26% ont estimé que celui-ci était adéquat, et 2% des médecins ont estimé que le volume horaire accordé à la sémiologie et la pathologie médicochirurgicale était faible.



**Figure 6: Estimation de volume horaire accordé à la séméiologie
et la pathologie médicochirurgicale.**

Les méthodes les plus utilisées selon les médecins pour l'enseignement de la séméiologie et de la pathologie médicochirurgicale étaient principalement les cours magistraux et les travaux pratiques. Les supports audiovisuels et informatiques étaient rarement à jamais utilisés.

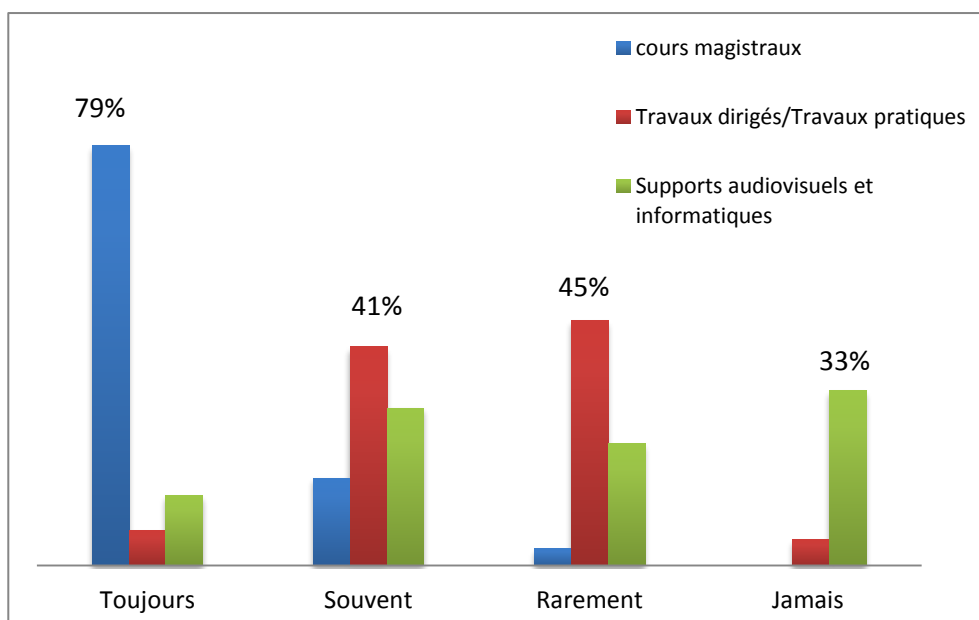


Figure 7 : Méthodes utilisées dans l'enseignement des sciences cliniques

Quant à l'utilité de ces moyens pédagogiques dans l'enseignement de la séméiologie et de la pathologie médicochirurgicale, la majorité des médecins ont estimé que les supports audiovisuels suivis des travaux pratiques constituaient les moyens pédagogiques les plus appropriés (Tableau n° V).

Tableau V: Utilité des différentes méthodes utilisées pour l'enseignement des sciences cliniques

	Très approprié	approprié	Peu approprié	Pas de tout approprié
Cours magistraux	18%	38%	43%	2%
Travaux dirigés	41%	39%	16%	2%
Travaux pratiques	46%	39%	16%	0%
Supports audiovisuels et informatiques	69%	28%	3%	0%

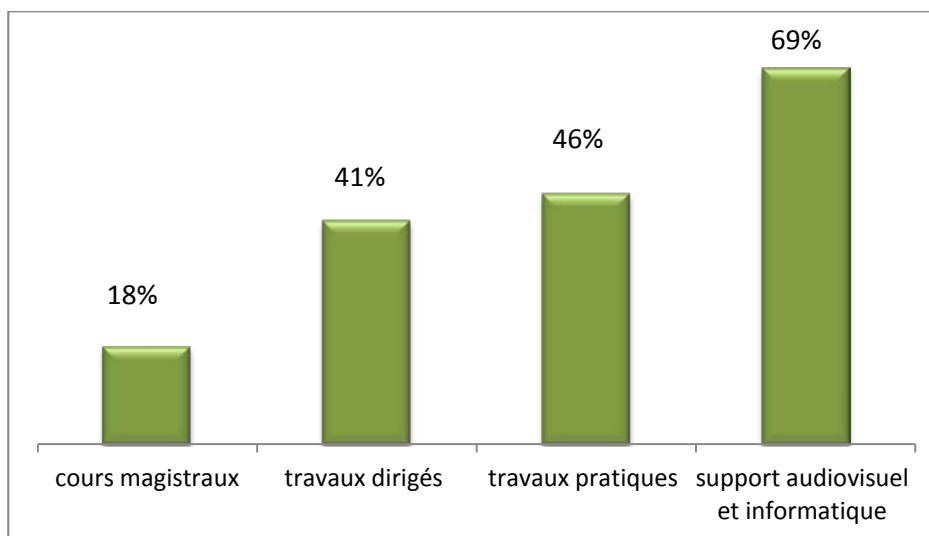


Figure 8 : Comparaison de différentes méthodes d'enseignement.

Niveau : très approprié

En ce qui concerne le niveau des enseignements, on constate sur la figure ci-dessous que plus de la moitié des médecins ont estimé qu'il était adapté alors que 30% ont signalé que ce niveau était avancé à très avancé.

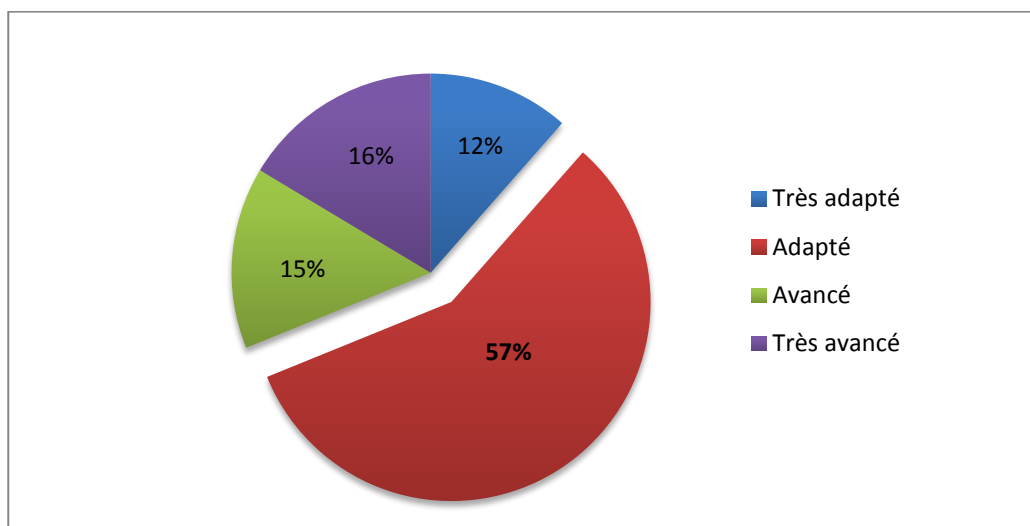


Figure 9 : Niveau des enseignements des sciences cliniques.

L'absence de parallélisme et coordination entre les enseignements théoriques et les enseignements clinique a été évoqué par 57% des médecins interrogés.

La plupart des médecins (62%) ont estimé que le programme de la sémiologie et la pathologie médicochirurgicale couvrait l'ensemble des connaissances requises pour l'exercice de la profession tandis que 38% ont signalé le contraire, ces derniers pensaient qu'il y avait une discordance entre l'ensemble des connaissances et la pratique au niveau de la santé publique :

« Le programme ne couvre pas l'ensemble des connaissances requises à la pratique de la profession car on traite superficiellement des pathologies de pratique courante et on s'approfondie dans d'autres moins importantes ».

« Le programme ne couvre pas l'ensemble des connaissances requises à la pratique de la profession car on voit nouvelles choses dans la pratique courante qu'on n'a pas étudiées. »

On note également que 69% des médecins étaient satisfaits de leur programme de la sémiologie et de la pathologie médicochirurgicale alors que 16% étaient peu satisfaits. Les médecins qui étaient peu satisfait de leur programme d'enseignement de la sémiologie et de la pathologie médicochirurgicale pensaient qu'il n'y *« avait pas de coordination entre les enseignements théoriques et les enseignements pratiques ; cours théoriques uniques pour des services hospitaliers différents »*, de tant plus que *« les cours théoriques n'étaient pas simplifiés afin d'extraire des conduites à tenir claires et simples qui aident à la pratique médicale »*, d'autres médecins pensaient que *« les cours étaient trop chargés avec une insuffisance d'encadrement »*, *« pas de coordination pratico-clinique ; parfois on passe dans un service alors qu'on a pas encore étudié la matière concernée. »*

La charge du programme avec tendance à la spécialisation et le manque d'encadrement constituaient l'une des raisons de l'insatisfaction des médecins vis-à-vis du programme de la sémiologie et de la pathologie médicochirurgicale :

« A mon avis, il faut essayer de former des médecins généralistes alors il faut leur donner l'essentiel et ne pas rentrer dans les détails »,

« Il faut donner aux étudiants des conduites à tenir pratiques à partir de la discussion des cas cliniques et abandonner le cours classique »,

« Je suis peu satisfait du programme car il était pauvre en travaux pratiques et les travaux dirigés qui aident l'étudiant à s'approcher de la réalité de l'exercice »,

« Il y avait des matières qui avaient tendance à la spécialisation par rapport aux objectifs d'un médecin généraliste. »

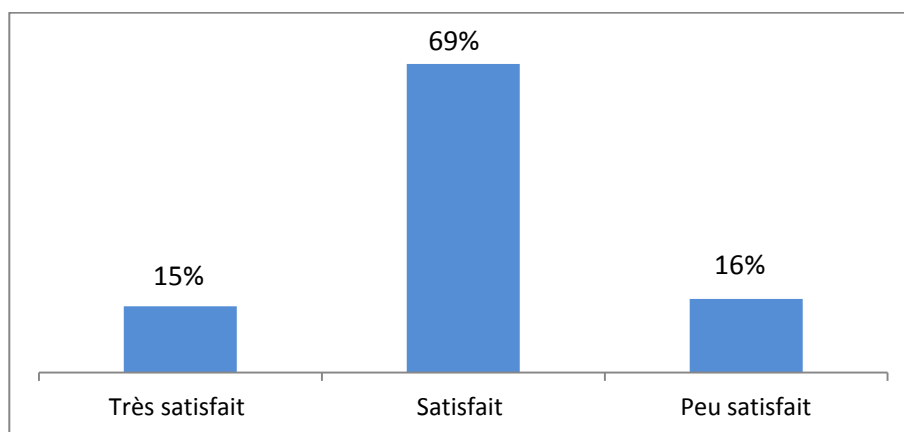


Figure 10 : Degré de satisfaction des médecins du programme des sciences cliniques.

En ce qui concerne les matières enseignées dans le programme du deuxième cycle, 11% (n=7) des médecins interrogés pensaient que l'anatomie pathologique n'as pas d'utilité d'être enseignées avec assez de détails car elle n'as pas d'intérêt en pratique courante d'un médecin généraliste. Quant à la médecine expérimentale, certains médecins (n=3) pensaient que ce module n'a pas d'importance d'être enseignées.

Cependant, autres médecins on signalé que toutes les matières enseigné étaient utiles et qu'il fallait juste avoir une approche pédagogique d'enseignement tout en évitant de surcharger les cours avec des détails ne servant à rien en pratique :

« Les pathologies très rares doivent être laissées aux spécialistes »,

« Certaines recommandations théoriques ne sont pas utiles en la pratique clinique d'un médecin généraliste ».

Par ailleurs, certains des médecins généralistes interrogés n'ont pas épargné leurs suggestions à propos des matières utiles à intégrer dans le programme d'enseignement du 2eme cycle : une matière destinée à la recherche scientifique, Épidémiologie et médecine communautaire, la sémiologie de la médecine générale, la santé publique, la médecine de prévention, la médecine d'urgence, la médecine scolaire, l'échographie générale, les programmes sanitaires du ministère, la médecine physique et la loi de l'exercice de la profession médicale ainsi que le règlement hospitalier au Maroc.

3. Moyens pédagogiques mis en œuvre :

3.1. Le cours magistral :

Sur le tableau ci-dessous, la plupart des médecins assistaient souvent au cours (n=28), les objectifs étaient souvent clairs (n=36). Le rythme de la présentation était souvent adéquat (62%) et les connaissances antérieures étaient souvent suffisantes pour suivre le cours (n=44).

Tableau VI : Appréciation du déroulement du cours magistral

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Assiduité au cours	38%	46%	16%	0%
Clarté des objectifs	15%	59%	26%	0%
Adéquation du rythme de la présentation	9%	62%	28%	0%
Connaissance antérieures suffisante pour suivre le cours	8%	72%	20%	0%

Quant au point de vue des médecins généralistes à l'égard de leurs enseignants, le tableau suivant décrit en détails l'estimation vis-à-vis des différentes qualités des enseignants.

Tableau VII : Estimation du niveau de satisfaction des médecins à l'égard des qualités de leurs enseignants.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Peu d'accord	Pas de tout d'accord
Motivation à donner le cours	5%	28%	47%	20%
Bonne communication du cours	11%	16%	47%	20%
Préparation adéquate du cours	6%	36%	38%	18%
Explication des attentes quant aux examens	10%	44%	33%	11%

On constate que la majorité des médecins étaient peu d'accord en ce qui concerne les compétences de leurs professeurs vis-à-vis de l'enseignement. Certains d'entre eux ont essayé d'argumenter leur point de vue en avançant que « *dans la majorité des cas, on tombe sur des copier-coller.* », « *parfois les objectifs n'étaient pas évidents et souvent on mettait le plan classique de la présentation comme étant objectifs du cours.* »

Trente quatre médecins (56%) arrivaient à assimiler le cours tout en prenant des notes en assistant au cours magistral et 15 médecins (24%) arrivaient à assimiler le cours sans prendre des notes. Cependant, 20% des interrogés signalaient qu'ils arrivaient, à prendre des notes sans assimiler le cours.

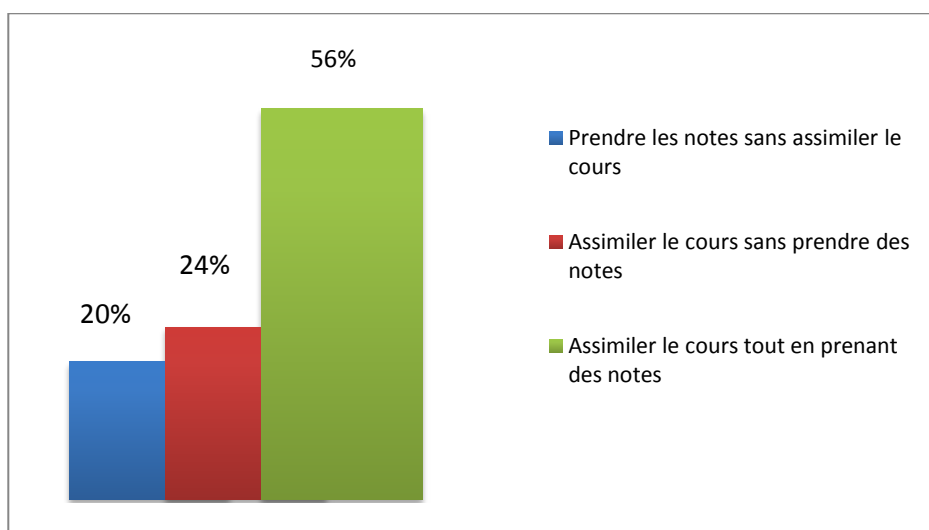


Figure 11 : Aptitudes des médecins assistant au cours

Le degré de satisfaction des médecins généralistes de leurs cours magistraux était variable, ceux qui exprimaient leur insatisfaction ont rapporté quelques arguments tels : « *le contenu des cours était non adapté à la réalité du payé* », « *le temps accordé aux cours importants était très insuffisant et la rapidité de la présentation nous empêchait souvent à bien assimiler et comprendre le cours* », « *il y avait un manque des supports pour certaines matières* »

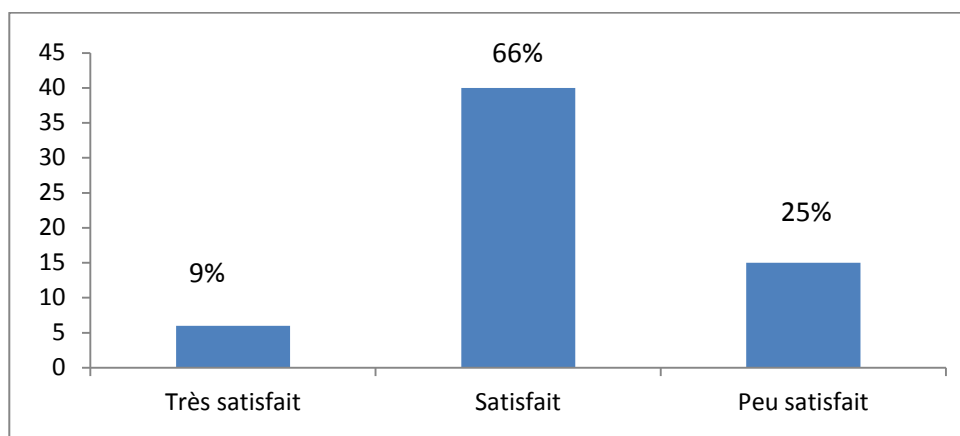


Figure 12 : Degré de satisfaction des médecins des cours magistraux.

3.2. Travaux dirigés et travaux pratiques (TD/TP) :

Quarante médecins généralistes interrogés (66%) ont estimé que les objectifs des travaux dirigés et pratiques étaient clairs alors que 18% ont déclaré que la clarté de ces objectifs était rarement atteinte.

Trente huit médecins interrogés (62%) ont signalé que l'encadrant encourageait souvent la participation active des étudiants aux TD/TP, tandis que 23% d'entre eux ont estimé que cet encouragement se faisait rarement.

En ce qui concerne le respect des idées des étudiants par les enseignants, 39 médecins (63%) avançaient qu'il avait souvent ce respect durant les séances des TD/TP alors que 31% pensaient que ce respect était rarement ou jamais affiché.

Quant aux capacités de synthèse et d'analyse, 31 médecins ont estimé que l'encadrant essayait durant les séances des TD/TP à aider l'étudiant à développer ces capacités, cependant, 40% ont estimé que cette pratique était rarement ou jamais faite.

Tableau VIII: Estimation du niveau des aptitudes des encadrants durant les TD/TP

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Clarté des objectifs des TD/TP	16%	65%	19%	0%
Encouragement de l'étudiant à participer activement aux TD/TP	18%	58%	20%	5%
Respect des idées des étudiants par les enseignants	3%	56%	28%	3%
Aide de l'étudiant à développer ses capacités d'analyse et de synthèse	8%	51%	38%	3%

La plupart des médecins étaient satisfaits à très satisfait de leurs TD/TP alors que 28% disaient qu'ils n'étaient pas satisfaits ou peu satisfait de leurs TD/TP. Ces derniers qui étaient peu satisfaits ont avancé certains arguments en justifiant leurs propos :

« Car les TD/TP étaient non interactifs, de tant plus qu'il y avait un manque d'assistance et d'encadrement par nos professeurs ainsi que par les résidents. »,

« La plupart des cas, les TD/TP prenaient la forme d'un cours magistral. »,

« Les TD/TP étaient plus théoriques et les objectifs étaient imprécis »

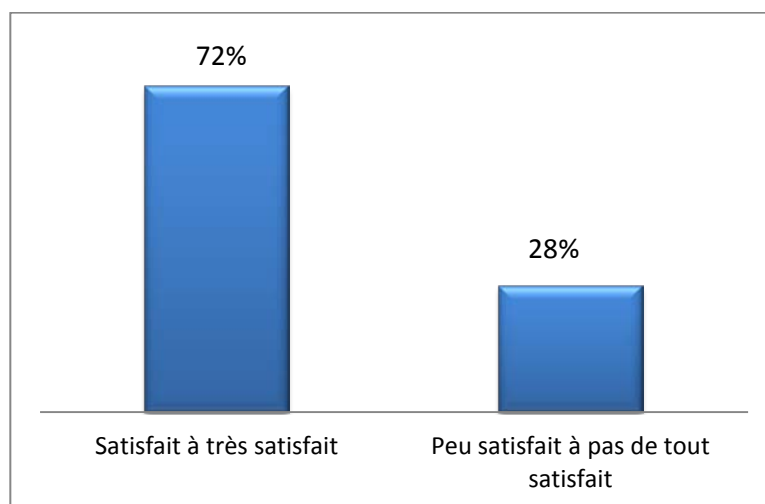


Figure 13 : Degré de satisfaction des médecins du déroulement des travaux dirigé/travaux pratiques.

IV. Formation clinique :

1. Stage des soins infirmiers :

Objectifs de stage : les résultats de l'enquête à propos des objectifs de stage des soins infirmiers ont montré que 52% (n= 32) des médecins en étaient au courant, 34% (n=21) signalaient qu'ils ne connaissaient pas les objectifs de ce stage. Cependant 8 médecins n'ont pas répondu à cette question vu qu'ils n'ont pas passé ce stage (les médecins lauréats de la faculté Médecine de Fes et les anciens médecins).

La structure la plus adaptée au stage des soins infirmiers selon la majorité des médecins généralistes interrogés était le centre de santé (n=22) suivie du centre hospitalier universitaire(CHU). Les centres hospitaliers (CH) autres que le CHU venaient en dernière position.

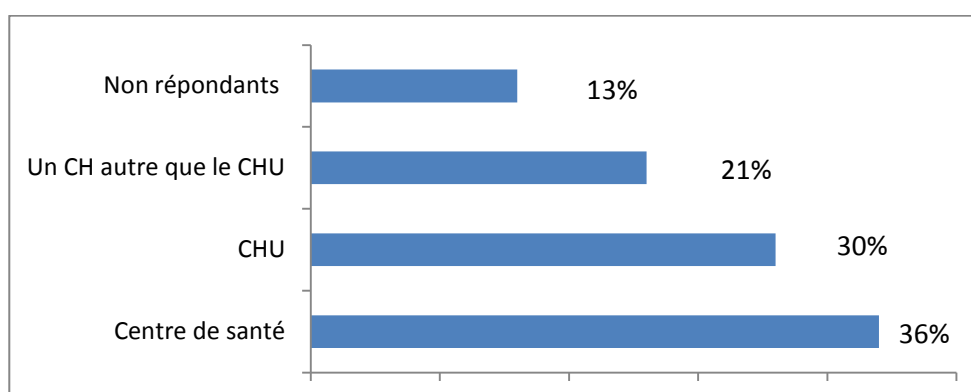


Figure 14 : Structure la plus adaptée au stage des soins infirmiers

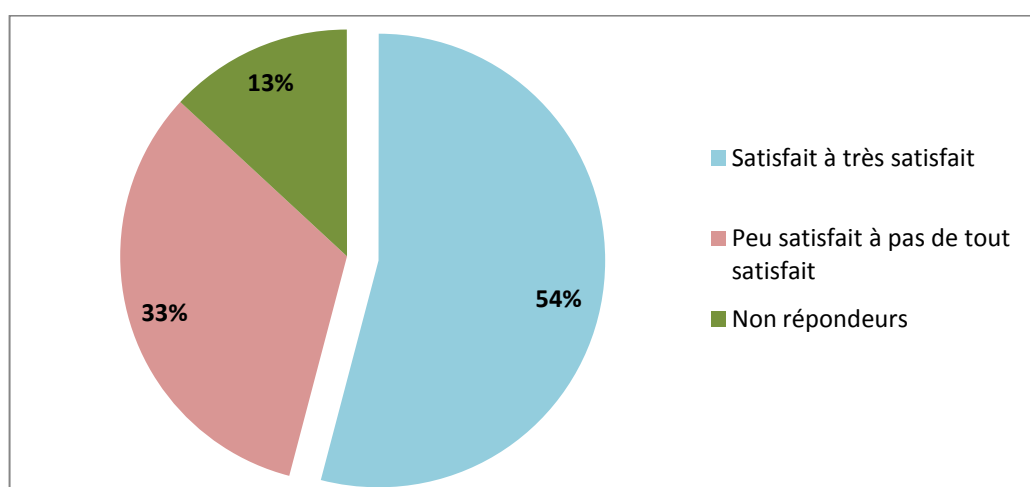
Le degré de satisfaction des médecins de leur stage des soins infirmiers était variable entre les médecins généralistes interrogés, de très satisfait à pas de tout satisfait (figure n°15).

L'imprécision des objectifs et le manque d'encadrement constituaient les deux principales raisons de l'insatisfaction de certains médecins à l'égard de leur stage des soins infirmiers :

« Je n'étais pas satisfait du stage car on n'avait pas eu des objectifs précis, ainsi, on faisait que la vaccination »,

« Je n'étais pas satisfait du stage des soins infirmiers car il y avait un manque d'encadrement en plus de la période qui était insuffisante »,

« Je n'étais pas de tout satisfaite de stage des soins infirmiers car le personnel affichait un désintérêt totale.»



**Figure 15 : Appréciation de niveau de satisfaction des médecins
du stage des soins infirmiers**

2. Stage d'externat :

Plus de la moitié des médecins étaient souvent informés précédemment des objectifs de stage alors que 24 médecins déclaraient qu'ils n'ont que rarement ou jamais été informés de ces objectifs.

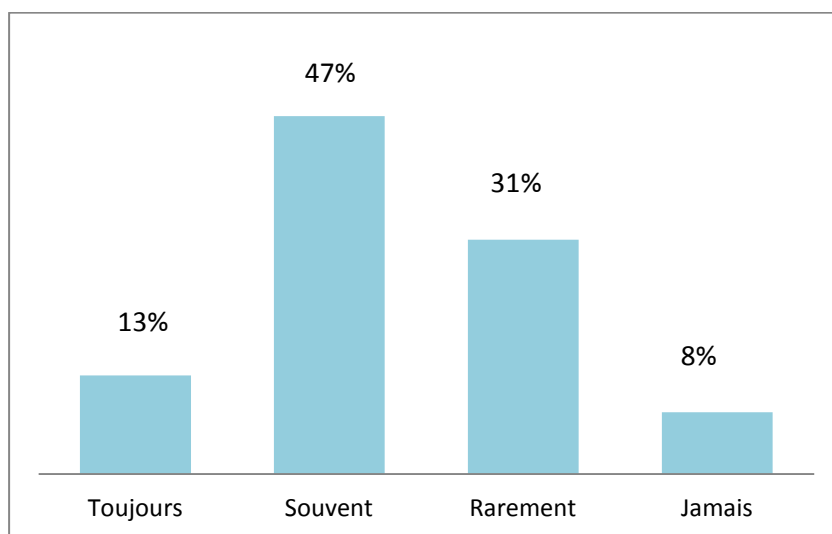


Figure 16 : Communication des objectifs au cours des stages d'externat.

Quant à la l'utilité de la présence des étudiants au sein des services hospitaliers, 64% des médecins généralistes (n=39) estimaient qu'ils étaient utiles à très utiles dans le fonctionnement de service alors que 36% avançaient qu'ils n'étaient que peu utiles à pas de tout utiles en avançant dire qu' *« il existait des services où on n'intégrait pas les externes », « le fonctionnement du service est assuré par ses fonctionnaires et les externes se baladaient sans objectifs précis », « on était juste des coursiers de service ; ramener les bilans, prendre des rendez-vous ,...) ».*

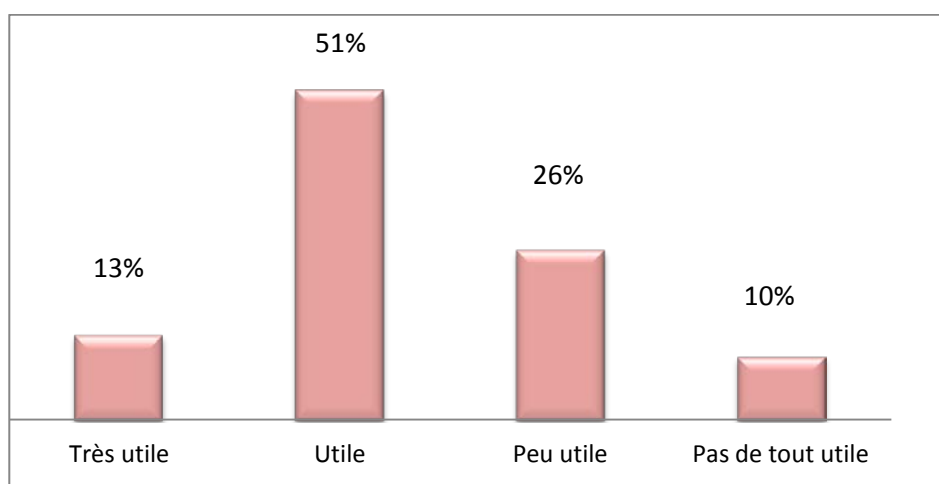


Figure 17 : Estimation de degré d'utilité des étudiants au fonctionnement des services.

➤ Evaluation du stage par l'externe :

Trente trois médecins (54%) disaient que l'évaluation du stage par l'externe durant leur passage hospitalier se faisait souvent alors que 46% signalaient que cette évaluation se faisait rarement ou jamais.

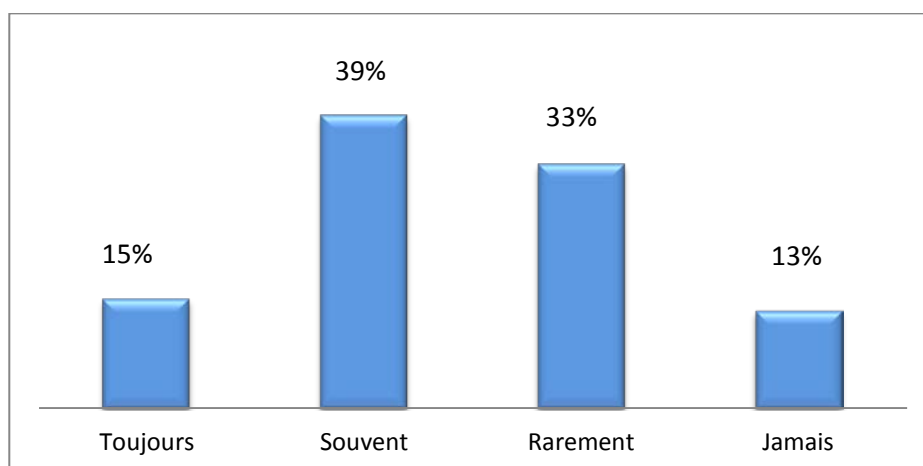


Figure 18 : Evaluation du stage par l'externe durant le stage

➤ Système de répartition des stages proposés par les médecins :

Sur la figure ci-dessous, la grande majorité des médecins proposaient que la répartition des stages hospitaliers devrait se faire en parallèle avec les enseignements théoriques.

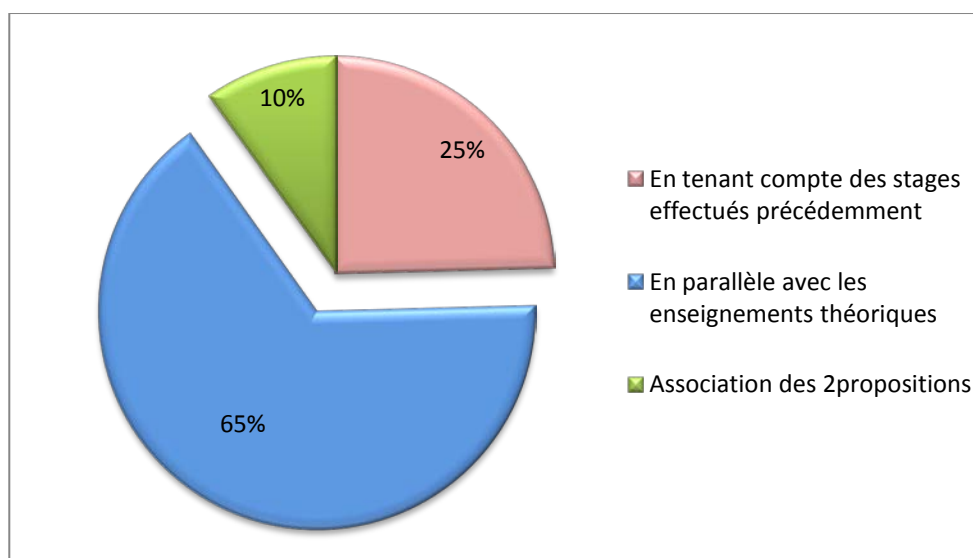


Figure 19 : Proposition des médecins pour la répartition des stages hospitaliers

➤ Aptitudes cliniques :

Le tableau suivant montre en détails l'estimation, par les médecins, de degré de maîtrise des principales aptitudes à acquérir durant la formation clinique. Les aptitudes cliniques ont été moyennes à bonnes selon la grande partie des médecins généralistes interrogés.

Tableau IX : Estimation de degré de maîtrise de certaines aptitudes cliniques des médecins durant leurs stages cliniques.

	Insuffisantes	Moyennes	Bonnes	Excellentes
Recueil des données pertinentes à l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens para cliniques	2%	38%	50%	10%
Formulation des hypothèses diagnostiques	2%	41%	5%	5%
Etablir la conduite à tenir	11%	38%	29%	5%
Proposition d'un plan d'investigation et traitement	13%	41%	41%	5%
Tenue adéquate de dossier médical	5%	36%	49%	10%
Démonstration de l'empathie, de tact et du respect dans sa relation avec le malade	0%	16%	62%	21%
Préoccupation de son patient sur le plan éthique	3%	5%	57%	26%
Préoccupation des aspects déontologiques de la pratique médicale (relation avec les confrères)	2%	15%	52%	31%
Maîtrise de certaines techniques simples propres aux soins d'urgences	8%	43%	41%	6%

➤ L'encadrement au cours des stages :

L'encadrement des externes se faisait selon la majorité des répondants par les médecins résidents et les professeurs assistants.

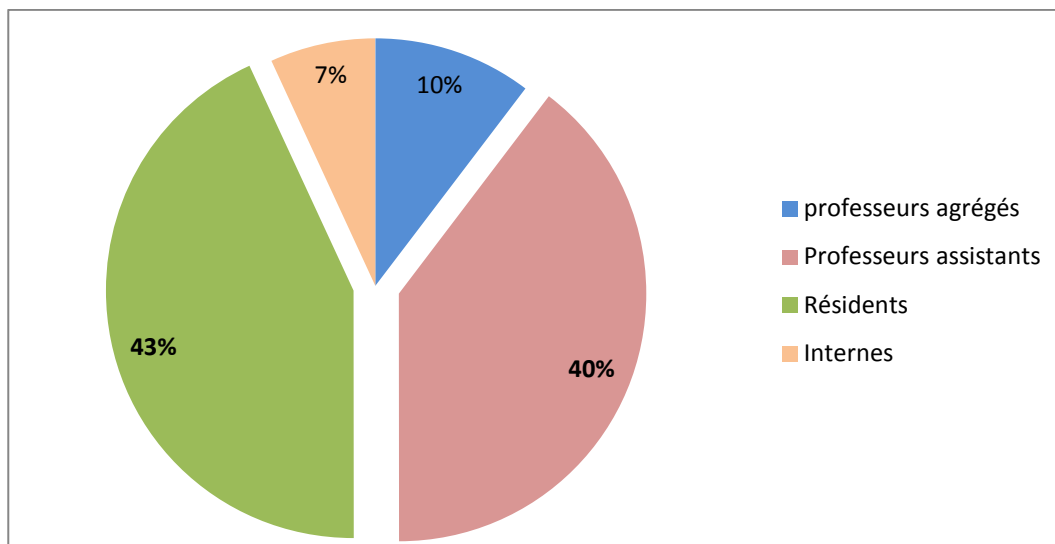


Figure 20 : Encadrants durant le stage hospitalier

➤ Evaluation des encadrants :

Le tableau ci-dessous illustre l'estimation de degré de qualification des encadrants par les médecins généralistes.

Tableau X : Estimation de degré de qualification des encadrants par les médecins généralistes.

	Pas de tout d'accord	Peu d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'encadrant qualifié pour l'encadrement des externes	10%	38%	31%	21%
L'encadrant encourage le sens critique des étudiants	20%	40%	29%	11%
L'encadrant contrôle l'évolution des étudiants durant le stage	20%	34%	29%	16%
L'encadrant encourage l'initiative de l'étudiant	23%	31%	29%	16%

A partir du tableau ci-dessus, on constate que plus de 50% des médecins n'étaient pas totalement satisfaits en ce qui concerne la qualité d'accomplissement des différentes missions des encadrants pour l'enseignement et l'encadrement clinique des étudiants durant leur formation initiale.

➤ Le ratio étudiant/encadrant :

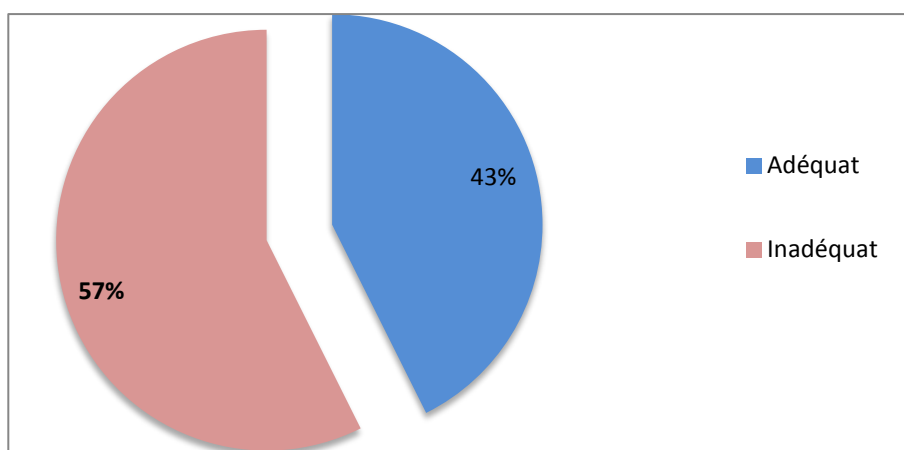


Figure 21 : Degré d'adéquation du Ratio étudiant/encadrant

Plus de la moitié des médecins ont prouvé que le ratio étudiant/encadrant était inadéquat. Cette inadéquation a été du selon certains médecins à une surcharge des services par les étudiants et l'absentéisme des encadrants :

« Surcharge des étudiants et manque d'encadrant » cet argument a été cité par trente médecins,

« Encadrant souvent absent et s'il est présent, il crée un mur entre lui et l'étudiant en lui demandant de préparer un sujet »,

« Encadrant considère l'externe comme un esclave mis à son service », « très peu de contact entre l'encadrant et l'étudiant »,

« Il y avait plus d'autorité des encadrants sur les étudiants »

➤ La présence des jeux de rôle et de simulation dans la formation pratique :

Quarante médecins (66%) déclaraient l'absence absolue des jeux de rôle et simulation durant leur formation clinique.

➤ Degré de satisfaction des médecins de leur formation pratique :

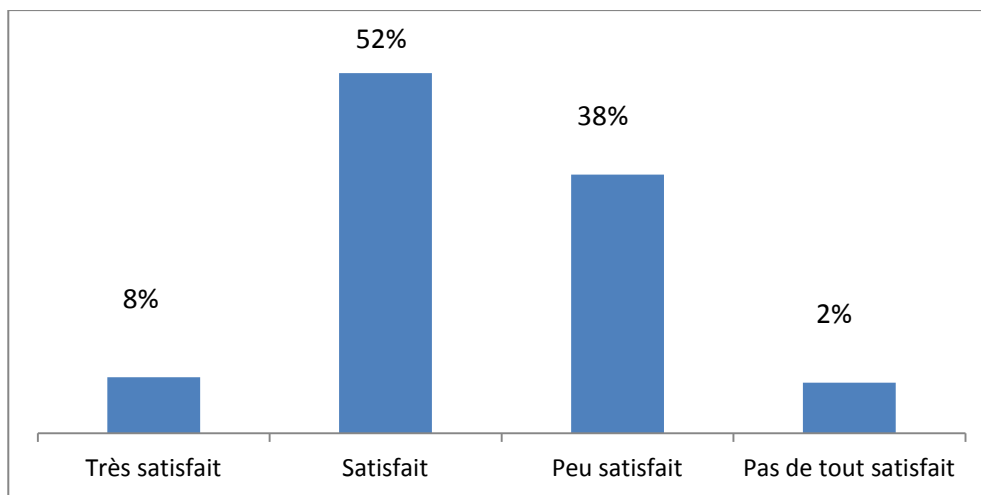


Figure 22 : Degré de satisfaction des médecins de la formation pratique.

On constate sur la figure ci-dessus que 60% des médecins étaient satisfait à très satisfait de leur formation clinique tandis que 40% déclaraient leur insatisfaction vis-à-vis des stages hospitaliers durant leur formation initiale.

L'insuffisance de l'encadrement, la discordance pratico-clinique et l'absence d'objectifs précis des stages ainsi que le désintérêt du personnel hospitalier vis-à-vis de la formation pratique des externes étaient les principales raisons évoquées par les médecins pour argumenter leur insatisfaction :

« Je ne suis pas satisfait de ma formation clinique car il y avait une discordance entre théorie et pratique ». Cette citation a été citée par trois médecins,

« Peu satisfait de la formation pratique car on remarquait une différence dans les conduites à tenir au niveau des services ».

« Pas de tout satisfait de la formation pratique car pas de bon encadrement ni de bonne formation. »,

« Peu satisfait de la formation pratique mais de plus en plus satisfait, car actuellement il y a tout sur l'internet on peut s'autoformer ; quand on voit un cas difficile à diagnostiquer on recherche sur internet, aussi la responsabilité augmente et nous oblige à améliorer nos connaissances»,

« Peu satisfait la formation pratique car peu d'apprentissage des gestes techniques médicaux»,

« Peu satisfait de la formation car l'externe est souvent marginalisé»,

« Peu satisfait de la formation pratique car peu d'initiations à la formation pratique au cours des stages»,

« Pas de tout satisfait de la formation pratique car elle était inadéquate par rapport aux fonctions du généraliste ; théorie trop spécialisée par rapport à ce qui est important à retenir, pratique souvent nulle et objectifs du stage rarement atteints »

V. L'évaluation des étudiants :

3. Les examens semestriels :

Les examens étaient souvent compatibles avec les objectifs d'enseignement selon la majorité des médecins.

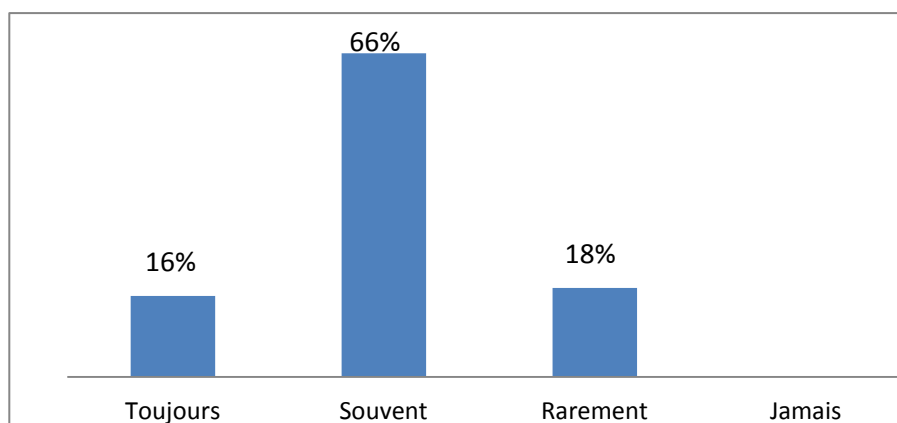


Figure 23 : Degré de compatibilité des examens avec les objectifs des enseignements

4. Les méthodes d'évaluation utilisées :

On voit que les questions à réponse ouverte courte (QROC) cas cliniques, les questions à choix multiples (QCM) cas cliniques occupaient la première place on ce qui concerne les modalités les plus appropriées pour l'évaluation des étudiants selon les médecins par contre les QCM et l'épreuve orale étaient les modalités d'évaluation les moins appropriées.

Tableau XI : Estimation de degré d'adaptation des méthodes d'évaluation utilisées.

	Très approprié	Approprié	Peu approprié	Pas de tout approprié
QCM	18%	26%	39%	14%
QROC	16%	62%	20%	2%
Question de rédaction	33%	36%	16%	11%
QCM Cas cliniques	36%	46%	13%	4%
QROC cas clinique	39%	49%	6%	0%
Examen oral	16%	26%	28%	28%

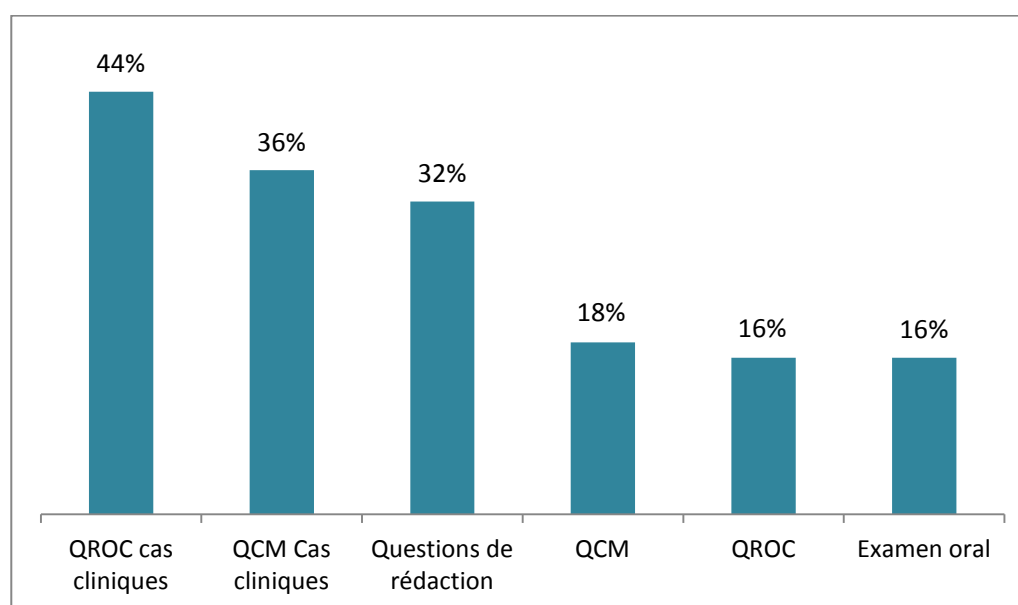


Figure 24 : Appréciation de degré d'utilité des différents moyens pédagogiques mis en œuvre/ niveau très approprié

Quant à la réussite des examens, trente six médecins (n= 60%) ont opté en priorité à assimiler et comprendre le cours (n=37), cependant, 21% pensaient qu'il fallait travailler plusieurs fois les QCM de la matière.

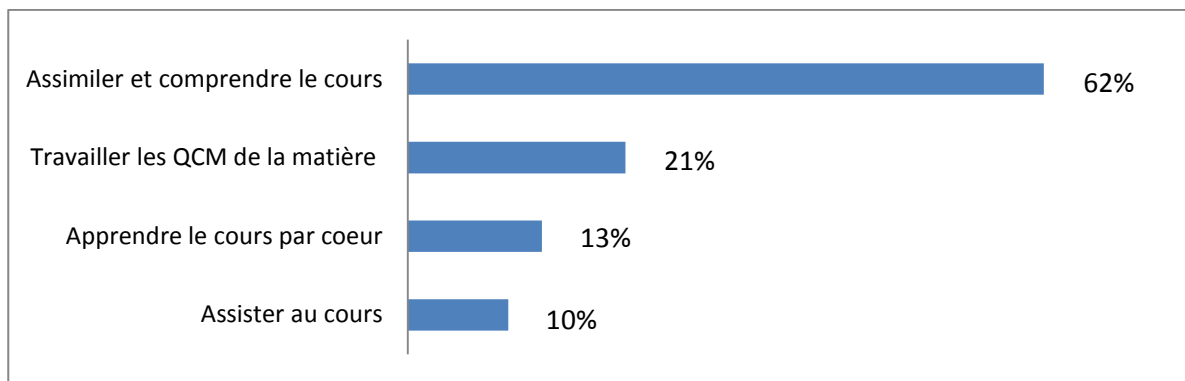


Figure 25 : Estimation de degré de d'utilité des différentes options pour réussir un examen

➤ Durée de préparation :

Trente deux médecins (52%) rapportaient que la durée de préparation aux examens était insuffisante alors que 29 médecins (47%) estimaient le contraire.

➤ Degré de satisfaction des médecins vis-à-vis des méthodes d'évaluation :

Quarante et un médecins (67%) déclaraient qu'ils étaient satisfaits à très satisfaits des méthodes d'évaluation adoptées durant leur formation initiale.

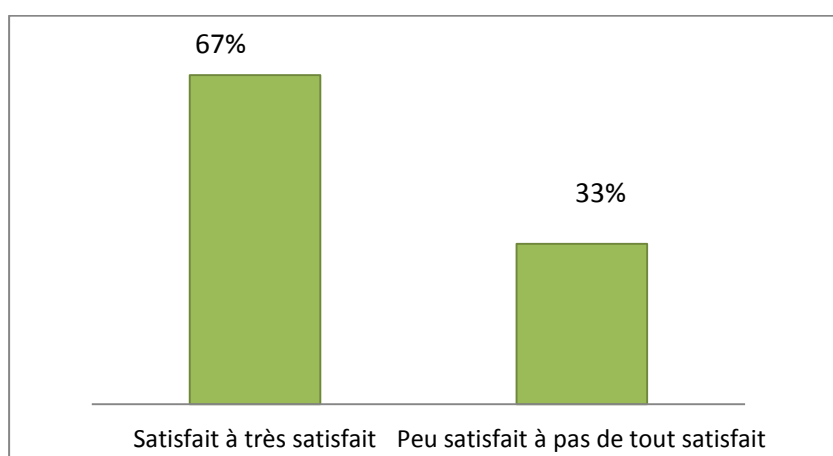


Figure 26 : Degré de satisfaction des médecins à l'égard des méthodes d'évaluation utilisées.

L'inadaptation de certaines méthodes d'évaluation ainsi que les objectifs qui n'étaient pas clairs et précis constituaient les principales raisons expliquant l'insatisfaction de certains médecins à l'égard des méthodes d'évaluation durant leur formation initiale :

« Les QCM n'étaient pas appropriés à notre niveau d'apprentissage ni aux connaissances qu'on avait eu à la faculté »,

« Je n'étais pas satisfait car il fallait apprendre le cours par cœur pour répondre aux questions de rédaction » cité par deux médecins,

« L'évaluation par QCM est une mauvaise méthode de tant plus que le programme était trop chargé » citée sept fois,

« Je n'étais pas satisfait des méthodes d'évaluation car les résultats ne reflétaient pas la réalité ; ne correspondaient pas aux compétences des étudiants connus étant des futures médecins »,

« L'évaluation orale ne reflète pas la réalité vu le trac »,

« Les objectifs n'étaient pas précis pour bien préparer l'examen, ils nous arrivaient même de faire des impasses sur des cours et même des matières qu'on jugeait non importants tout simplement parce qu'on ne savait pas ce qui était essentiel de ce qui ne l'était pas »,

« Je n'étais pas satisfait car cette évaluation vise l'apprentissage par cœur et non pas la compréhension et l'analyse, et j'avais l'impression que la plupart des enseignants voulaient piéger les étudiants surtout en utilisant les QCM. »

VI. Environnement de la formation :

6. Relation enseignant /Etudiant :

Les relations chef /subordonnées et maitre/élève étaient prédominantes, selon la majorité des médecins, alors que seulement 16% des médecins pensaient que cette relation pour eux était une relation médecin/futur médecin.

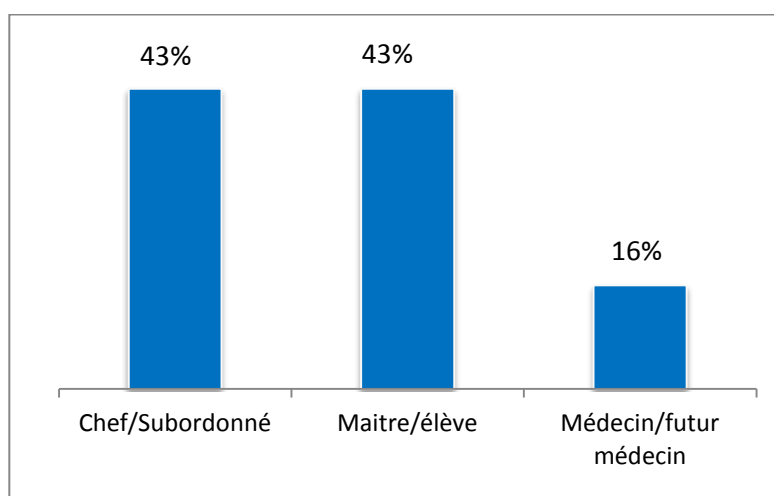


Figure 27 : Le type de la relation enseignant/étudiants selon les médecins.

➤ Degré de satisfaction des médecins de cette relation :

Plus de la moitié des médecins étaient satisfaits de leur relation avec leurs encadrants quand ils étaient étudiants, cependant 43% d'entre eux n'étaient pas satisfaits de cette relation.

Les principales raisons citées de l'insatisfaction de certains médecins étaient en particulier le manque de communication entre les deux, relation d'autorité et la disponibilité limitée des enseignants :

«J'étais peu satisfait de la relation enseignant/étudiant car il y avait pas de communication entre les deux » cité par 4 médecins,

«J'étais peu satisfait de cette relation car elle devrait être relation médecin/future médecin avec un respect mutuel et moins d'autorité de la part de l'enseignant »,

« Je n'étais pas de tout satisfait car la relation était verticale »,

« Il y avait une sous estimation de l'étudiant »

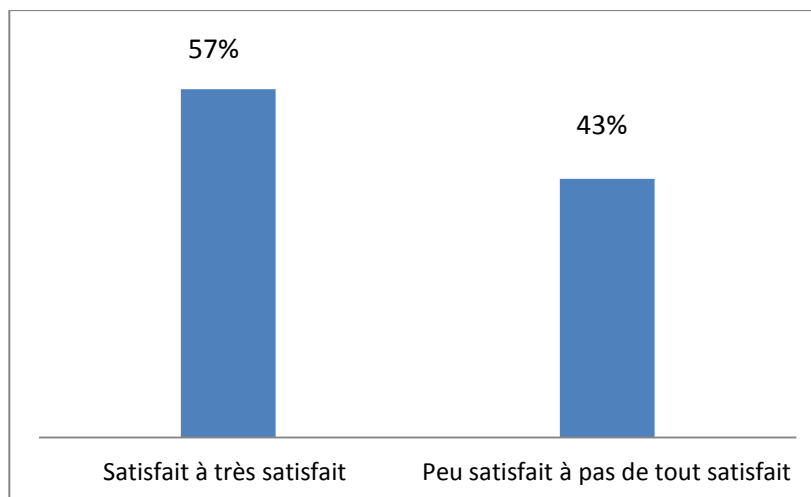


Figure 28 : Degré de satisfaction des médecins de la relation enseignant/étudiant.

➤ La relation la plus privilégiée selon les médecins :

La relation la plus privilégiée chez la majorité des médecins était celle avec les résidents suivie de celle avec les professeurs agrégés.

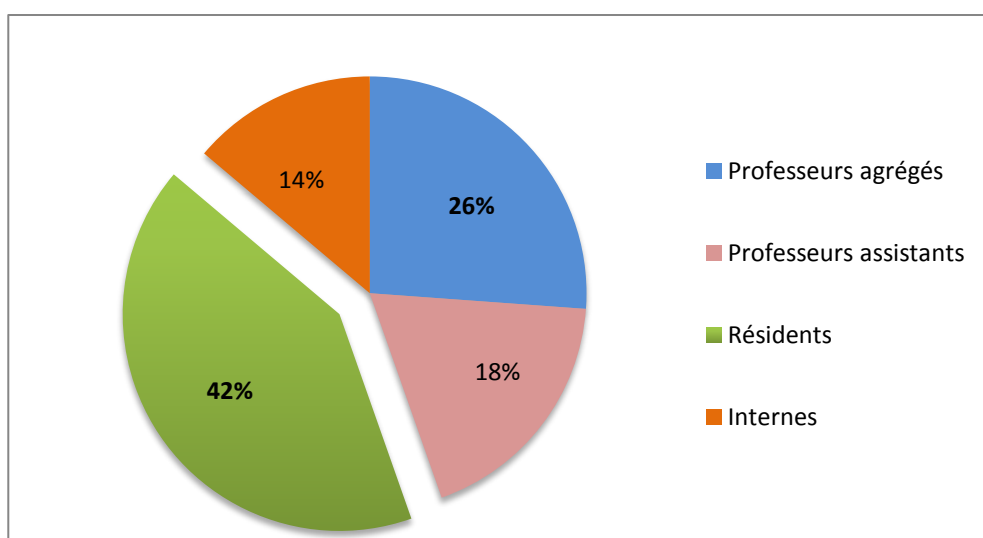


Figure 29 : Les relations les plus privilégiées selon les médecins.

7. Accès aux responsables administratifs :

Plus de la moitié des médecins interrogés (n= 35) n'avaient pas un accès facile aux responsables administratifs en cas d'un problème de type administratif quand ils étaient étudiants. 86% ne savaient pas qu'il y avait une commission de soutien aux étudiants au sein de leurs facultés.

8. Les différentes émotions accompagnant les médecins durant leur formation :

Le stress était le sentiment qui accompagnait le plus les médecins durant leur formation initiale.

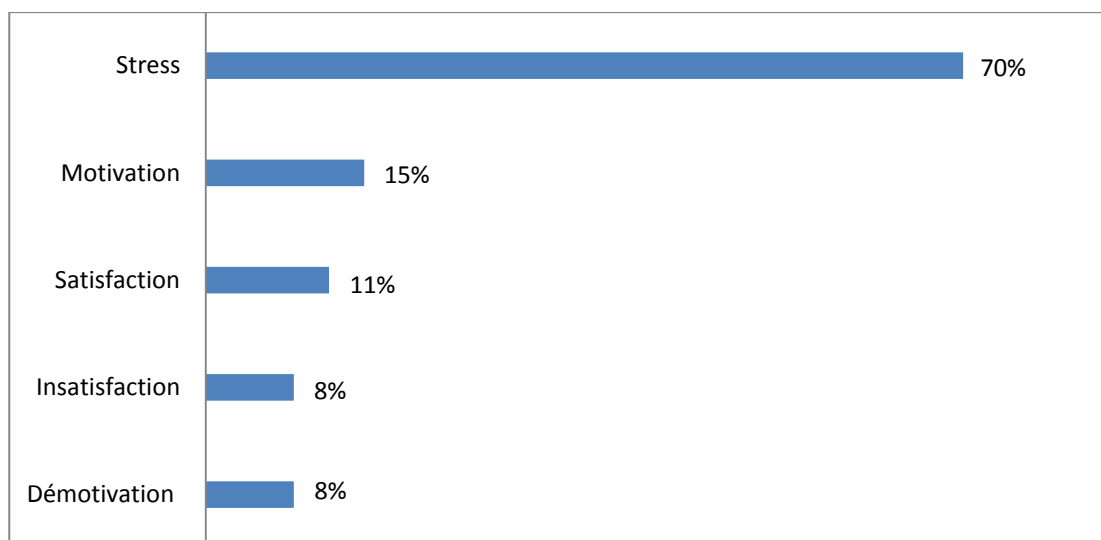


Figure 30 : Les sentiments accompagnants les médecins durant leur formation initiale.

Les activités les plus stressantes selon les médecins étaient les examens suivis des visites et staffs hospitaliers

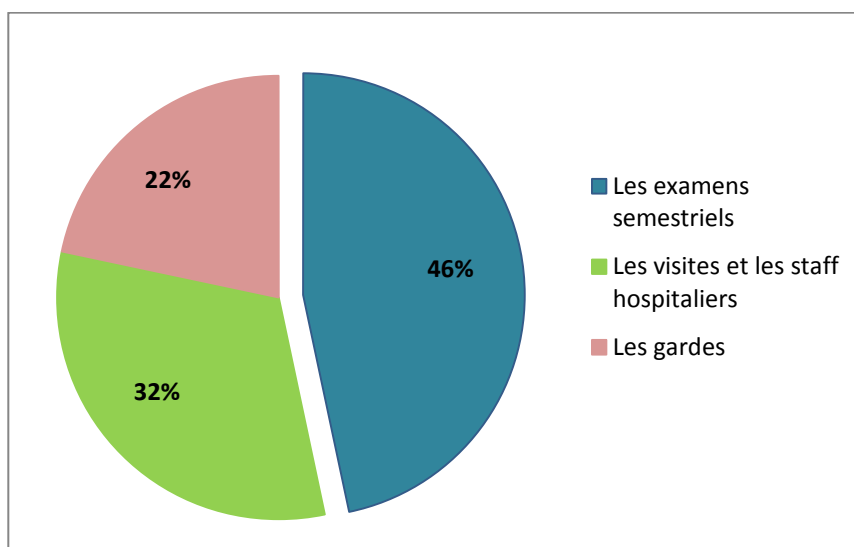


Figure 31 : Les activités les plus stressantes durant la formation initiale.

9. Difficultés matérielles au cours des études :

Trente six médecins (60%) ont déclaré la présence au cours de leur parcours universitaire des difficultés matérielles.

10. Locaux et équipement :

Concernant les locaux et équipements, 80% des médecins ont affirmé que les locaux des CHU ainsi que d'autres structures de formation cliniques recevant les étudiants (autres centres hospitaliers, centres de santé ...) n'étaient pas bien équipés pour recevoir les étudiants.

VII. Formation continue : FMC

5. Adhésion à une activité de formation continue

Trente trois (54 %) médecins parmi les interrogés adhéraient à une activité de formation continue.

6. Moyens utilisés pour la FMC :

Quarante six médecins généralistes interrogés (75%) faisaient recours à l'internet pour leur formation continue. Les séminaires (n=19), l'achat des livres médicaux (n=20) et l'abonnement à des revues médicales constituaient d'autres moyens utilisés par les médecins pour faire leur formation continue.

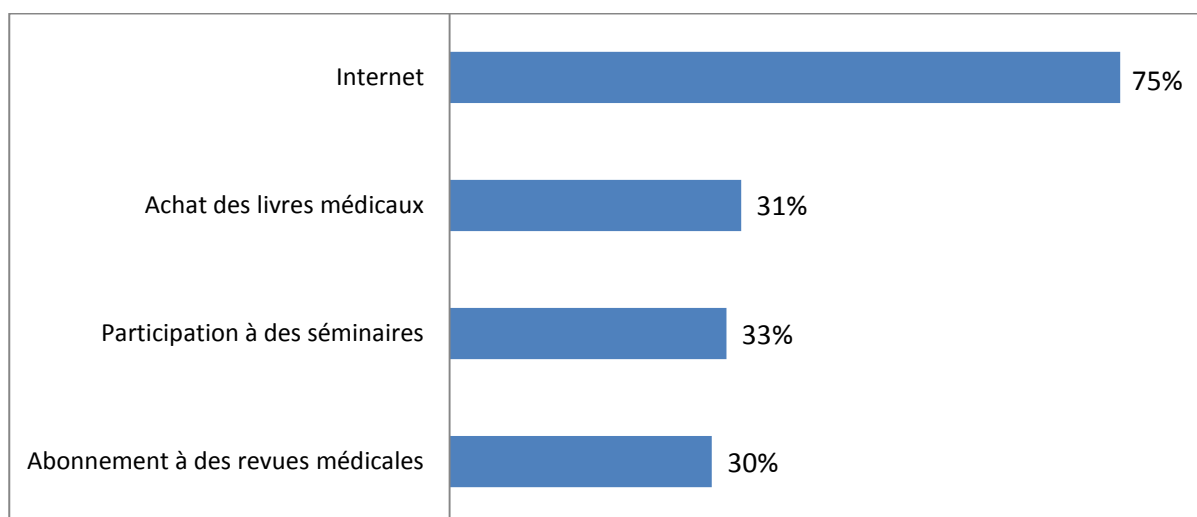


Figure 32 : Moyens utilisés par les médecins en formation continue

7. Les obstacles rencontrés pour la FMC :

Trente sept médecins (61%) estimaient que le manque de temps était le principal obstacle rencontré devant la formation continue suivie du problème d'accès à l'information (41%) et d'obstacles d'ordre financier, alors que le manque d'intérêt à la carrière venait en dernier lieu (n=4)

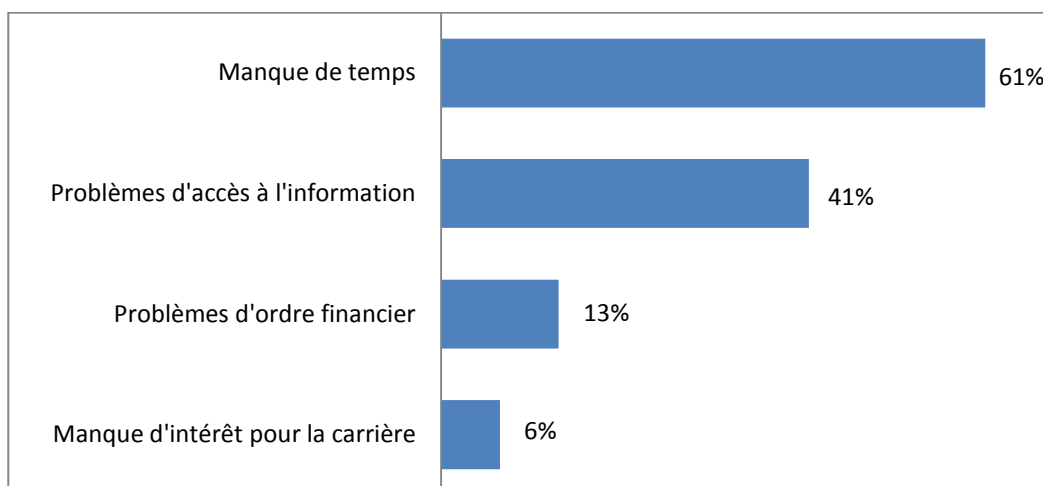


Figure 33 : Obstacles rencontrés devant les médecins pour la FMC.

8. Les objectifs de la FMC :

La quasi-totalité des médecins (90%) estimaient que l'objectif principal de la FMC était la mise à jour des connaissances médicales.

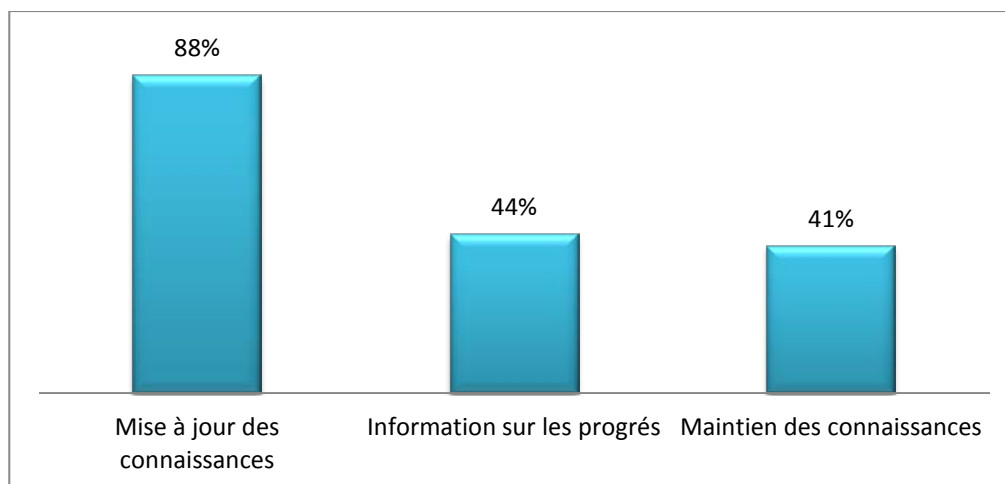


Figure 34 : Principaux objectifs de la FMC selon les médecins.

La totalité des médecins répondants (97%) ont estimé que la FMC était indispensable en médecine générale et 88% déclaraient que cette formation devrait être obligatoire.

Les congrès et les séminaires suivis des stages pratiques étaient les moyens les plus majoritairement sélectionnés par les médecins comme moyens les plus adaptés à la FMC.

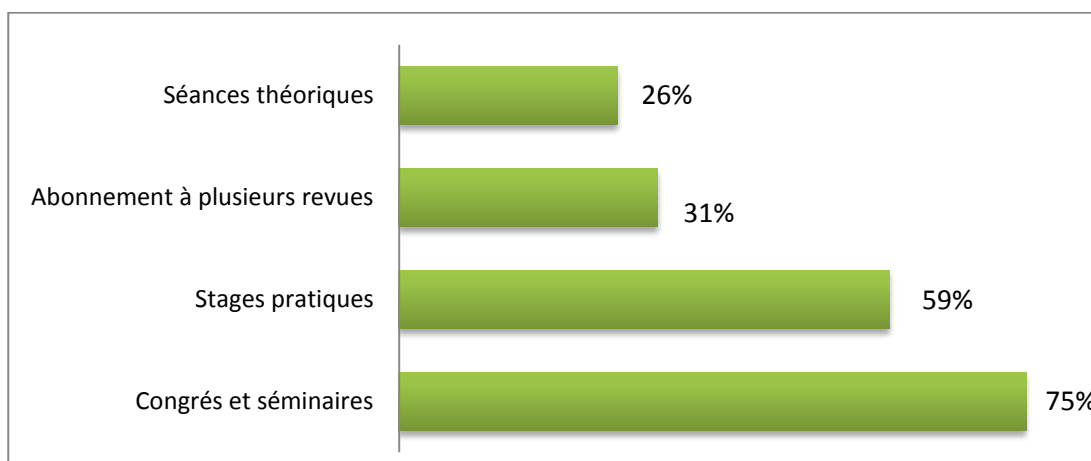


Figure 35 : Les différents moyens adaptés pour la FMC sélectionnés par les médecins

VIII. La perception des études et de la profession médicale :

5. Satisfaction d'être un médecin généraliste :

Quarante médecins (66%) étaient satisfaits d'être médecin généraliste. Les médecins insatisfaits ont évoqué les raisons suivantes :

« Je ne suis pas satisfait d'être un médecin généraliste car c'est très difficile d'assimiler tous les progrès de la science. »

« Je ne suis pas satisfait d'être un médecin généraliste car il y a beaucoup du travail. »

« Je ne suis pas satisfait d'être un médecin généraliste parce qu'il y a une discordance totale entre la formation qu'on a eu et la pratique en santé publique. »

« Je ne suis pas satisfait d'être un médecin généraliste vu le manque de moyens du travail. »

« Je ne suis pas satisfait d'être un médecin généraliste car je dois connaître un peu de tout au lieu de me perfectionner dans une spécialité. »

« Je ne suis pas satisfait d'être un médecin généraliste car je veux devenir spécialiste. »
(n=2)

« Je ne suis pas satisfait d'être médecin généraliste car le suivi des patient est non assuré. »

« Je ne suis pas satisfait d'être médecin généraliste à cause du manque de formation continue, de manque d'estime pour les médecins généralistes par le système de santé par rapport au spécialiste. »

« Je ne suis pas satisfait d'être médecin généraliste vu la difficulté de prendre en charge les patients »

6. Le choix de la carrière de médecine générale :

- L'intention des médecins en ce qui concerne le mode d'exercice quand ils étaient étudiants :

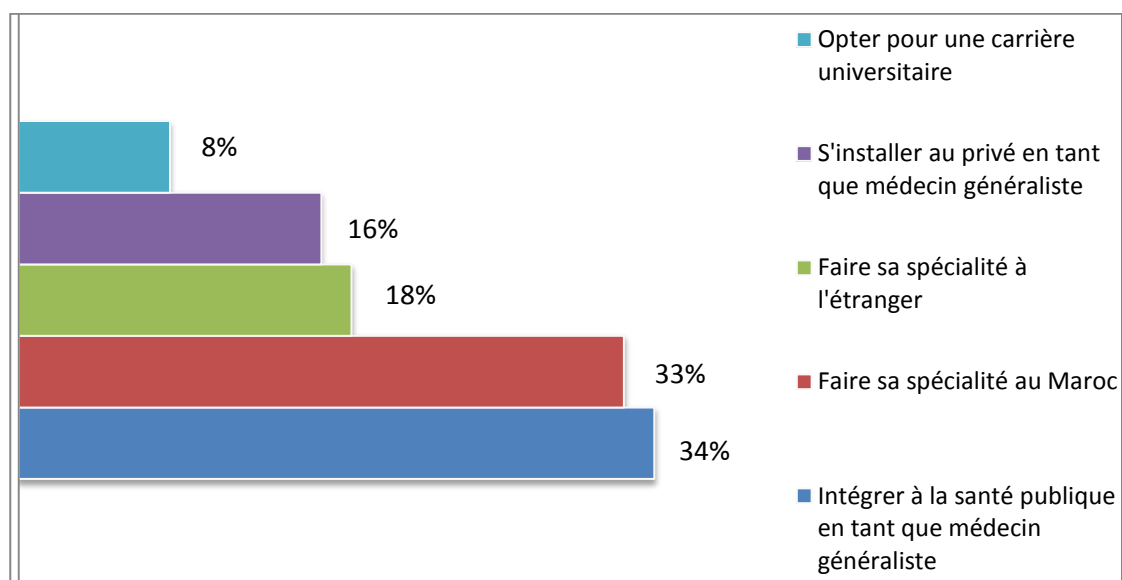


Figure 36 : Mode d'exercice souhaité par les médecins quand ils étaient étudiants

Cinquante quatre médecins (88%) ont rapporté qu'ils n'ont pas regretté d'avoir choisi la médecine générale. Cependant, 12% déclaraient leur regret. Les conditions défavorables et stressantes du travail et l'insuffisance de formation étaient les principales raisons de ce regret :

« Sur les moyens permis, je peux dire oui, j'ai regretté d'avoir choisi la médecine générale. »

« Je regrette d'avoir choisi la médecine générale parce que les conditions du travail sont catastrophiques. »

« Je regrette d'avoir choisi la carrière médicale car c'est une carrière stressante en plus des conditions du travail défavorables. »

« Je regrette d'avoir choisi la médecine générale car elle est très longue, stressante et pas d'avenir. »

« Je regrette d'avoir choisi la médecine car on n'était pas bien formé et bien préparé pour bien accomplir cette carrière.»

Trente sept médecins (61%) ont estimé qu'ils étaient bien préparés à l'exercice de la médecine générale.

« Je ne me pense pas avoir été bien préparé à l'exercice de la médecine générale vu le manque d'aptitudes en ce qui concerne la gestion au niveau de la santé publique ainsi que le manque de conduites à tenir pratiques. »

« Je ne me pense pas avoir été bien préparé à l'exercice de la médecine générale car les outils du travail non enseigné (programmes de la santé publique, l'échographie...). »

7. L'image du médecin généraliste:

Quarante six médecins (75%) estimaient qu'il y avait une dégradation de l'image du médecin généraliste.

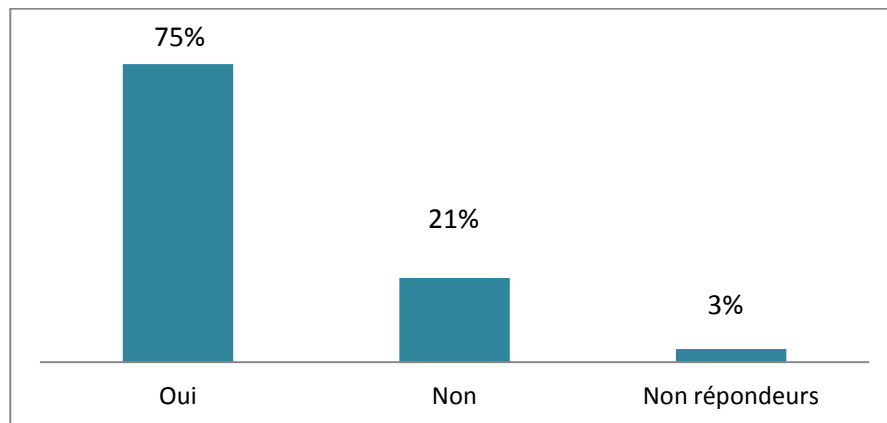


Figure 37 : Dégradation de l'image du médecin généraliste

La sous estimation du médecin généraliste et les problèmes d'ordre éthique étaient les principales raisons entraînant cette dégradation de la médecine générale selon certains médecins :

- La médecine générale est moins valorisée par les responsables sanitaires (Ministère, facultés de médecine et administrations hospitalières) (n=5).
- Le métier est considéré comme une activité à but lucratif.
- la corruption et manque d'éthique (n=6)
- La formation initiale insuffisante (n= 30)
- L'estime de soi (problème du transfert et contre transfert).
- Insuffisance de formation continue (n=7)
- Manque de respect et d'estime du médecin généraliste par la population+agressions (n=6).
- Les administrations hospitalières ne respectent plus le médecin (n=4)
- La perte de confiance à propos de la santé publique + population marocaine ignorante.
- Problème de communication avec l'extérieur (malades/collègues)
- Problème de rémunération (n=5)
- Défaut de moyens pour l'exercice médical.

- Mauvais comportement de certains médecins envers les malades (n= 3)
- Le médecin généraliste ne donne pas la valeur à son travail + un manque de sérieux.
- La compétence est de plus en plus diminuée et les malades sont de plus en plus informés et exigeants (n= 3).
- Absence de communication entre les médecins et les malades (n=3).
- Le manque de matériels et défaut de moyens affecte l'image du médecin (n=3)
- Les problèmes du monde sont calqués sur la santé et le personnel...

8. Les suggestions d'amélioration recommandées par les médecins interrogés

Malgré leur simplicité, les suggestions et les remarques émises par les médecins étaient pertinentes et les références bibliographiques les appuient fortement. Le tableau ci-dessous en montre les principales :

Tableau XII : Les remarques et les suggestions des médecins pour améliorer la formation médicale

	Remarques+ suggestions d'amélioration
Formation théorique	- Enseigner la médecine générale en tant qu'une spécialité à part entière. - Il faut se baser sur les outils du travail notamment les programmes de la santé, échographie. - Il faut préparer le médecin à bien gérer son cabinet en privé (marketing, comptabilité) - Enseigner la méthodologie de recherche aux étudiants pour bien préparer leurs sujets. - La formation de qualité est plus importante que celle de la quantité (formé 100 médecins compétents/an est mieux que 3000 médecins dangereux pour la santé) - Une vie entière n'en serait pas suffisante pour former un médecin exemplaire. - Les études que j'ai fait se résument à apprendre par cœur et à répondre à des

	questions de rédaction (parfois que je n'avais pas compris) - Améliorer la qualité de la formation médicale au niveau de la faculté, changer les programmes. - Valoriser l'étudiant et le motiver. - Nécessité d'introduction de la diététique ; nutrition, la sociologie médicale... - En tant que médecin généraliste au centre de santé, et vu les différentes relations que je dois avoir et réussir avec tous les partenaires (associations, communes...) je crois que l'étudiant en médecine doit être préparé à confronter toutes les situations et par la suite être un bon pratiquant (médecine / autres). - Il faut aussi avoir une formation de développement personnel et humain. - On sentait que la formation était une formation de spécialiste dans chaque discipline. - Je pense que 5ans est suffisante pour former un médecin généraliste. - Bien profiter de l'avantage de l'informatique. - Donner des conduites pratique en médecine de prévention et santé publique car beaucoup de détails font perdre le fil pour rien ainsi que les conduites de 3eme ligne ne sont pas très utiles en médecine générale et généralement quand on fait face à un problème plus sérieux on est obligé de transférer le malade. - Revoir le programme dans sa globalité ainsi que les méthodes d'enseignement (introduire les nouvelles méthodes notamment la simulation, les supports audiovisuels, jeux de rôle...) et les méthodes d'évaluation (insister sur les cas cliniques pour en déduire les conduites pratiques applicables). - Donner plus d'importance à la santé publique. - Nécessité de travaux pratiques durant la formation. - Adaptation des examens aux cours enseignés. - Minimiser le volume horaire des pathologies très spécialisées. - Donner intérêt à la santé publique et les actions de prévention. - Adapter la formation de base à la faculté en s'inspirant de la santé publique ». - Il faut diminuer la charge et la spécialisation des programmes de formation. - Pas de relation entre la formation théorique et la pratique courante .
--	---

	- Introduire autres disciples notamment l'hygiène, la nutrition ». - Renforcer les matières de la physiologie médicale. - Il y a un besoin de cours plus adaptés à la pratique sur le terrain. - revoir et réévaluer le cursus des études médicales (formation) + les études doivent être avancé - Insister sur l'intérêt des sciences économiques, droit et langue anglaise dans la formation.
Formation pratique	- Assurer les bonnes conditions du travail au sein des formations sanitaires afin de garantir un bon rendement des médecins. - La répartition adéquate des groupes de stage d'externat et passage par tous les services y compris les services de spécialité notamment ophtalmologie, neurologie, cardiologie, psychiatrie, chirurgie cardiovasculaire. Le stage des urgences doit être plus approfondi ». - L'encadrement lors des stages est très médiocre. - Il faut que le stage hospitalier soit parallèle aux théoriques ». - Il faut donner une grande importance aux stages hospitaliers pour que le médecin puisse acquérir des gestes et des conduites pratiques. - Manque sur le plan pratique : l'étudiant passe son stage dans les couloirs des services sans prise en charge (professeur absents ou n'ont pas d'intérêt à leur fonction d'enseignement) » - Refaire des stages au CHU et à l'étranger. - La bonne formation au stage d'externat et d'internat. - La motivation des encadrants. - Le stage infirmier et d'externat sont à commencer en périphérie et en fin d'étude en périphérie. - Accompagner les étudiants pendant leurs stages. - Coordonner avec les structures du ministère de la santé et principalement au niveau des hôpitaux pour le suivi des étudiants pour une meilleure formation. - Présence souhaitable des professeurs agrégés en assistance à une fonction adéquate des étudiants qui doivent coiffer, surveiller et évaluer cette formation. Il faut donner beaucoup d'intérêt aux externes. - Un bon encadrement par les professeurs au sein des stages hospitaliers. - Insister sur les stages + santé publique.

	- Il faut s'axer sur la formation pratique, les connaissances théoriques ne servent qu'à consolider la pratique. - Intégrer les étudiants aux problèmes qu'ils vont rencontrer lors de la pratique médicale. - Assurer le stage médical aux centres de santé. - Nécessité d'une formation dans les urgences pour le médecin généraliste. - Améliorer la qualité de l'encadrement. - Prendre soin de stagiaire; médecin => futur médecin. - Améliorer le niveau d'enseignement théorique et pratique. - Les stages hospitaliers doivent être bien pris en charge du jour au jour car là où on apprend vraiment ; on apprend à participer et utiliser nos connaissances théoriques. - La formation doit insister sur les stages. - Améliorer l'encadrement pendant la période des stages. - L'étudiant doit être bien encadré durant les 2 années du stage interné.
Pratique de la médecine générale	- Essayer de décentraliser le service médical et paramédical universitaire (TDM, bilan para clinique complet). - Améliorer la situation professionnelle financière ainsi que l'image du médecin au Maroc. - Résoudre les problèmes de santé publique notamment les affectations, les mutations ainsi que la formation continue qui contribue à la performance du médecin. - Plus de moyens matériels pour la pratique au niveau des structures publiques. - Il faut former les médecins généralistes de tel sort qu'ils pourraient effectuer leur rôle principal en tant que médecin de famille (prévention, dépistage, diagnostic, traitement de certaines maladies ne nécessitant pas l'intervention de spécialiste et le rôle d'orientation vers les diverses spécialités). - Les étudiants doivent être bien orientés avant de commencer leurs études médicales. - Lutter contre l'ignorance de la population+++ - Valorisation de l'état de santé des citoyens par les autorités. - Encourager le personnel médical. - La vie professionnelle ne nécessite pas la charge des cours qu'on avait eu

	durant la période de la formation. - La formation doit s'intéresser à la pathologie courante en médecine générale. - Quand j'ai obtenu mon doctorat, j'étais incapable d'ouvrir un cabinet avant de passer des stages supplémentaires et volontaires dans différents services de différentes spécialités dans les centres hospitaliers et les centres de santé, et avant de faire des formations payées tel que le DIU en échographie, en gynécologie et urgences durant une durée de 2ans ,car si j'étais bien pris en charge dans mes stages d'étudiant j'aurais pas besoin de ces 2ans pour entamer ma carrière directement après l'obtention du doctorat. - Notre pays a beaucoup besoin des médecins généralistes compétents. - Créer un partenariat entre les structures de la santé publique et le CHU. - La santé n'est pas une affaire préoccupante de l'état donc c'est un secteur marginalisé attaché souvent dans son fonctionnement au ministère de l'intérieur. - Présence de contraintes immenses entre la pratique professionnelle et les conditions du travail. - Il faut élargir le champ des ressources humaines car un médecin généraliste ou spécialiste ne peut pas faire le travail de trois médecins et au même temps faire la formation médicale continue et faire avancer ça carrière en médecine. - Le problème des généralistes est surtout d'ordre financier. - Insister sur la confiance médecin-malade et le bon comportement des médecins.
Formation médicale continue	- Il faut suivre les progrès des sciences médicales. - La formation médicale continue doit être obligatoire. - La médecine n'est pas une science exacte, elle impose à chaque médecin de changer et d'adapter sa conduite face aux patients qui se présentent à lui - La formation en échographie est obligatoire pour un médecin généraliste. - Renforcer la formation pratique des médecins surtout en obstétrique. - L'accessibilité de l'information est souhaitable. - L'intérêt de la FMC adéquate, précise et pratique. - La formation médicale continue est insuffisante. - La formation continue est très importante.

**La formation médicale initiale Point de vue des médecins généralistes :
exemple des villes Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia**

Image du médecin généraliste	- La médecine est un art. - Lutter contre la dégradation de l'image du médecin marocain et lui assurer des bonnes conditions de vie. - Il faut donner une belle image au médecin généraliste, le valoriser par l'état et le protéger contre les agressions et contre les poursuites judiciaires - Revaloriser la médecine générale et la rendre une spécialité à part entière (les facultés de médecine, l'état...) et sensibiliser la population de l'importance de la médecine générale et donner intérêt au médecin généraliste. - Rendre la médecine générale comme une spécialité à part et valoriser les médecins généralistes. - Une valorisation financière pour les médecins en secteur publique. - La politique d'état d'augmenter le nombre de médecins se fera au dépend de la qualité de la formation. - J'aime beaucoup le système français, à mon avis l'internat doit être obligatoire et la médecine générale comme une spécialité de 2ans après 6ans de médecine. - La médecine est un métier noble et doit rester noble. - Le médecin généraliste ne traite pas beaucoup de maladies dont il est capable s'il est bien formé et par conséquent la dégradation de son image. - Valoriser plus la formation du médecin généraliste.
Autres	- Boursier les études importantes pour les étudiants en médecine et pour ceux suivant une carrière universitaire. - Choisir des sujets de thèse adaptés à la formation d'un médecin pour valoriser les recherches. - Accepter des sujets de thèse qui ont la valeur ajoutée.



DISCUSSION

I. Cadre conceptuel : La médecine générale

1. Définition de la médecine générale.

La planification de la formation médicale nécessite une redéfinition et une description précise des rôles des futurs médecins à former. Et pour leurs donner la possibilité d'acquérir des compétences appropriées et une motivation sociale, il faudra donc apporter, continuellement, des réformes aux programmes d'enseignement et de formation.

La médecine générale se définit comme « une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires». [5]

Les soins primaires sont des prestations de soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins de santé individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté. (Selon l'OMS et la déclaration d'Alma Alta 1978).

Il s'agit du premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de tout autre caractéristique de la personne concernée.

Les principes des soins primaires:

- Approche centrée sur la personne, orientée sur l'individu, sa famille et sa communauté.
- Processus de consultation personnalisée qui établit dans le temps, une relation médecin patient à travers une communication adaptée.
- Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.
- Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins, le travail avec d'autres professionnels dans le cadre des soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités.

- Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
- Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.
- Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.
- Développement de la promotion et de l'éducation de la santé par des interventions appropriées et efficaces.
- Action spécifique en termes de santé publique.
- Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Ces caractéristiques centrales de la discipline, qui doivent être maîtrisées par le Médecin Généraliste, peuvent être classées schématiquement en six compétences principales :

1. la gestion des soins de santé primaires
2. la démarche centrée sur la personne
3. la capacité spécifique pour la résolution de problèmes
4. l'approche globale
5. l'orientation communautaire
6. le modèle holistique

La compétence du médecin généraliste se trouve à la convergence des trois domaines complexes qui sont :

- Les préférences et comportement du patient
- Les données actuelles de la science
- La situation clinique observée

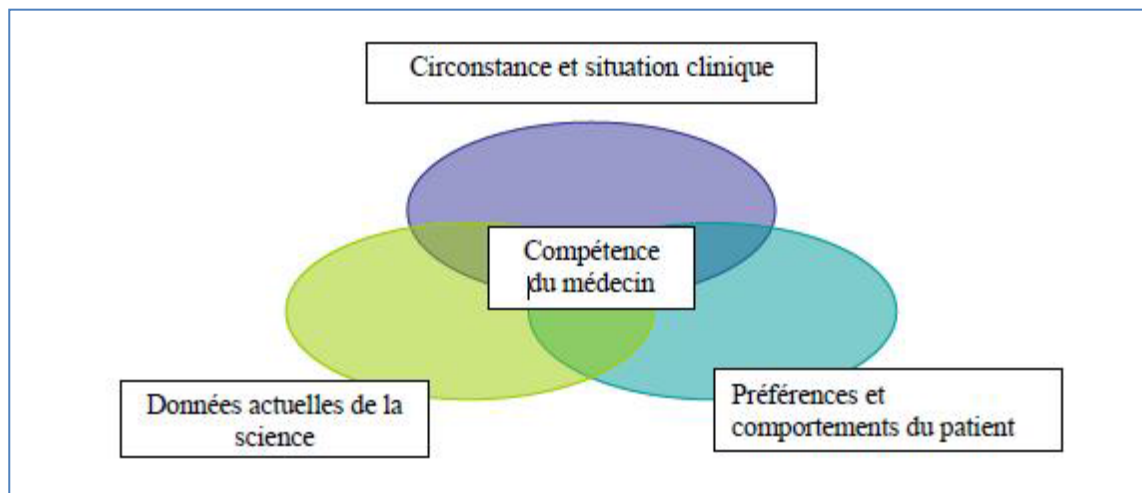


Figure 38 : Les bases de la compétence du médecin.

Du fait que la médecine générale est centrée sur la personne, trois dimensions sont considérées comme fondamentales :

Dimension Contextuelle : De la personne, de la famille, de la communauté et de la culture.

Dimension comportementale : Basée sur les Capacités professionnelles ; Valeurs et éthiques du médecin, ses valeurs et son éthique.

Dimension scientifique : Basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

Celles-ci s'articulent autour du patient en prenant en compte son environnement et son contexte [6]. Tout ceci impose au médecin généraliste d'acquérir, un savoir faire et un savoir être, seuls garantis d'une pratique de qualité adaptée aux exigences de notre profession.

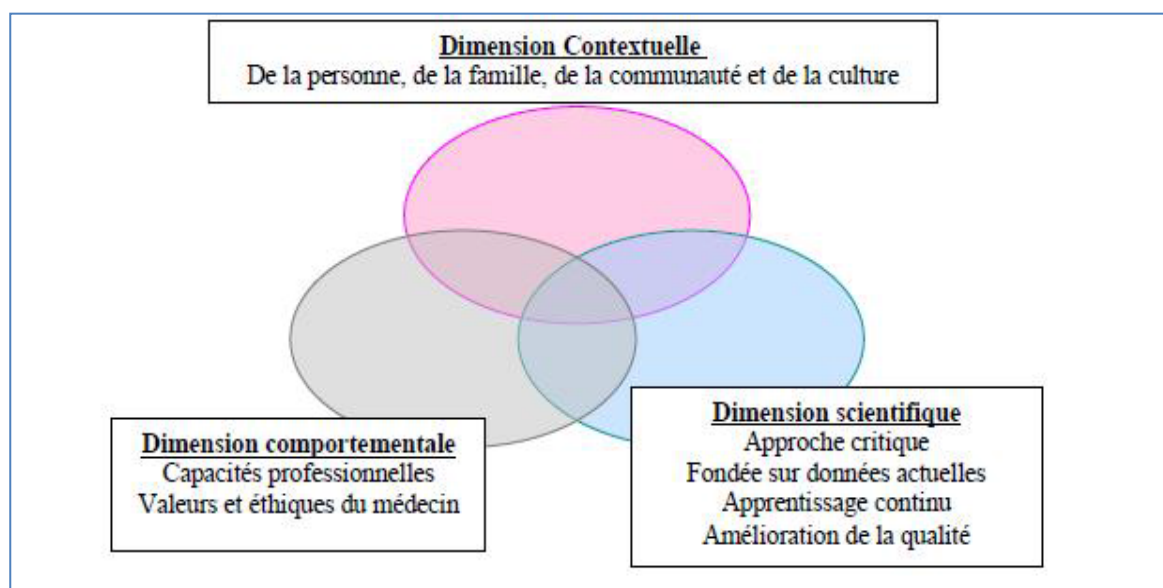


Figure 39 : Les dimensions de la médecine générale.

2. Le profil idéal du médecin généraliste : Médecin cinq étoiles de l'OMS [7]

Il est nécessaire que l'enseignement de la médecine puisse se fonder d'abord sur une définition rigoureuse du profil attendu du médecin généraliste.

Au sein des professions de santé, les médecins ont souvent joués un rôle décisif dans la mise en place, et le fonctionnement du système de santé, mais ils se rendent maintenant compte qu'ils ne sont pas à l'abri de la critique ; leurs décisions sont de plus en plus contestées, par ailleurs les médecins sont maintenant en surnombre dans de plus en plus de pays. Dans ces conditions quel sera le rôle du médecin.

En déterminant de situer leurs actions futures dans le contexte de la santé considérée comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » et de l'objectif mondial de la santé pour tous, les professions de santé, et les médecins en particulier, devront trouver un juste équilibre dans leurs prestations en soins de santé individuelle et communautaire et entre soins curatifs et préventifs, choisir des technologies appropriées pour assurer des prestations d'un bon rapport qualité /prix, et satisfaire un public de plus en plus exigeant.

Les sociétés et les systèmes de santé évoluent, donc, il faudra toujours s'adapter aux besoins du présent et du futur. Il semble cependant que certaines compétences seront toujours essentielles partout elles définissent le profil de ce que nous appelons le «médecin cinq étoiles».

Un dispensateur de soin: qui considère le patient a la fois en tant qu'individu et membre d'une famille et d'une communauté , et dispense des soins de qualité, complets , continus et personnalisés dans le cadre d'une relation durable basée sur la confiance.

Un décideur : qui choisit quelles approches et techniques utiliser dans un souci d'éthique et de cout-efficacité pour optimiser les soins qu'il dispense.

Un communicateur : capable d'écouter, d'expliquer, et de convaincre pour promouvoir des modes de vie sains, donnant ainsi aux individus et aux groupes les moyens d'améliorer et de protéger leur santé.

Un membre influant de la communauté, qui, ayant gagné la confiance, est capable de concilier les besoins des individus et de la communauté et d'agir au nom de cette dernière.

Un gestionnaire : capable de travailler en harmonie avec des personnes et des organismes à l'intérieure et à l'extérieure du système de santé pour répondre aux besoins des individus et des communautés, et d'utiliser à bon escient les informations sanitaires disponibles.

3. Evaluation de la formation médicale initiale.

3.1. Historique de l'évaluation des études médicales.

a. Expérience nord américaine.

Au tournant du 20ème siècle il n'y avait pas de mécanisme de contrôle et de vérification de la qualité des facultés de médecine américaines, dans un contexte où un grand nombre de facultés privées devenaient de petites entreprises florissantes.

Inquiète de cette situation et craignant une intervention de l'État, la Fondation Carnegie a donné à un pédagogue professeur de latin et de grec, Abraham Flexner, le mandat d'évaluer toutes les facultés de médecine des États-Unis. Celui-ci a par la suite étendu son étude aux facultés de médecine canadiennes.

L'impact de son étude a été considérable. L'application de certaines normes, comme la nécessité pour une Faculté de médecine d'être rattachée à une Université ou encore la nécessité de notions scientifiques de base dans la formation médicale, a entraîné la fermeture de plusieurs écoles, surtout privées.

La plupart des facultés restantes ont dû procéder à des changements majeurs : depuis 1910, date de la parution du Rapport Flexner, la pratique de l'évaluation périodique des programmes des facultés de médecine est devenue systématique; elle a évolué dans ses méthodes et dans son orientation. Elle est maintenant orientée vers la vérification des mécanismes internes d'évaluation des programmes dans chaque faculté.

Des programmes d'accréditation sont mis en place et sont fondés sur des normes élaborées avec les différents intervenants et tenues à jour grâce à un régime continu d'examen et de consultation. Ainsi, le programme d'accréditation peut s'adapter à un contexte qui évolue rapidement [10,11].

b. L'évaluation dans les facultés de médecine francophones

Au début des années 90, quelques facultés de médecine membres de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) se sont volontairement prêtées à un exercice d'évaluation. Il s'agit des facultés de Tunis, Beyrouth (Université Saint-Joseph) et Louvain et, dans ce dernier cas, selon une adaptation de la pratique nord américaine.

La CIDMEF a ensuite mandaté un groupe de travail pour lui proposer une politique et une procédure d'évaluation des programmes des études médicales (réunion du Bureau Permanent à Beyrouth, 1994).

A la réunion plénière tenue à Hanoi, au mois de novembre 1995, la CIDMEF a approuvé un document intitulé: « Cadre Méthodologique pour l'Évaluation des Programmes d'Études Médicales et des Facultés de Médecine » [12].

A sa réunion de Dakar en 1997, elle se dotait formellement d'un Conseil d'évaluation en même temps que d'un Conseil pédagogique et d'un Conseil scientifique.

Dans un enjeu de performance et de qualité, la CIDMEF a assuré la révision de ses normes en 2012 en insistant toutefois sur les normes de qualité plus détaillées [13].

L'évaluation méthodique et systématique des programmes des études médicales et des facultés de médecine peut se faire avec d'autres organismes de coopération qui portent un intérêt à ce sujet, comme l'AUF (Agence Universitaire de la Francophonie, dont relève la CIDMEF), le CAMES (Conseil Africain et Malgache d'Enseignement Supérieur), l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et notamment son Bureau régional pour l'Afrique subsaharienne.

3.2. Acteurs concernés par l'appréciation du programme des études médicales.

L'appréciation ou l'évaluation de l'enseignement est plurielle du fait de la multiplicité des objectifs sur lesquels elle porte et des niveaux auxquels elle se situe. Elle l'est aussi du fait que de multiples intervenants y sont impliqués [14].

Notre étude a un but formatif et non sanctionnant, s'adressant à tous les acteurs investissant dans le champ de l'enseignement universitaire :

- Les autorités académiques de l'université, qui ont à prendre des décisions pour piloter le système dans sa globalité (coordination des programmes d'enseignement, attribution des

charges, nominations, contrôle de l'application des décisions, préparation d'une stratégie à long terme, répartition des ressources disponibles, etc.)

- Les autorités facultaires et départementales, responsables du pilotage de l'enseignement (ajustements des programmes) et de la gestion du potentiel humain (en fonction des compétences et des besoins, y compris la préparation d'une politique d'investissement humain, etc.).
- Les enseignants, qui sont amenés à prendre des décisions pour adapter ou améliorer leurs enseignements (cohérence par rapport aux objectifs du projet global de formation, qualité de la communication pédagogique et du dispositif d'enseignement, relation avec les étudiants, comportement à l'examen, etc.)
- Les instances concernées par la formation médicale continue.
- Les autorités sanitaires.

Dans notre étude, notre but n'est pas de juger le programme des études médicales; nous nous inscrivons dans une logique constructive ambitionnant d'offrir un éclairage du point de vue des médecins généralistes et proposer des recommandations inspirées de leurs suggestions en tenant compte de leur expérience professionnelle pouvant leur permettre de découvrir les lacunes et les défauts ayant imprégné leur formation initiale. Les objectifs spécifiques de notre enquête sont les suivants :

- Mesurer le niveau de satisfaction des médecins généralistes à l'égard de la qualité de leur formation initiale au niveau de ses différents aspects (qualité, techniques et pédagogie).
- Faire ressortir les points forts et les points faibles de cette formation.
- Décrire les attentes et les besoins des médecins généralistes à l'égard du programme des études médicales et faire ressortir des points à perfectionner de cette formation.
- Emettre des propositions pratiques et dégager des recommandations susceptibles de contribuer à l'amélioration de la formation initiale inspirées de l'expérience professionnelle de ces médecins généralistes enquêtés.

- Aperçu général en ce qui concerne la formation médicale continue et leur point de vue de cette formation.
- Apprécier leur perception à l'égard de la médecine générale.

II. Discussion des résultats :

1. Formation théorique

1.1. La formation théorique premier cycle : sciences fondamentales

Les résultats nous ont montré d'abord une insuffisance selon les médecins en ce qui la communication des objectifs et l'intérêt d'étudier les sciences biomédicales fondamentales. En effet, la relation entre les disciplines biomédicales fondamentales et la pratique clinique n'est pas évidente pour beaucoup de médecins.

Le désintérêt relatif aux sciences fondamentales et l'absence de l'évidence de la relation entre ces disciplines et la pratique clinique est un constat commun entre les étudiants également sur le plan international. En effet, Custers et al ont démontré à partir d'une étude faite au Pays-bas en 2002 que les étudiants affichaient leur insatisfaction vis-à-vis de l'enseignement des sciences fondamentales et leur estimation de l'absence d'intérêt de ces dernières en pratique clinique [15]. Réf (Custers et al)

Il est important de signaler que les médecins vivaient lors de leur deux premières années, leur premier contact avec l'environnement médical qui peut se révéler stressant, d'autant plus que les nouveaux lauréats faisaient leurs études scientifiques au lycée en arabe et que beaucoup parmi eux ne maîtrisaient pas le français qui est la langue d'enseignement en médecine.

Au sein de certaines facultés, des conférences de méthodes sont organisées avant le début des cours, mais elles restent globales et insuffisantes et ne prennent pas en compte les spécificités et les problèmes de chaque étudiant.

Enfin, l'étudiant n'ayant pas été familiarisé avec la prise de notes, se retrouve perdu lors des cours magistraux qui constituent l'essentiel du volume horaire, de tant plus que la plupart d'entre eux ne sont pas au courant souvent des objectifs d'un tel cours.

Nous pensons donc que des ateliers d'introduction aux études médicales devraient être systématiquement organisés pour les nouveaux étudiants afin de les familiariser avec le nouveau enseignement et les mettre au courant des méthodes pédagogiques utilisés et l'importance de chaque discipline des sciences biomédicales fondamentales dans la pratique, et éventuellement ces ateliers pourront repérer les étudiants nécessitant un soutien spécifique. Notre faculté a commencé à appliquer cette méthode depuis l'année universitaire 2006 /2007.

La méthode du tutorat ou le parrainage des étudiants est un des meilleurs moyens pour faciliter leur intégration [16].

Le programme trop chargé constituait un facteur qui décourageait les médecins durant leur formation initiale d'autant plus que la relation entre les sciences fondamentales et les sciences cliniques n'était pas claire pour beaucoup d'entre eux et pensaient que leur apprentissage ne leur servait que pour la réussite de l'examen semestriel. Ces problèmes ne sont pas spécifiques à nos facultés de médecine et plusieurs solutions ont été mises en œuvre [17].

Dans ce sens, la pédagogie, moderne d'enseignement a mis l'accent sur la qualité et non sur la quantité des informations à « consommer », qui seront intégrées dans un schéma cognitif

Nous retiendrons l'intégration des sciences biomédicales fondamentales aux sciences cliniques en proposant un apprentissage portant à la fois sur la structure, la fonction normale et les modifications pathologiques [18]. Ces cours regroupent : les sciences fondamentales biomédicales (p.ex. l'anatomie) et les sciences cliniques (p.ex. la sémiologie) dans un continuum commun.

L'introduction le plus tôt possible d'une initiation à la pratique clinique semble être un facteur motivant pour les étudiants [19]. En effet une étude menée à HongKong [20] par Lam, Irwin, Chow et Chan montre que 87% des étudiants interrogés sont d'accord ou tout à fait d'accord que l'introduction de l'enseignement clinique dès les premières années des études médicales était bénéfique pour eux.

Par ailleurs la WFME a adopté comme norme de qualité de l'enseignement médical, l'introduction de la formation pratique clinique dès les tous premiers stades du cycle des études médicales [21].

1.2. Formation théorique 2eme cycle : les sciences cliniques

Le constat le plus avéré est l'absence de parallélisme entre les enseignements théoriques et les enseignements cliniques, les médecins semblent y attacher une importance capitale.

La notion d'intégrer l'enseignement théorique des sciences cliniques à la formation pratique est devenu un paradigme de l'enseignement médical à travers le monde. La WFME [22] pose comme norme de base la mise en place de passerelles entre l'enseignement théorique et la formation pratique clinique (Annexe WFME).

Plusieurs études ont en effet montré que l'intégration de l'enseignement théorique aux stages hospitaliers est autant bénéfique pour la satisfaction des étudiants que pour leur performance aux examens [23,24].

Cottin, Mornex Et Cordier [25] ont comparé les résultats et l'assiduité de deux groupes d'étudiants. Seul un des deux groupes bénéficiait d'un cours magistral dispensé parallèlement aux stages hospitaliers « intégré », ces derniers étaient significativement plus assidus, ont obtenu plus souvent une note supérieure à la moyenne et ont obtenu une note moyenne plus élevée que le groupe qui n'a pas bénéficié de l'enseignement intégré.

Pendant les dix dernières années, on s'est dirigé vers une intégration entre l'enseignement théorique et la formation pratique et plusieurs pays ont déjà adoptés cette voix :

- Intégrer l'enseignement théorique et la formation clinique tout au long du 2ème cycle, fait partie des dispositions de la réforme des études médicales en France [26].
- The General Medical Council de Grande Bretagne [27] a aussi recommandé l'intégration des cours théoriques aux stages hospitaliers.
- Enfin nos facultés de médecine et de pharmacie ont intégré un enseignement théorique de la plupart des pathologies rencontrées en pratique clinique au stage hospitalier.

En ce qui concerne la charge du programme des sciences cliniques, les médecins interrogés ont signalé le caractère trop détaillé et trop chargé du programme. Ce constat est partagé à travers les facultés de médecine dans le monde.

En France une des principales motivations de la nouvelle réforme des études médicales était un enseignement de 2ème cycle surchargé par trop de notions spécialisées, enseignées de manière segmentaire et isolée, faute de définition claire de ce qui appartient au 2ème cycle et de ce qui appartient au 3ème cycle spécialisé [28].

The General Medical Council de Grande Bretagne [29] confirme que les étudiants ont souvent à intégrer des quantités excessives d'informations, cependant, la WFME a adopté comme norme de qualité le fait d'éviter que les étudiants aient à assimiler des quantités excessives d'informations et que le programme soit trop lourd [30].

Plusieurs médecins insatisfaits ont rapporté qu'il existe une insuffisance de coordination entre les différentes matières enseignées, qui a pour conséquence une vision segmentée de la formation médicale.

Ceci a également été constaté à travers les autres facultés de médecine notamment en France où la nouvelle réforme des études médicales a approuvé le principe de l'enseignement

transdisciplinaire [31], qui consiste en l'organisation de l'enseignement autour de grands thèmes transversaux : le développement de la conception à la mort et les processus qui le perturbent (malformations, cancer, infections,...).

L'avantage de cet enseignement est de redonner son sens à l'étude de l'individu dans son ensemble, incluant les différents organes, le somatique, le psychique, et sa place dans le monde où il vit [31,32].

Les principaux modules manquant dans la formation de base, selon les médecins généralistes interrogés étaient : une matière destinée à la recherche scientifique et épidémiologique, médecine communautaire, la sémiologie de la médecine générale et la santé publique, la médecine de prévention, la médecine d'urgence, la médecine scolaire et les programmes sanitaires du ministère de la santé

L'enseignement de la santé communautaire a pris une place non négligeable pendant les dernières années mais encore insuffisante dans le cursus de la formation de nos facultés de médecine. A titre d'exemple, le programme de formation des futurs généralistes au sein de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech comprenant 58 heures d'initiation en médecine sociale en 1^{ère} année de médecine, 75 heures en 5^{ème} année en 2 semestres portant sur les concepts, méthodes en santé publique, mais aussi l'épidémiologie et la prophylaxie des principales maladies endémiques au Maroc ainsi que sur l'organisation, le fonctionnement du système de santé national, les principaux programmes sanitaires et l'hygiène, avec un stage pratique d'un mois au sein des formations du SIAAP de la première année dont le but est l'approche santé communautaire.

La diététique constituait également une matière à intégrer dans le programme selon la majorité des médecins. A ce jour, Il n'existe pas dans le programme d'enseignement des facultés de médecine au Maroc un module traitant la diététique et les habitudes alimentaires. Cependant,

on pense que l'intégration de ce module serait bénéfique pour la formation initiale d'un médecin généraliste et ceci dans le sens de l'approche préventive de la médecine générale.

Sur le plan légal, les médecins ont déclaré qu'il manque un module destiné à la loi de l'exercice de la profession médicale et également le règlement hospitalier au Maroc.

Sur le plan économique et gestion, certains praticiens également ont évoqué la nécessité de donner d'importance à la gestion d'un cabinet médical (comptabilité/fiscalité) et celle d'un centre de santé (gestion des ressources humaines et matérielle).

En effet, le problème de gestion décrit par les médecins n'est pas seulement spécifique aux médecins marocains mais également sur le plan mondial. Une étude menée à Montréal (Canada) en 2014 avait mis en évidence l'insuffisance de formation des médecins québécois en matière de gestion et leadership et que leur expertise était essentiellement médicale [33], réf (responsabilité de gestion).

Par ailleurs, l'intégration de l'échographie générale dans le programme de la formation initiale était une demande récurrente des généralistes interrogés (n=10). Certainement, certains principes de base de l'échographie étaient enseignés durant la formation initiale dans le module de la Radiologie, cependant ils restent insuffisants pour la bonne manipulation de l'échographie générale en pratique professionnelle. Des séminaires et des stages pratiques en échographie générale sont certes organisés mais restent limités et non satisfaisantes de tant plus que les facteurs temps et financier surtout constituent des obstacles parmi d'autres limitant la participation des praticiens à cette formation continue en échographie.

Nous pensons donc que l'intégration d'un module de l'échographie générale dans le cursus de la formation initiale serait bénéfique pour la bonne pratique clinique.

La médecine est une science humaine et sociale avec des spécificités. Donc, en plus de l'approche clinique classique, il y a un besoin d'avoir une approche complémentaire lors de la

formation de base qui apprend aux jeunes médecins l'histoire de la médecine, l'éthique professionnelle, la sociologie médicale, la psychologie, et l'humanisation du régime de dispensation des soins. Ce sont ces disciplines qui renforcent l'humanisme des sciences médicales mais malheureusement font encore défaut dans le cursus de formation de base selon la plus grande partie des médecins interrogés.

Ce constat est partagé avec certains médecins généralistes installés dans les provinces d'Azilal et Figuig et ceci dans une étude qui a été menée par le groupe d'Observation nationale du Développement Humain (ONDH) en 2010 [34].

Sur le plan linguistique, l'intégration de l'anglais médical dans le cursus de la formation initiale était une demande de 16% des médecins. La pratique de l'anglais est devenue indispensable en médecine dans de nombreuses situations très différentes et qui ne sont pas obligatoirement liées à une pratique hospitalo universitaire.

Durant son apprentissage, l'étudiant en médecine aura besoin de maîtriser l'anglais pour pouvoir profiter au maximum des documents développés à son intention. Ces documents existent en langue française mais sont souvent des traductions d'ouvrages de langue anglaise généralement beaucoup moins onéreux. Durant son cursus de troisième cycle, il devra facilement accéder aux textes scientifiques originaux en vue de compléter sa formation. En France, l'enseignement de l'anglais médical est devenu obligatoire depuis 1992 [35].

Sur le plan informatique, les médecins généralistes interrogés ont insisté sur l'utilité des techniques d'information et de communication (TICE) et la nécessité d'intégrer ce module au programme de la formation médicale. Les étudiants en médecine et les médecins intégrés dans leur activité professionnelle sont tenus à mettre à jour leurs connaissances scientifiques. Cependant, ils sont confrontés à une information de plus en plus considérable et provenant de multiple source. Alors, les TICE sont devenus des outils incontournables dans la formation médicale [36].

En fait, Kwankam [38] estime que « la technologie est indispensable puisque le volume et la complexité des connaissances et de l'information dépassent la capacité des professionnels de santé à fonctionner de façon optimale sans l'aide d'outils de gestion et d'information ».

D'autres auteurs [39,40]Loiselle J, Lefebvre S, Harvey S, Fournier H, Leduc C, Perreault F. Guide pédagogique visant à favoriser le développement des compétences informationnelles des étudiants. 2010; <http://pdci.quebec.ca/docs/guide-ugtr.pdf>. (Consulté le: 10/06/2012)] insistent sur l'importance d'une compétence informationnelle qui doit permettre de connaître et de maîtriser les techniques d'utilisation des divers outils facilitant l'accès à l'information pour trouver des réponses aux problèmes rencontrés [41].

Pour atteindre cet objectif, l'implantation des TICE dans le cursus d'enseignement à la faculté de médecine de Marrakech a été faite depuis l'année universitaire 2007/2008. Une plateforme de e-Learning a été également instaurée en même année, cette dernière avait pour objectif principal de faire familiariser l'étudiant aux techniques informatiques ainsi que la création du sens d'autoformation chez les apprenants [37].

Nous pensons donc qu'une étude ultérieure pour bien apprécier la vraie place et l'utilité des TICE chez les jeunes lauréats des facultés ayant étudié cette matière dans leur cursus d'enseignement sera utile.

2. Moyens pédagogiques mis en œuvre :

Le cours magistral est le temple de l'enseignement médical traditionnel dans le monde entier, le rapport de l'organisation mondiale de la santé OMS [42]. «A view of the world's Medical Schools defining new roles » montre que le cours magistral est la méthode pédagogique la plus utilisée (en moyenne 40% du temps d'enseignement).

Cependant la majorité des résultats obtenus nous montrent des dysfonctionnements de cette méthode. En effet, plus de la moitié des médecins assistaient souvent au cours mais 25% n'étaient pas satisfaits de leurs cours magistraux.

Des cours magistraux délaissés par les étudiants est un constat généralisé au niveau des autres facultés de médecine. L'évaluation de la faculté de médecine de Bordeaux menée en France par le centre national d'évaluation, a montré une désertification des cours magistraux surtout par les étudiants du deuxième cycle [43].

Toutefois, ce constat peut se révéler différent et ceci en fonction de chaque discipline ; en effet, dans une étude faite dans le cadre d'une thèse de médecine intitulée Etat de la formation médicale initiale en gynécologie obstétrique, 78% des médecins ont déclaré que le cours magistral était pour eux une bonne méthode d'enseignement de la gynécologie obstétrique [44]. Thèse mariam

Le cours magistral est au centre d'un grand débat depuis des années dans le monde de la pédagogie médicale ; qualifié de méthode pédagogique passive ; beaucoup appellent à la diminution de son importance écrasante en faveur de nouvelles méthodes dites actives [42,45-48]. D'ailleurs, même au niveau de la « mémorisation des connaissances », le cours magistral s'avère être déficient comme en témoigne Karen Hume dans son ouvrage intitulé « Comment pratiquer la pédagogie différenciée avec de jeunes adolescents ? » [49]. Ce tableau montre selon Hume le taux de mémorisation après 24heures de différentes méthodes d'enseignement.

Tableau XIII: Taux de mémorisation (Hume K, 2009)

Processus	Méthode d'enseignement	Taux de mémorisation après 24heures
Verbal	Exposé magistral	5%
	Lecture	10%
Verbal et visuel	Audiovisuel	20%
	Démonstration	30%
	Groupe de discussion	50%
Action	Mise en pratique	75%
	Enseignement aux paires	90%

Parmi ces méthodes actives, l'apprentissage par problème (APP) connaît un essor fulgurant. Ce type d'apprentissage en médecine est né à l'université canadienne de McMaster. L'école de médecine de cette université a été créée dans les années 60, une période préoccupée par l'accélération de la masse des informations, les avancées technologiques et par une attention à l'individualité et à son expression.

L'apprentissage par problèmes est une méthode d'enseignement basée sur l'utilisation de cas de patients (« patient's problems ») comme contexte dans lequel l'étudiant acquiert des connaissances à la fois en sciences fondamentales et cliniques ainsi qu'une capacité à résoudre des problèmes pratiques (« problem solving skill »). La caractéristique essentielle de l'APP est que le problème est présenté avant que les étudiants aient appris les concepts cliniques et les sciences de base qui s'y rattachent. Une fois le problème posé, la séquence d'apprentissage est la suivante :

- En petit groupe de 8 à 10 étudiants, discussion et identification des besoins en termes de connaissances nouvelles à acquérir.
- Répartition des tâches avec un travail individuel.
- Mise en commun des connaissances nouvellement acquises et utilisation de ces connaissances dans la résolution du problème.
- Un bilan de travail de groupe s'effectue en fin.

Durant ce processus, les étudiants sont encadrés par des tuteurs qui ont un rôle de guides ou, selon le terme officiel de l'apprentissage par problème, facilitateurs d'apprentissage [50-55].

Cette méthode a gagné du terrain à travers le monde comme le montre le rapport de l'OMS [56,57]. Une comparaison entre cette méthode et l'enseignement conventionnel montre des résultats intéressants.

Une étude réalisée par Bligh, Lloyd-Jones et Smith [58] de l'université de Liverpool a consisté en une comparaison de la satisfaction de deux promotions d'étudiants. La première a

suivi le cursus traditionnel, la seconde le cursus « apprentissage par problème ». Les étudiants de la deuxième promotion étaient plus satisfaits de leur formation et rapportaient qu'ils ont amélioré leurs capacités à se prendre en charge.

Une autre étude menée en Suède par Wolfram, Domeij, Ludvigsson [59] a montré que les étudiants ayant suivi le cursus apprentissage par problème étaient très satisfaits de leur apprentissage.

Cependant, on ne peut pas encore affirmer que cette méthode est sans défauts et plusieurs auteurs rapportent certaines dérives de l'apprentissage par problème [60–64].

Une majorité des médecins interrogés dans notre étude pensent que les TD et les TP sont appropriés à l'enseignement médical et ils sont majoritairement satisfaits (69%) par rapport à leur déroulement. Cependant plusieurs d'entre eux ont rapporté que les TD/TP n'étaient pas interactifs, et que les objectifs n'étaient pas fixés clairement et que l'étudiant est stressé par son encadrant, d'autres estimaient qu'il avait un manque d'encadrement et que les TD prenaient la forme d'un cours magistral et restaient théoriques sans interactivité et sans implication des étudiants dans la plupart des temps.

Nous pensons que l'introduction de techniques spécifiques d'apprentissage par petits groupes [65] et l'utilisation de supports audio visuels va améliorer le déroulement des TD/TP [66,67]. En effet, une étude menée en France à la faculté de Médecine de Grenoble en 2012, a mis en évidence la pertinence, la faisabilité et l'efficacité d'un outil pédagogique constitué d'une association de posters et d'audio guides pour mémoriser des notions théoriques médicales essentielles. Dans cette étude, 85% des étudiants ont jugé l'association des moyens audio visuels comme moyens très adaptés à l'enseignement [68].

L'étude de Spickard et al. en 2010 a retrouvé également une meilleure mémorisation lorsqu'un cours est accompagné d'une bande audio par rapport aux étudiants suivant le même cours sans soutien audio [69].

On ce qui concerne l'utilisation des jeux de rôle et simulation comme moyen d'apprentissage, 64% les médecins en ont déclaré l'absence absolue durant leur formation.

Cependant on pense que les jeux de rôle peuvent être intéressants; sous la direction d'un enseignant parfaitement expérimenté ; ils mettent en situation de simulation des participants. L'un des d'eux remplit le rôle du patient, l'autre celui du médecin. On peut ainsi envisager de nombreuses circonstances de l'exercice ; c'est incontestablement le terrain de choix pour transmettre à la fois savoir-faire et savoir-être.

Après le « jeu », des échanges peuvent corriger des attitudes ou des décisions inappropriées qui pourraient s'avérer néfastes en situation réelle [70]. Les jeux de rôles peuvent être filmés et revus permettant ainsi aux apprenants l'auto évaluation.

La méthode de simulation est la méthode d'actualité, en particulier en anesthésie-réanimation et en obstétrique elle existe une vaste littérature montrant son impact en termes d'amélioration de la qualité de la formation médicale et par conséquent l'amélioration de la qualité des soins. C'est un concept en plein développement qui prend rapidement sa place dans la pédagogie de la formation médicale.

Nouvelle, complexe, la simulation est une famille d'approches de l'apprentissage, basée sur l'idée qu'il est important de développer nos compétences avant, pendant et après nos interactions avec nos vrais patients [71,72]. Comme une éthique de la pratique médicale, il s'agit d'améliorer nos compétences, d'augmenter nos capacités pour rendre les soins plus efficaces, empathiques et en accord avec les attentes et les besoins des patients [73].

L'intérêt et l'efficacité de l'enseignement par la simulation sont désormais également admis par tous dans l'acquisition de gestes chirurgicaux ou endoscopiques, dans le développement des aptitudes à la communication ou au travail d'équipe [74].

Par contre, à ce jour, la simulation met difficilement en évidence un gain significatif dans l'acquisition des connaissances théoriques. Les études sont, à ce sujet, insuffisantes pour pouvoir évaluer la vraie place de celle-ci. Elle ne peut donc, remplacer les techniques classiques d'enseignement, mais doit s'inscrire en complément et en renfort de ces dernières [75].

L'acquisition d'outils de simulation de haute technologie, tels que les simulateurs de patients, de techniques chirurgicales, endoscopiques ou échographiques, s'avère très coûteuse, en particulier au Maroc.

En 2013, la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech a commencé d'utiliser la simulation comme moyen de formation pour les étudiants de la sixième année de médecine. En fait une étude auprès des étudiants, évaluant la vraie utilité de son intégration est souhaitable.

3. Formation clinique :

La formation pratique constitue pour les étudiants le socle de l'enseignement médical à nos facultés de médecine. En effet (39%) médecins sont peu ou pas du tout satisfaits de la formation pratique, cette valeur est à ne pas négliger par les responsables de la pédagogie de la formation.

Plusieurs facteurs s'accumulent pour que l'externe se retrouve marginalisé dans un système qui fonctionne bien sans lui selon la majorité des médecins. Un des facteurs aggravants et très mal vécu par l'externe est son utilisation comme personnel d'appoint à exécuter des tâches qui ne sont pas les siennes (tâches administratives et autres).

Notre étude n'est pas la seule à avoir fait ce constat. Une enquête menée en 2005 dans le cadre d'une thèse soutenue par Mr SAFWANE MOUWAFIQ [76] à la faculté de médecine de Casablanca sur l'appréciation du programme des études médicales : points de vue des étudiants, a montré que les étudiants se plaignaient (30%) d'une utilisation abusive des externes comme personnel d'appoint.

Certains médecins interrogés ont déclaré aussi le manque d'encadrement au niveau des services ainsi que la discordance théorie-pratique constituant des facteurs parmi d'autres décourageant l'externe en ce qui concerne sa formation pratique.

Le mode de répartition au niveau des stages hospitaliers constitue une problématique pour les médecins. La majorité d'entre eux pensaient que la répartition des stages devrait se faire en parallèle avec les enseignements théoriques.

Ce constat est confirmé par un autre résultat de l'enquête [78] sur l'apport du stage hospitalier dans la formation médicale des étudiants, qui révèle que 38% des étudiants sont passés deux fois en même service. 39% médecins rapportaient qu'ils étaient rarement ou jamais informés précisément des objectifs de stage. Ceci montre que la formation pratique des externes est rarement codifiée et systématisée selon des objectifs précis.

La relation des étudiants avec leurs encadrants est un autre facteur démotivant pour les étudiants, en effet, 57% des médecins ont rapporté que leurs encadrants ne contrôlaient pas ou rarement leur évolution durant le stage. L'absentéisme des encadrants constitue également l'un des principaux facteurs déclarés par les médecins qui leur démotivait.

Les étudiants ont besoin d'une relation personnalisée avec leurs encadrants selon le model du compagnonnage (2 à 3 étudiants) [79-81] qui valorise l'apprenant. Cependant, le nombre élevé d'externes et les préoccupations des encadrants en tant que médecins traitants, font que les étudiants sont gérés en tant que groupe, ce qui dévalorise les plus motivés et conforte les moins intéressés.

Nous avons essayé de voir comment les médecins percevaient leurs aptitudes intellectuelles, gestuelles (savoir faire) et de communication avec autrui (savoir être) quand ils étaient étudiants (Tableau XI). Si les réponses peuvent ne pas être fiables pour évaluer l'efficience de la formation pratique [82,83], elles nous renseignent par contre sur le niveau de confiance des médecins par rapport à leurs aptitudes.

Les médecins semblent éprouver une bonne perception quant à leur démarche diagnostique. Cependant, l'établissement d'une conduite à tenir, la proposition d'un plan d'investigation et le traitement ainsi que la maîtrise de certaines techniques simples propres aux soins d'urgence restaient difficiles.

Concernant les aptitudes de communication avec autrui [84]. (compassion avec le patient et sa famille, éthique et déontologie), les réponses des médecins ne nous semblent pas basées sur un modèle précis et la bibliographie nous indique que l'enseignement de l'éthique médicale est difficile à mettre en place et à évaluer [85–88]. Nous pensons qu'une étude du point de vue des patients sur le comportement des étudiants de 7ème année durant leur stage interné est plus pertinente pour évaluer leur savoir être, car ces derniers sont souvent considérés par les patients comme leurs médecins traitants.

La formation pratique reste problématique dans de nombreux pays [89]. Une étude iranienne [90] a montré que le taux de satisfaction des étudiants par rapport à leur formation pratique est de 39%.

Seabrook [100] a décrit très bien la situation des étudiants en médecine dans le cadre de leur formation pratique, dans une étude réalisée sur 5 ans (de 1995 à 2000) auprès des étudiants en formation au Guy's Hospital de Londres.

Seabrook a montré que les étudiants étaient frustrés parce qu'ils se sentaient marginalisés et que leur individualité n'était pas mise en valeur. Ils se sentaient sous pression pour correspondre aux attentes de leur encadrants, et avaient l'impression de n'être qu'un élément qui entrave la bonne marche des services « in the way ». Cette formule semble se rapprocher de l'expression « lithiases des couloirs » ou « espèce d'externe » utilisée dans notre contexte.

Ainsi, il nous semble impératif de responsabiliser les externes et de les impliquer dans l'activité des services, d'autant plus que la responsabilisation des étudiants et leur participation à l'activité de soins fait partie des normes obligatoires de la WFME [101].

4. L'évaluation des étudiants :

Les évaluations tiennent une place importante dans tout processus d'apprentissage. Cette place est d'autant plus importante en médecine qu'elle ouvre à l'étudiant la voix de l'exercice médical [102].

Les résultats de notre étude nous montrent que 33% des médecins étaient peu ou pas du tout satisfaits de leur méthode d'évaluation durant leur formation initiale. Le manque de la clarté des objectifs principaux à évaluer et l'inadaptation de certaines méthodes surtout les questions à choix multiples et l'examen orale étaient les principales raisons de l'insatisfaction des ces médecins.

A la faculté de médecine de Casablanca, on estime que dès l'introduction des QCM comme méthode d'évaluation au milieu des années 80, les étudiants avaient éprouvé des difficultés à s'adapter [103]. Progressivement les QCM se sont imposés comme la méthode d'évaluation de référence, et les étudiants se sont adaptés ce qui a conduit à des dérives poussant même des étudiants à privilégier le bachotage des anciennes sessions à l'effort de compréhension et d'assimilation des cours.

L'évaluation des étudiants est donc au centre des réflexions des experts en pédagogie médicale [104–109, évaluation]. Un large consensus est établi sur la nécessité de déterminer des indicateurs nouveaux pour juger les compétences et non les connaissances des étudiants [110].

Certains préconisent de passer à une approche de type « outcome-based education » [111], autrement dit, de s'intéresser au résultat. En effet, le résultat attendu se résume en quelques mots : un individu qui est capable, à la fin de ses études, de remplir sa fonction complexe de médecin (communication, diagnostic, thérapeutique, prévention....). Si personne ne conteste cet objectif, personne non plus n'a apporté de solution concrète.

Dans tous les cas, il est clairement établi que la méthode d'évaluation influence directement la méthode de travail des étudiants.

Nous pensons que la prépondérance des examens écrits semestriels pour l'évaluation des étudiants, a un effet négatif sur leur apprentissage. Ils concentrent, en effet, tous leurs efforts sur la préparation négligeant les autres composantes de leur formation (cours magistraux, formation pratique). Il est classique que le travail des externes au niveau des services hospitaliers durant le mois qui précède l'examen se résume à signer leur présence.

La prépondérance des examens semestriels donne à l'évaluation des étudiants uniquement un effet sanctionnant et l'éloigne de l'objectif réel de l'évaluation qui doit être formative offrant aux étudiants un feed back constructif de leurs compétences [112]. .

Le principe des examens cliniques est intéressant et se rapproche de l'approche de type « outcome-based education » [111], cependant ils ne sont programmés qu'en fin de cursus et n'offrent pas aux étudiants la possibilité de réajuster leurs méthodes de travail.

Ce principe peut être utilisé également à la fin de chaque stage hospitalier ; on désigne un patient pour chaque étudiant lequel va s'engager à faire toute la démarche diagnostique et thérapeutique en rédigeant une observation médicale et la présenter à son encadrant. Le but de ce principe est de pouvoir bien évaluer les aptitudes cliniques de chaque étudiant ainsi que le familiariser avec ce type d'évaluation qui va le préparer aux examens cliniques durant la 7eme année.

Nous pensons qu'un travail de réflexion impliquant les différents acteurs de l'enseignement médical est nécessaire pour redéfinir les méthodes d'évaluation des étudiants aux différentes facultés de médecine au Maroc. La définition des méthodes d'évaluation devrait prendre en compte la proportion entre évaluation sommative et évaluation formative, le nombre et la nature des examens et l'adoption de nouvelles méthodes.

Une appréciation régulière de ces méthodes est indispensable afin de déterminer dans quelle mesure elles contribuent à promouvoir l'apprentissage, ceci étant une norme de qualité adoptée par la WFME [113,114]. (Annexe 2).

5. Environnement de la formation :

En médecine, la relation enseignant/étudiant a historiquement bénéficié d'un caractère sacré. Le dévouement des élèves médecins envers leurs maîtres est un fondement de l'enseignement médical et le serment d'Hippocrate résume clairement cette situation. Cependant un respect mutuel devrait être parmi les principes d'un bon encadrement et Ramsden et al ont clairement signalé qu'un bon enseignant doit respecter ses apprenants, connaître leur contexte et adapter l'enseignement à leur besoins [115].

Actuellement, nous vivons aux facultés de médecine une crise de communication entre les étudiants et leurs enseignants. Nous pensons qu'à l'origine, cette crise de communication est d'abord liée au nombre important d'étudiants qui ne permet pas l'instauration d'une relation personnalisée entre l'étudiant et son enseignant. Un deuxième facteur nous paraît très important et concerne l'organisation des étudiants en tant qu'entité à part, éloignée du corps enseignant.

Ces raisons sont révélatrices de l'esprit individualiste des étudiants qui ne leur permet pas d'être un interlocuteur capable de donner un feedback constructif par rapport aux éventuelles dérives rencontrées au cours de leur formation.

Les médecins ont aussi exprimé à travers notre étude leur insatisfaction (43%) par rapport à la relation encadrant/étudiant durant leur formation initiale. Le type le plus marqué de cette relation selon la majorité des médecins était la relation chef/subordonné et relation Maître/élève.

Les principales raisons déclarées par les médecins de l'insatisfaction par rapport à leur relation avec les encadrants quand ils étaient étudiants étaient le manque de communication, la relation d'autorité et la disponibilité limitée des enseignants.

En fait, Prosser et Trigwell [115] ont suggéré que le point central d'une bonne pratique pédagogique devrait être l'apprenant et non l'enseignant. Selon ces auteurs, les enseignants qui adoptent une « approche pédagogique centrée sur l'apprenant » :

- 1) Développent une vision cohérente et articulée de ce qu'ils tentent de faire, en termes d'apprentissage, et de la manière dont ils peuvent le faire.
- 2) Découvrent les différentes façons avec lesquelles les apprenants perçoivent le contexte d'apprentissage (connaissance de l'environnement d'apprentissage);
- 3) S'assurent que les apprenants saisissent la logique et la cohérence entre l'enseignement et de l'apprentissage.

Concernant les sentiments des médecins quand ils étaient étudiants, 70% médecins ont rapporté que le stress était le sentiment qui les accompagnait le plus durant leur formation. Les activités les plus stressantes selon la majorité des médecins étaient les examens, les visites et les staffs hospitaliers. Ce constat est partagé universellement et il est souvent lié aux examens et à la crainte de l'échec [116–120].

Une autre remarque importante doit être prise en considération et concerne les difficultés matérielles rencontrées par une grande partie des médecins durant leur parcours universitaire ; notre étude a révélé que 60% médecins rapportaient avoir eu des difficultés matérielles pour poursuivre leurs études.

Les facultés de médecine sont censées avoir une structure de soutien et d'orientation pour les étudiants, ces services d'orientation devraient s'appuyer sur le suivi des progrès des étudiants et prendre en compte leur besoins, qu'ils soient d'ordre social ou personnel. Ceci est

une norme de base prévue par la WFME, mais souvent ces structures ne répondent pas en réalité adéquatement aux besoins des étudiants [121,122].

Des commissions de soutien aux étudiants sont censée être présente aux différentes facultés de médecine [123], cependant les résultats de notre étude nous montre que (86%) médecins interrogés n'étaient pas au courant de son existence au sein de leur facultés. Aucun des médecins interrogés n'a eu affaire à cette commission. Quant à l'accès aux administrations, 57% des médecins n'avaient pas l'accès facile aux responsables administratifs.

Concernant les locaux et équipements, 80% médecins affirment que les locaux du CHU ainsi que d'autres structures de formation cliniques recevant les étudiants(les autres centres hospitaliers, les centres de santé ...) n'étaient pas bien équipés pour recevoir les étudiants, ce constat fait partie des éléments démotivants pour les médecins qui se sentaient marginalisés même sur le plan des équipements et de l'infrastructure (pas de salle de cours dans certains services, rarement une salle de garde ou vestiaire pour les étudiants).

Un des projets actuels pour les responsables de la formation pédagogique concerne les nouvelles technologies de l'information et de communication. Nous pensons qu'il est nécessaire de donner plus d'importance à ces nouvelles technologies sachant qu'elles sont de plus en plus intégrées à l'enseignement de la médecine et jouent un rôle grandissant dans la préparation des étudiants à la formation médicale continue [124–126].

6. La formation médicale continue (FMC)

La FMC est formation qui s'acquiert après le diplôme, au cours de l'exercice professionnel, par opposition à la formation initiale reçue en faculté. Cela est particulièrement nécessaire dans les professions de Santé en raison de l'évolution de plus en plus rapide des connaissances et des techniques ce qui est affirmé par la totalité des médecins interrogés dans notre étude.

La nécessité de la FMC a été largement partagée par les médecins généralistes (88%) comme en témoigne leur perception d'une faible adéquation entre la formation médicale initiale et le profil de la pratique (les compétences).

Cette attitude s'explique d'une part, par l'incapacité du programme de l'enseignement médical à couvrir la complexité des situations pratiques de la souffrance humaine individuelle et communautaire et d'autre part, par la diversité des champs d'intervention de la médecine générale. Cependant le principe d'obligation a été refusé par certains médecins (8%).

Au Maroc, la FMC, bien qu'elle soit non obligatoire sur le plan légal, connaît un développement rapide sur le plan quantitatif [127]. Les initiatives sont multiples, provenant essentiellement du Ministère de la Santé, des facultés de Médecine, mais l'absence d'une coordination préalable et d'une évaluation a posteriori, rendent nécessaire une démarche qualité pour la FMC, garante de pertinence, de succès et d'efficacité.

La mise à jour des connaissances, le suivi des progrès et les dernières recommandations étaient les objectifs principaux de la FMC selon la grande majorité des médecins. On pense aussi que l'adaptation des praticiens aux spécificités de la pratique de la médecine générale constitue un des objectifs de la formation médicale continue.

Les congrès, les séminaires et les stages pratiques suivis d'achat des livres médicaux constituaient selon la majeure partie des médecins les moyens les plus sélectionnés à adopter pour une FMC pertinente.

Toutefois, une étude britannique [128] concernant les médecins généralistes a montré la supériorité des combinaisons entre présentation des cas et ateliers de travail en petits groupes.

Selon une autre étude qualitative, les médecins ont perçu les rencontres conviviales au cours de la FMC, comme étant bénéfiques. Elles permettent une séparation entre la pratique médicale quotidienne et l'apprentissage qui devient d'autant plus efficace que l'ambiance est détendue et que les échanges d'idées entre confrères et superviseurs se font de façon informelle [129].

L'utilisation de l'internet comme source d'information est l'option la plus adoptée par la majorité des médecins interrogés, cependant l'insuffisance de la formation en recherche documentaire et la lecture critique d'articles reste une problématique devant eux. Ce constat nous oblige à donner plus d'importance et d'encouragement aux techniques d'informatique et de communication ainsi que la pédagogie de la recherche documentaire efficiente.

7. La perception des études et de la profession médicale.

La médecine générale est un métier générateur de stress, 94% des médecins généralistes interrogés dans notre étude ont affirmé ce constat. Dans une étude faite en France sur 364 médecins, ce constat a été déclaré par 95% des médecins interrogés [130].

Etant donné le stress et d'autres contraintes déclarées par les médecins, le sentiment d'épuisement accompagne certains médecins interrogés. 40% des médecins de notre échantillon s'étaient déclarés, épuisés à très épuisés dans leur vie professionnelle. Plusieurs travaux récents [131,132] insistent sur la fréquence élevée du syndrome d'épuisement professionnel ou « burnout » chez les professionnels de santé.

Ce travail n'a pas eu pour objectif d'étudier le syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes. Nous n'avons donc pas exploré les trois dimensions de ce syndrome (épuisement professionnel, dépersonnalisation et l'accomplissement personnel réduit). Nous ne porterons aucune conclusion sur ce syndrome. Nous avons simplement demandé aux médecins s'ils se sentaient épuisés dans leur vie professionnelle.

En plus de stress et d'épuisement, le sentiment d'insatisfaction d'être un médecin généraliste est constaté chez 31% des médecins interrogés. En effet, La difficulté d'assimiler tout les progrès de la science de la santé, la charge du travail et le manque de moyens, l'inadéquation entre la formation initiale et la pratique en santé publique, l'envie d'être un spécialiste et la sous estimation d'un médecin généraliste par les responsables sanitaires et par

la population constituent les principales raisons citées par les médecins ayant déclarés l'insatisfaction d'être un médecin généraliste.

Sur la même piste, on a remarqué dans notre étude que 36% de l'ensemble des médecins interrogés ont estimé qu'ils n'étaient pas bien préparés à l'exercice de la médecine générale et 12% ont déclaré leur regret d'avoir choisi la carrière de la médecine générale. En outre, 60% des médecins n'avait choisi d'être médecin généraliste et ceci s'est arrivé par défaut.

Cette pratique de la médecine générale reste critiquée également par certains médecins interrogés dans une enquête qui a été faite par le conseil de l'ONDH (provinces d'Azilal et Figuig et la préfecture de Salé) [34], qui en a fait le mode d'exercice de ceux qui ont échoué à faire des études médicales spécialisées. D'ailleurs, les médecins généralistes sont dépités par une image privilégiant constamment le médecin spécialiste et par le manque de reconnaissance de leur potentiel (Boelen 2004) [133].

Les médecins ont affirmé que la formation de base théorique et pratique du médecin généraliste ne leur permettait pas de s'adapter à la réalité du terrain. Ce constat est également signalé par les médecins interrogé par le groupe du conseil de l'ONDH [34], du fait que le médecin généraliste ne devrait pas être uniquement un technicien, mais aussi un psychosociologue, un agent de développement communautaire, un gestionnaire et un leader. Ces aspects sont négligés par la formation de base [34].

La perception d'une dégradation de l'image du médecin généraliste est constatée chez 76% des médecins interrogés dans notre étude. Cette détérioration est due à plusieurs facteurs selon eux. Les facteurs rapportés par les médecins étaient principalement d'ordre éthique et déontologique (communication et comportement avec autrui notamment les malades et leurs familles, les confrères et les responsables administratifs, respect, corruption), problème financier et rémunération et l'insuffisance de formation (FMI et FMC).

III. Forces et limites de l'étude :

Notre étude s'est proposé de faire une appréciation globale du programme des études médicales selon le point de vue de médecins généraliste lauréat de nos facultés de Médecine. L'avantage de cette étude est d'offrir une vision des différentes dimensions de ce programme bien que certains aspects n'aient pu être appréciés précisément.

Considérer le point de vue de médecin généraliste est un atout pour notre étude, car cet acteur bien que central, a très peu donné son point de vue sur la qualité des études médicales. Cependant le nombre limité des médecins enquêtés limite notre étude.

Malgré l'importance de ce travail permettant ainsi l'identification des besoins sentis et exprimés par les médecins généralistes à l'issue de leur exercice professionnelle, Cependant, il ne faut pas négliger le risque de la subjectivité des médecins et cette présente étude a besoin d'être enrichie par le point de vue des autres acteurs notamment les étudiants en médecine, les responsables facultaires et également une étude auprès de la population soignée pourra être bénéfique pour apprécier en particulier les aptitudes psycho humaines des médecins.

La diversité des facultés de médecine d'origine de notre échantillon nous a permis d'avoir une appréciation globale de toutes les facultés de médecine marocaines bien qu'il y a des spécificités pour chaque faculté.

L'auto administration du questionnaire nous a permis de limiter le biais d'information lié à la présence d'un intermédiaire.

Les résultats obtenus dans cette étude peuvent servir de référence dans le cadre d'évaluations ultérieures qui renseigneront les décideurs sur l'évolution de la perception des médecins par rapport au programme des études médicales, à la perception de la médecine générale et également par rapport la formation continue des médecins généralistes.



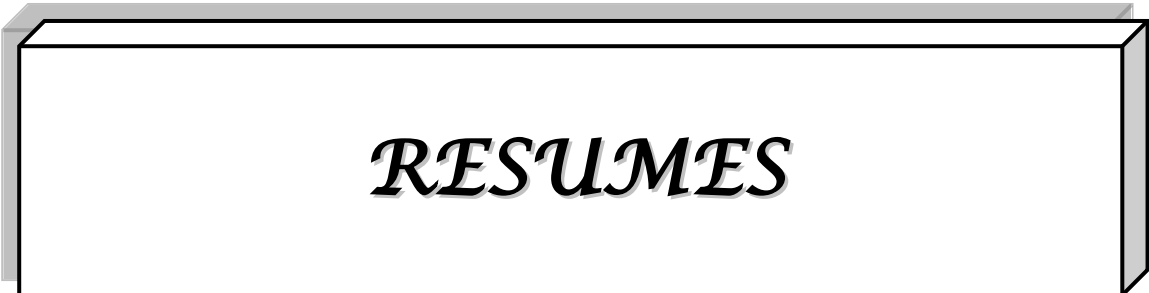
CONCLUSION

Le fait de contacter les médecins généralistes après leur formation, nous a permis d'identifier avec eux des lacunes dans la formation :

- Le programme actuel de formation médicale initiale ne fournit pas aux médecins généralistes marocains les compétences nécessaires pour accomplir les fonctions du médecin généraliste avec une tendance à la spécialisation.
- Le programme ne fait pas une part significative à l'autoformation, à l'apprentissage en groupes restreints, aux diverses méthodes actives permettant un apprentissage dans un contexte rappelant celui de la pratique médicale.
- Dysfonctionnements en rapport avec la formation humaine et psychologique
- Dysfonctionnements en rapport avec l'absence de maîtrise des problèmes de :
 - ✓ Santé communautaire
 - ✓ Éthiques, déontologiques et relationnels
 - ✓ Techniques de communication
- Dysfonctionnement en rapport avec la formation continue.
- Détérioration de l'image du médecin généraliste au Maroc.

Au terme de cette étude, il nous paraît nécessaire d'envisager une réforme des études médicales au Maroc. Nous pensons que cette réforme devrait donner une place importante à l'enseignement médical de proximité (personnalisé) qui tient compte des spécificités de chaque étudiant en l'intégrant dans un cadre d'un environnement de formation enrichi en sciences humaines, en langues, en techniques de communication, en informatique et en expérience associative et humanitaire afin d'obtenir des médecins généralistes valorisés compétents et épanouis ouverts vers le monde extérieur et agissant en facteur de développement de leur communauté.

La volonté de changer et d'adapter le cursus de formation du médecin généraliste est une priorité déclarée par l'ensemble des médecins. La nécessité de définir le profil de médecin généraliste souhaité et adapté pour le contexte marocain est également souhaitable.



RESUMES

RESUME

L'évaluation de la formation médicale initiale (FMI) du médecin généraliste est une des principales étapes pour fonder un système de formation médicale adapté à la pratique clinique. La participation des étudiants (ex-étudiants dans notre étude) est un élément fondamental pour la réussite de cette évaluation. Nous avons retenu une enquête, sous forme d'un questionnaire anonyme comprenant plusieurs sections explorant les différents aspects de la formation. L'enquête a concerné 68 médecins généralistes lauréats de facultés de médecine marocaines, du secteur public et privé, installés dans les villes : Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia. 67% étaient de secteur public, 61% de sexe masculin. La tranche d'âge varie entre 26 à 65 ans avec une moyenne de 39ans. La relation entre les disciplines fondamentales et la pratique clinique n'était pas évidente pour 50% des médecins. L'absence de parallélisme entre les enseignements théoriques et les enseignements cliniques a été évoquée par 57% des médecins. Par ailleurs, l'intégration de la sociologie médicale (28%) l'échographie générale (26%), l'anglais médical (16%) et la diététique (8%) dans le cursus de formation initiale était une demande des médecins. En ce qui concerne les stages, la répartition des stages devrait se faire en parallèle avec les enseignements théoriques selon 65% des médecins. L'absence absolue des jeux de rôle et de simulation durant la formation pratique était déclarée par 70% des médecins. (40%) des médecins interrogés n'étaient pas satisfaits de la formation pratique. La relation encadrant/étudiant était de type chef/subordonnée selon 43% des interrogés. (57%) des médecins n'avaient pas eu accès facile aux responsables administratifs. Le stress accompagnait 70% des médecins durant leur formation. (66%) des médecins sont satisfaits d'être médecins généralistes. La dégradation de l'image du médecin généraliste a été déclarée par 75%. Au total, Plusieurs lacunes ont été dévoilées au terme de cette étude. Le programme actuel de formation médicale initiale ne fournit pas aux médecins généralistes marocains les compétences nécessaires pour accomplir ces fonctions en pratique avec charge du programme et une tendance à la spécialisation ce qui peut aggraver la situation actuelle de l'image du médecin généraliste.

ABSTRACT

The evaluation of the undergraduate medical training of General Practitioners (GPs) is one of the major steps to establish a medical training system which is appropriate to clinical practice of GPs. The participation of students (former students in present study) is a key element for a successful evaluation. In this study, we retained an anonymous survey included the several sections exploring the various aspects of medical training. The survey involved 68 public and private GPs graduated of our Medicine Faculties, installed in the following cities: Tinghir, Ouarzazate and Er-Rachidia. (67%) were from the public sector and (61%) were male. In addition, their ages were between 26 and 65 year with an average of 39 years old. The relationship between basic sciences and clinical practice was not evident for 50% of physicians. The absence of parallelism between the theoretical and clinical teaching was mentioned by 57% of GPs. Alternatively, (28%) of doctors asked integration of Medical Sociology, Medical English (16%), Diet (8%) and General Ultrasound (26%) in the undergraduate curriculum. Furthermore, (65%) of physicians thought that the apportionment of Internships should be done in parallel with the theoretical courses. (65%) were not satisfied about their practical training. The absolute absence of role-playing and simulation during the practical training was reported by 70% of respondents. The relationship Supervisor/student was as Pattern/ Subordinated according to 43% of doctors. (57%) did not have easier access to administrative officials. (70%) of GPs got stressed during their training. 66% are satisfied to be a GP but the reputation of GPs in Morocco is deteriorated according to 70% of respondents. As conclusion of this study, the present program of undergraduate medical education still deficient and enable to offer to GPs all competencies for their practice, besides, load curriculum and its tendency to specialization consequently, this may affect negatively the image of GPs in Morocco.

ملخص

يعد تقييم التكوين الطبي الأولي للأطباء العاميين خطوة من الخطوات الرئيسية لتأسيس نظام تكويني يتناسب والممارسة السريرية. ويعتبر إشراك الطلبة (الطلبة السابقين في هذه الدراسة) أمرا ضروريا لإنجاح هذا التقييم. اعتمدنا في دراستنا على استمارة استبيان مجهولة الأسماء تضم مقاطع تشمل مختلف مظاهر التكوين الطبي. وقد شمل الاستجواب 68 طبيا عاما في كل القطاعين الخاص و العام الخريجين من الكليات الطبية المغربية و المستقرين في المدن التالية: تنغير و ورزازات و الراشيدية . 67 % في القطاع العام، 61% ذكور في حين أن 39 % إناث. تتراوح الفئة العمرية للأطباء ما بين 26 و 65 سنة بمتوسط قدره 39 سنة. لم تكن العلاقة بين العلوم الأساسية والممارسة السريرية واضحة لدى 50% من الأطباء. 28% طلبت إدماج علم الاجتماع الطبي في مناهج التدريس الى جانب الفحص العام بالصدى الصوتي بنسبة 26 % و 16% بالنسبة للغة الانجليزية الطبية والنظام الغذائي بنسبة 8 % . وفيما يخص التدريبات التطبيقية، 65% ترى أن توزيعها يجب أن يكون بالتوازي مع الدروس النظرية. 65 % أقرت بالغياب المطلق لأسلوب لعب الأدوار والمحاكاة. 43 % وصفت نوع علاقة التأطير بأنها علاقة الرئيس بالمرؤوس كما ان 57 % من العينة وجدوا صعوبة في الوصول إلى المصالح الإدارية. وقد أقر 70% من الأطباء أن التوتر كان الإحساس الأكثر مرافقة لهم طوال مدة تكوينهم. 66% راضون بمزاولة مهنة الطب العام في حين أن 75% أعلنوا تدهور صورة الطبيب العام في المغرب. وفي ختام هذه الدراسة، ثم كشف الغطاء عن مجموعة من الثغرات، إذ ان منهج التكوين الطبي الحالي لا يوفر للأطباء العاميين الكفاءات اللازمة لممارسة مهنتهم الى جانب تكديس المنهج الدراسي وميله إلى التخصص، مما يزيد في تراجع صورة الطبيب العام في المغرب.



ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

Thèse de médecine

La formation médicale initiale

Point de vue des médecins généralistes : Exemples des villes Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia

Cette étude a pour but d'évaluer la formation médicale initiale et son adéquation avec la pratique de la médecine générale. Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Vos réponses et suggestions seront d'une grande utilité pour améliorer la qualité de la formation de l'étudiant en médecine dans un contexte de réforme des études médicales. Nous vous assurons que toutes les précautions sont prises pour respecter l'anonymat et la confidentialité des réponses.

Caractéristiques sociodémographiques

1-En quelle année êtes vous né ? 19.....

2- Vous êtes de sexe : 1- Masculin 2- Féminin

3- Quel est votre origine géographique

4- Quel est votre statut marital actuellement ?

1-Célibataire 2-Marié (e) 3-Divorcé (e) 4-Veuf (ve)

Nombre d'enfants :

5-Vous êtes lauréat de quelle faculté de médecine

6-En quelle année vous avez commencé vos études en médecine ?

7-Avez-vous déjà redoublé lors de vos études médicales ? 1-Oui 2-non

Si oui combien de fois ?

8-Avez-vous passé le concours de l'internat ? 1-Oui 2-non

9-En quelle année avez vous soutenu votre thèse de médecine ?

10-Date de début de votre exercice professionnel

11-Avez-vous eu des difficultés matérielles pour poursuivre vos études médicales ? 1-Oui

2-non

12-Quelle était votre intention en ce qui concerne le mode d'exercice en tant que docteur en médecine durant votre formation :

1-Intégrer la santé publique en tant que médecin généraliste

2-S'installer au privé en tant que médecin généraliste

3-Faire sa spécialité au Maroc

4-Faire sa spécialité à l'étranger

5-Opter pour une carrière universitaire

6-Autre.....

Formation théorique 1er cycle : Sciences biomédicales fondamentales (anatomie, biologie, physiologie, biophysique...

1- Le programme des sciences fondamentales biomédicales comportait des objectifs d'apprentissage

1-Oui

2-non

2- Le programme vous a été communiqué avant le début de l'enseignement

1-Oui

2-non

3- L'enseignement des sciences biomédicales fondamentales vous avait permis de mieux approcher et de comprendre les disciplines cliniques

1-Oui

2-non

4- La relation entre les disciplines fondamentales et la pratique en médecine générale

1-Oui

2-Non

5- Dans quelle mesure les activités d'enseignement utilisaient les moyens pédagogiques suivants ?

**La formation médicale initiale Point de vue des médecins généralistes :
exemple des villes Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia**

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Travaux pratiques				
Supports audiovisuel et informatiques				
Travaux dirigés				
Cours magistraux				

5- Dans quelle mesure les méthodes pédagogiques suivantes vous semblaient-elles appropriées pour l'enseignement des sciences biomédicales fondamentales ?

	Très approprié	Approprié	Peu approprié	Pas du tout approprié
Travaux pratiques				
Supports audiovisuels et informatiques				
Travaux dirigés				
Cours magistraux				

6- Dans quelle mesure les matières enseignées ont été utiles à votre formation médicale ?

1-Très utile 2-Utile 3-Peu utile 4-Pas du tout utile

Si peu utile ou pas du tout utile lesquelles ?

.....
.....

7- Globalement le volume horaire était bien reparti entre les matières

1-Oui 2-non

Si non pourquoi ?

.....
.....

**La formation médicale initiale Point de vue des médecins généralistes :
exemple des villes Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia**

8- Globalement le volume horaire accordé aux matières des sciences biomédicales fondamentales était :

1-Considérable 2-Adéquat 3-Faible 4-Trop faible

9- le niveau des enseignements était :

1-Elémentaire 2-Bien adapté 3-Avancé 4-Trop avancé

10- Globalement, dans quelle mesure étiez vous satisfait de votre programme des sciences biomédicales fondamentales durant votre formation

1-Très satisfait 2-Satisfait 3-Peu satisfait 4-Pas du tout satisfait

Si peu ou pas du tout satisfait pourquoi ?

.....
.....
.....

11-Selon vous, quelles sont les autres disciplines que vous voyez utiles et ne sont pas encore intégrées dans le programme de formation médicale initiale?

.....
.....

Formation théorique 2eme cycle : Sémiologie et pathologie médico- chirurgicale

1- Avez-vous pris connaissance des objectifs de cet enseignement ?

1-Oui 2-non

2- Globalement le volume horaire accordé à la sémiologie et à la pathologie médico-chirurgicale était :

1-Considérable 2-Adéquat 3-Faible 4-Trop faible

3- Dans quelles mesures les activités d'enseignement utilisaient les moyens pédagogiques suivants ?

**La formation médicale initiale Point de vue des médecins généralistes :
exemple des villes Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia**

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Support audio visuel				
Travaux dirigés				
Cours magistraux				

4- Dans quelle mesure les méthodes pédagogiques suivantes vous semblaient-elles appropriées pour l'enseignement de la séméiologie et de la pathologie médico-chirurgicale ?

	Très approprié	Approprié	Peu approprié	Pas du tout approprié
Travaux pratiques				
Support audiovisuel				
Travaux dirigés				
Cours magistraux				

5-Existait-il un manque de coordination entre les enseignements théoriques (cours magistraux) et les enseignements pratiques cliniques (services hospitaliers)

1-Oui 2-non

Si non veuillez préciser

.....
.....
.....

6-le niveau des enseignements était :

1-Elémentaire 2-Bien adapté 3-Avancé 4-Trop avancé

7- le programme vous semblait couvrir l'ensemble des connaissances requises pour l'exercice de votre profession

1-Oui 2-non

Si non pourquoi ?

.....
.....

8- Globalement, dans quelle mesure étiez-vous satisfait de votre programme de la sémiologie et de la pathologie médico chirurgicale :

1-Très satisfait 2-Satisfait 3 -Peu satisfait 4-Pas du tout satisfait

Si peu ou pas du tout satisfait pourquoi ?

.....

.....

.....

9- Globalement quelles sont les matières enseignées dont vous ne voyez pas l'utilité d'être enseignées :

.....

.....

.....

10--Selon vous, quelles sont les autres disciplines que vous voyez utiles et ne sont pas encore intégrées dans le programme de formation médicale initiale?

.....

.....

.....

Moyens pédagogiques mis en œuvre

Le Cour magistral

1- J'assistais au cours : 1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

2- Les objectifs du cours étaient clairs : 1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

3- Le rythme de présentation était en général adéquat :

1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

4- Les connaissances préalables étaient suffisantes pour suivre le cours :

1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

5- Vos enseignants :

**La formation médicale initiale Point de vue des médecins généralistes :
exemple des villes Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia**

	Pas du tout d'accord	Peu d'accord	d'accord	Tout a fait d'accord
étaient motivés à donner le cours				
Savent communiquer leur matière				
Préparaient adéquatement leur cours				
Expliquaient bien leur attente quant aux examens				
étaient disponibles en dehors des heures de cours				

6- En assistant au cours magistral vous arriviez à :

1-Prendre des notes sans assimiler le cours 2-Assimiler le cours sans prendre des notes

3-Assimiler le cours tout en prenant des notes

7- Globalement, dans quelle mesure étiez vous satisfait ou non satisfait de vos cours magistraux :

1-Très satisfait 2-Satisfait 3-Peu satisfait 4-Pas du tout satisfait

Si peu satisfait ou pas du tout satisfait pourquoi ?

.....
.....

Travaux dirigés travaux pratiques

1- Les objectifs du Td TP étaient clairs : 1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

2- Les étudiants étaient encouragés à participer activement au TD :

1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

3- L'enseignant respectait les idées des étudiants : 1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

4- L'enseignant aidait l'étudiant à développer ses capacités d'analyse et de synthèse

1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

5- Globalement, dans quelle mesure étiez vous satisfait ou non satisfait du déroulement de vos TD/TP

1-Très satisfait 2-Satisfait 3-Peu satisfait 4-Pas du tout satisfait

Si peu satisfait ou pas du tout satisfait pourquoi ?.....

Formation clinique

Stage de soins infirmier

1- Avez-vous été informé précisément des objectifs du stage de soins infirmiers 1-Oui 2-non

2- Si oui aviez-vous atteints ces objectifs à la fin du stage

1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

3- Ce stage était il motivant pour entamer les autres stages hospitaliers :

1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

4- La durée du stage infirmier était : 1-Adapté 2-Trop courte 3-Trop longue

5- La structure la plus adaptée au stage des soins infirmiers est :

1- CHU 2- un CH autre que CHU 3- Centre de Santé

4- Globalement étiez vous satisfait ou pas de votre stage infirmier ?

1-Très satisfait 2-Satisfait 3-Peu satisfait 4-Pas du tout satisfait

Si non ou pas du tout satisfait pourquoi ?

.....
.....

Stages (externat)

1-étiez-vous informé précisément des objectifs du stage ?

1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

2-Le carnet de stage était il utilisé comme support de ses objectifs : 1-Oui 2-non

3- Aviez-vous l'impression que votre présence est utile pour le fonctionnement des services hospitaliers

1-Très utile 2-Utile 3-Peu utile 4-Pas du tout utile

Si peu utile ou pas du tout utile pourquoi ?

.....
.....

4-l'évaluation du stage par l'externe se pratiquait

1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

5-D'après vous le système de répartition des étudiants au niveau des stages doit se faire :

1-En tenant compte des stages effectués précédemment

2-En parallèle avec les enseignements théoriques

3-Autres veuillez préciser.....

Aptitudes cliniques Qualifier vos aptitudes par rapport aux objectifs suivants quand vous étiez étudiant :

1- Recueillir les données pertinentes à l'interrogatoire, l'examen physique et les examens para cliniques.

1-Insuffisantes 2-Moyenne 3-Bonnes 4-Excellentes

2- Identification du problème du patient, et formulation des hypothèses diagnostics appropriés.

1-Insuffisantes 2-Moyennes 3-Bonnes 4-Excellentes

3- Établir la conduite à tenir : 1-Insuffisantes 2-Moyennes 3-Bonnes 4-Excellentes

4- proposer un plan d'investigation complémentaire et de traitement.

1-Insuffisantes 2-Moyennes 3-Bonnes 4-Excellentes

5- Assurer la tenue adéquate du dossier médical.

1-Insuffisantes 2-Moyennes 3-Bonnes 4-Excellentes

6- Démontrer de l'empathie, du tact et du respect dans sa relation avec le patient et/ou sa famille

1-Insuffisantes 2-Moyenne 3-Bonnes 4- Excellentes

7- Se préoccuper de son patient au niveau de l'éthique

1-Insuffisantes 2-Moyenne 3-Bonnes 4- Excellentes

**La formation médicale initiale Point de vue des médecins généralistes :
exemple des villes Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia**

8- Se préoccuper des aspects déontologiques de la pratique médicale (relation avec les confrères)

1-Insuffisantes 2-Moyenne 3-Bonnes 4-Excellentes

9- Maîtrise certaines techniques simples propres aux soins d'urgence

1-Insuffisantes 2-Moyenne 3-Bonnes 4-Excellentes

10- l'encadrement au cours des stages est assuré en majeure partie par :

1-Professeur agrégé ou PES 2-Professeur assistant 3-Résident 4-Interne 5-Autres

11- Vos encadrants :

	Pas du tout d'accord	Peu d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
étaient qualifié pour l'encadrement des externes				
Encourageaient le sens critique des externes				
Contrôlaient votre évolution durant le stage				
Encourageait l'initiative de l'externe				

12- comment qualifiez vous le ratio étudiant /encadrant 1-Adéquat 2-Inadéquat

Si inadéquat pourquoi ?

.....
.....

13- les séances d'enseignement comportaient des jeux de rôle et simulation : 1-Oui

2-non

14- Globalement étiez vous satisfait ou pas de votre formation pratique ?

1-Très satisfait 2-Satisfait 3-Peu satisfait 4-Pas du tout satisfait

Si non ou pas du tout satisfait pourquoi ?

.....

.....

.....

Evaluation des étudiants

Examens semestriels

1- Les examens étaient compatibles avec les objectifs d'enseignement :

1-Toujours 2-Souvent 3-Rarement 4-Jamais

2-Parmi ces modes d'évaluations lequel vous semblaient le plus approprié aux études médicales :

	Très approprié	Approprié	Peu approprié	Pas du tout approprié
QCM				
QROC				
Question de rédaction				
QCM cas clinique				
QROC cas clinique				
Examen oral				

3-Pour réussir vos examens il faut en priorité (une seule réponse) :

1-Travailler plusieurs fois les QCM de la matière 2-Assister au cours

3-Apprendre le cours par cœur 4-Assimiler et comprendre le cours

5-Autres

4-La durée de la préparation était suffisante pour réussir votre examen ? 1-Oui 2- non

5-Etiez -vous satisfait de la méthode avec laquelle on vous a évalué

1-Très satisfait 2-Satisfait 3-Peu satisfait 4-Pas du tout satisfait

Si peu ou pas du tout satisfait pourquoi ?

.....
.....
.....

Environnement de la formation

Relation enseignant/étudiant

1-Comment qualifiez-vous la relation enseignant/étudiant ?

1-Chef /subordonné 2-Maître/ élève 3-Médecin / futur médecin

4-Autres :

2-Dans quelle mesure êtes vous satisfait de la relation enseignant étudiants :

1-Très satisfait 2-Satisfait 3-Peu satisfait 4-Pas du tout satisfait

Si peu ou pas du tout satisfait Pourquoi ?

.....

3-Avec quelle catégorie d'encadrant aviez-vous la relation la plus privilégiée ?

1-Professeur agrégé 2-Professeurs assistants 3-Résidents 4-Internes

Relation avec l'administration :

1-En cas de problème administratif aviez-vous accès facilement aux responsables administratifs ?

1-Oui 2-non

2-Saviez vous qu'il existe une commission de soutien aux étudiants ? 1-Oui 2-non

3-Si oui avez-vous déjà eu à faire à cette commission 1-Oui 2-non

Epanouissement personnel :

1-Quel est le sentiment qui vous a accompagné le plus durant votre formation ?

1-La satisfaction 2-L'insatisfaction 3-Le stress 4-Démotivation 5-La motivation

Autre.....

2-Quelle activité vous stressait le plus durant votre formation ?

**La formation médicale initiale Point de vue des médecins généralistes :
exemple des villes Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia**

- 1-Les examens semestriels 2-Les visites / staff hospitaliers 3-Les gardes
4-Autres

Formation continue

- 1- Adhères vous à une activité de formation médicale continue (FMC) 1-Oui 2-Non
- 2-Vous assurez votre FMC sous forme :
- 1-Abonnement à des revues médicales 2-Achat des livres médicaux
3-Participer à des séminaires 4-Internet
- 3-Obstacles rencontrés pour votre FMC ?
- 1-Ordre financier 2-Manque de temps
3-Problèmes d'accès à l'information 4-Manque d'intérêt pour la carrière
- 4-Selon vous quels sont les objectifs de la FMC ?
- 1-Mise à jour des connaissances 2-Information sur le progrès
3-Maintenir les connaissances des médecins 4-Autres
- 5-Est-elle indispensable en médecine générale : 1-Oui 2- non
6-Doit-elle être obligatoire 1-Oui 2-non
- 7-Doit être faite sous forme de :
- 1-Stages pratiques 2-Séances théoriques
3-Congrès et séminaires 4-Abonnement à plusieurs revues

Perception des études et de la profession médicales

- 1-A votre avis, y a t-il une dégradation de l'image du médecin ? 1-Oui 2-non
Si oui, comment ?
- 2-Votre travail est-il générateur de situations stressantes ?
- 1-Pas du tout 2-Un peu 3-Beaucoup 4-Enormément
- 3-Dans votre travail, vous vous sentez ?
- 1-Pas du tout épanoui(e) 2-Peu épanoui(e) 3-épanoui(e) 4-Très épanoui(e)

**La formation médicale initiale Point de vue des médecins généralistes :
exemple des villes Tinghir, Ouarzazate et Er-Rachidia**

4-Êtes-vous satisfait d'être un médecin généraliste 1-Oui 2-non

Si non pourquoi ?

.....

5-Regrettez-vous d'avoir choisi une carrière de médecine générale ? 1-Oui 2-non

Si oui pourquoi ?.....

6-Pensez-vous avoir été bien préparés à l'exercice de la médecine générale ? 1-Oui 2-Non

Si Non, quelles seraient vos suggestions pour améliorer les études de médecine ?

.....

.....

Vos commentaires

Nous vous invitons à faire part de vos suggestions et commentaires concernant la formation et la pratique professionnelle. Votre avis est précieux et nous lirons tous vos commentaires avec beaucoup d'intérêt :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre précieuse collaboration

Annexe 2 :

Normes Internationales De La WFME Sur l'amélioration de La Qualité de l'enseignement De Base De La Médecine

La WFME préconise l'adoption des normes internationales sur l'enseignement de base de la médecine indiquées ci-dessous. Elles se répartissent en neuf grands secteurs subdivisés en 38 sous-secteurs.¹

Les **secteurs** correspondent aux principaux éléments de l'enseignement de la médecine et du processus pédagogique et couvrent les aspects suivants :

1. Mission et objectifs
2. Programme d'enseignement
3. Évaluation des étudiants
4. Sélection et encadrement des étudiants
5. Corps enseignant
6. Ressources pédagogiques
7. Suivi, évaluation et révision du programme d'enseignement
8. Gestion et administration
9. Processus d'adaptation continue (liste alignée sur table des matières section A)

1. MISSION ET OBJECTIFS

1.1 EXPOSÉ DE LA MISSION ET DES OBJECTIFS

Norme de base :

L'école de médecine **doit** définir sa mission et ses objectifs et les porter à la connaissance de tous les intéressés. L'exposé de la mission et des objectifs **doit** décrire la démarche pédagogique retenue en vue de la formation de médecins qualifiés, justifiant des connaissances médicales de base et des capacités requises pour poursuivre leur formation

dans une des spécialités de la discipline et conscients du rôle qui incombe aux médecins dans le système de santé.

Norme de qualité :

La mission et les objectifs **devraient** tenir compte des responsabilités sociales des médecins, des besoins de la recherche, de la participation des communautés et de la nécessité de préparer les étudiants à une éventuelle formation postuniversitaire.

1.2 FORMULATION DE LA MISSION ET DES OBJECTIFS

Norme de base :

La mission et les objectifs de l'école de médecine **doivent** être définis par les principales parties prenantes.

Norme de qualité :

La formulation de la mission et des objectifs **devrait** s'appuyer sur la contribution d'un large éventail de partenaires.

1.3 INDÉPENDANCE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DU CORPS ENSEIGNANT

Norme de base :

L'administration et le corps enseignant de l'école de médecine **doivent** assumer la responsabilité de la politique éducative suivie et disposer à ce titre d'une marge de manœuvre suffisante pour concevoir le programme d'enseignement et affecter les ressources nécessaires à sa mise en œuvre.

Norme de qualité :

Tous les membres de l'équipe enseignante **devraient** être associés à l'élaboration du programme d'enseignement. Les ressources **devraient** être réparties en fonction des besoins pédagogiques.

1.4 OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES SPÉCIFIQUES

Norme de base :

L'école de médecine **doit** définir les compétences dont les diplômés doivent justifier pour être à même de poursuivre leur formation et de remplir leur futur rôle de médecin.

Norme de qualité :

Le lien entre les compétences que les étudiants doivent acquérir avant leur diplôme et celles qui nécessitent une formation de troisième cycle **devrait** être précisé. Les aptitudes des diplômés **devraient** être évaluées et les informations obtenues prises en compte dans l'élaboration et la révision du programme d'enseignement.

2. PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

2.1 MODÈLES DE PROGRAMME ET MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Norme de base :

L'école de médecine **doit** définir les modèles qui servent de référence à l'élaboration de son programme d'enseignement ainsi que les méthodes pédagogiques utilisées.

Norme de qualité :

Le programme d'enseignement et les méthodes pédagogiques **devraient** être conçus de sorte que les étudiants puissent assumer la responsabilité de leur propre formation et soient préparés au processus d'apprentissage autodirigé qu'ils vont devoir poursuivre pendant toute leur carrière.

2.2 PRINCIPES RELATIFS À LA MÉTHODE SCIENTIFIQUE

Norme de base :

L'école de médecine **doit** inculquer aux étudiants, par le biais de son programme d'enseignement, les grands principes de la méthode scientifique et de la médecine factuelle et les former notamment au raisonnement analytique et critique.

Norme de qualité :

Le programme d'enseignement **devrait** comporter un volet d'initiation à la réflexion scientifique et aux méthodes de recherche.

2.3 SCIENCES BIOMÉDICALES FONDAMENTALES

Norme de base :

L'école de médecine **doit** recenser et intégrer à son programme d'enseignement les composantes des sciences biomédicales fondamentales qui présentent un intérêt particulier pour la compréhension des connaissances, concepts et méthodes scientifiques indispensables à la maîtrise et à la pratique des disciplines cliniques.

Norme de qualité :

L'enseignement des sciences biomédicales **devrait** être adapté en fonction de l'état des connaissances scientifiques, technologiques et cliniques et des besoins sanitaire de la société.

2.4 SCIENCES DU COMPORTEMENT, SCIENCES SOCIALES ET ÉTHIQUE MÉDICALE

Norme de base :

L'école de médecine **doit** recenser et intégrer à son programme d'enseignement les éléments des sciences du comportement, des sciences sociales, de l'éthique médicale et de la médecine légale qui peuvent faciliter l'acquisition des aptitudes nécessaires à la communication, à la prise de décisions cliniques et au respect de l'éthique.

Norme de qualité :

Les aspects des sciences du comportement, des sciences sociales et de l'éthique médicale intégrées aux programmes d'enseignement de la médecine **devraient** être adaptés en fonction des progrès scientifiques de la médecine, des facteurs démographiques et culturels ainsi que des besoins sanitaires de la société.

2.5 FORMATION EN SCIENCES CLINIQUES

Norme de base :

L'école de médecine **doit** veiller à ce que les étudiants puissent acquérir au contact des patients des connaissances et des aptitudes cliniques suffisantes pour être à même d'assumer, une fois diplômés, des responsabilités cliniques appropriées.

Norme de qualité :

Les étudiants en médecine **devraient** être en contact avec les malades dès les tout premiers stades de leur cycle d'études, l'objectif étant de les amener progressivement à participer à la prise en charge des patients. Les différents volets de la formation clinique devraient être structurés en fonction de chacune des étapes du programme.

2.6 STRUCTURE, CONTENU ET DURÉE DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

Norme de base :

L'école de médecine **doit** définir le contenu, la portée et l'enchaînement des cours et des éléments du programme, le dosage des matières principales et optionnelles, la place à accorder dans l'enseignement de la médecine à la promotion de la santé, à la médecine préventive et à la réadaptation et les liens entre médecine classique et pratiques médicales non conventionnelles, traditionnelles ou parallèles.

Norme de qualité :

Les sciences fondamentales et cliniques **devraient** être intégrées au programme d'enseignement.

2.7 PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Norme de base :

Le comité chargé du programme d'enseignement **doit** se voir confier les responsabilités et l'autorité nécessaires à la mise en œuvre du programme d'enseignement, aux fins de la réalisation des objectifs de l'école.

Norme de qualité :

Le comité chargé du programme d'enseignement **devrait** disposer de ressources suffisantes pour planifier et mettre en œuvre les méthodes d'enseignement et d'apprentissage, évaluer les étudiants et les cours et renouveler le programme. Les enseignants, les étudiants et les autres partenaires de l'école **devraient** être représentés au sein du comité.

2.8 TRANSITION ENTRE ENSEIGNEMENT DE BASE ET PRATIQUE MÉDICALE

Norme de base :

Des passerelles **doivent** être mises en place, au plan opérationnel, entre l'enseignement dispensé par l'école de médecine et les étapes suivantes de la formation théorique ou pratique que suivent les étudiants après l'obtention de leur diplôme.

Norme de qualité :

Le comité chargé du programme **devrait** consulter les acteurs des secteurs dans lesquels les futurs diplômés seront appelés à travailler et modifier le programme d'enseignement à la lumière des informations recueillies auprès de la communauté et de la société en général.

3. ÉVALUATION DES ÉTUDIANTS

3.1 MÉTHODES D'ÉVALUATION

Norme de base :

L'école de médecine **doit** définir et communiquer ses méthodes d'évaluation des étudiants, y compris les critères applicables à l'obtention du diplôme.

Norme de qualité :

La fiabilité et la validité des méthodes d'évaluation **devraient** être confirmées et mesurées et de nouvelles méthodes d'évaluation élaborées.

3.2 LIEN ENTRE ÉVALUATION ET APPRENTISSAGE

Norme de base :

Les principes, méthodes et pratiques d'évaluation **doivent** être entièrement compatibles avec les objectifs pédagogiques visés et promouvoir l'acquisition de connaissances.

Norme de qualité :

Le nombre et la nature des examens **devraient** être ajustés en fonction des évaluations des diverses composantes du programme d'études afin d'encourager l'apprentissage intégré. Il convient par ailleurs d'éviter que les étudiants aient à assimiler des quantités excessives d'informations et que le programme soit trop lourd.

4. SÉLECTION ET ENCADREMENT DES ÉTUDIANTS

4.1 POLITIQUE D'ADMISSION ET SÉLECTION

Norme de base

L'école de médecine **doit** se doter d'une politique d'admission claire décrivant avec précision le processus de sélection des étudiants.

Norme de qualité :

La politique d'admission **devrait** être réexaminée périodiquement, à la lumière de données professionnelles ou sociales pertinentes, conformément aux responsabilités sociales de l'établissement et aux besoins sanitaires des communautés et de la société. Le lien entre le processus de sélection, le contenu du programme d'enseignement et les qualifications dont doivent justifier les diplômés **devrait** être souligné.

4.2 CONTINGENT

Norme de base :

La taille et la composition des effectifs admis **doivent** être déterminées en fonction de la capacité de l'école de médecine à assurer sa mission à tous les étapes du cycle de formation théorique et pratique.

Norme de qualité :

La taille et la composition des effectifs admis **devraient** être définies en concertation avec les principaux partenaires concernés et ajustées périodiquement en fonction des besoins de la communauté et de la société.

4.3 SERVICES DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ET D'ORIENTATION

Norme de base :

L'école de médecine **doit** mettre à la disposition des étudiants des services de soutien et d'orientation.

Norme de qualité :

Les services d'orientation **devraient** s'appuyer sur le suivi des progrès des étudiants et prendre en compte leurs besoins, qu'ils soient d'ordre social ou personnel.

4.4 REPRÉSENTATION DES ÉTUDIANTS

Norme de base :

L'école de médecine **doit** arrêter les mesures applicables à la représentation des étudiants au sein des comités d'établissement et à leur participation à la conception, à la gestion et à l'évaluation des programmes d'études ou à toute autre activité les intéressant directement.

Norme de qualité :

La participation des étudiants à la vie de l'école et la création d'organisations d'étudiants **devraient** être encouragées et facilitées.

5. CORPS ENSEIGNANT

5.1 POLITIQUE DE RECRUTEMENT

Norme de base :

L'école de médecine **doit** adopter une politique de recrutement définissant le profil demandé, les fonctions afférentes à chaque poste, le nombre d'enseignants requis pour assurer dans de bonnes conditions la mise en œuvre du programme d'études et le nombre de postes d'enseignants de disciplines médicales et non médicales et de postes à temps plein et à temps partiel. Les obligations relatives à chaque poste doivent être clairement indiquées et leur exécution supervisée.

Norme de qualité :

La politique de recrutement **devrait** définir les critères de sélection des enseignants, notamment en ce qui concerne leurs compétences scientifiques, pédagogiques et cliniques au regard de la mission de l'école, et prendre en considération les facteurs économiques et les questions d'importance locale.

5.2 POLITIQUE DU PERSONNEL ET PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Norme de base :

L'école de médecine **doit** se doter d'une politique du personnel définissant l'équilibre des responsabilités des enseignants en matière d'enseignement, de recherche et de services et garantissant la reconnaissance de leurs mérites. Cette politique **doit** notamment mettre l'accent sur la participation des enseignants aux activités de recherche et sur les qualifications pédagogiques requises.

Norme de qualité :

La politique du personnel **devrait** promouvoir la formation continue, le perfectionnement et l'évaluation des enseignants. Elle **devrait** également définir le nombre d'enseignants requis en fonction du nombre d'étudiants inscrits dans chacune des composantes du programme d'enseignement et prévoir la représentation des enseignants au sein des comités et structures concernés.

6. RESSOURCES PÉDAGOGIQUES

6.1 LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

Norme de base :

L'école de médecine **doit** disposer de locaux et d'équipements suffisants pour accueillir les enseignants et les étudiants et assurer dans de bonnes conditions la mise en œuvre du programme d'enseignement.

Norme de qualité :

Les locaux et équipements **devraient** être régulièrement agrandis et modernisés au gré de l'évolution des pratiques pédagogiques, en vue de l'amélioration de l'environnement d'apprentissage.

6.2 ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION CLINIQUE

Norme de base :

L'école de médecine **doit** veiller à ce que les étudiants acquièrent une formation clinique adéquate et se doter à cette fin des ressources nécessaires, notamment en ce qui concerne l'accès aux patients et aux établissements de formation clinique.

Norme de qualité :

Les établissements de formation clinique **devraient** être dotés de moyens accrus afin que la formation clinique dispensée réponde effectivement aux besoins des populations des régions qu'ils desservent.

6.3 TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Norme de base :

L'école de médecine **doit** adopter une stratégie axée sur l'évaluation et l'utilisation efficace, dans le cadre du programme d'enseignement, des technologies de l'information et de la communication.

Norme de qualité :

Les enseignants et les étudiants **devraient** avoir la possibilité d'utiliser les technologies de l'information et de la communication dans le cadre de leur apprentissage autodirigé ou pour faciliter l'accès aux informations, la prise en charge des patients et le travail des agents de santé.

6.4 RECHERCHE

Norme de base :

L'école de médecine **doit** mettre en œuvre une stratégie visant à promouvoir l'établissement de liens entre recherche et enseignement. Cette stratégie doit par ailleurs définir les équipements de recherche requis et les priorités de l'école en matière de recherche.

Norme de qualité :

L'interaction entre recherche et enseignement **devrait** être prise en compte dans le programme d'études et influencer la teneur de l'enseignement dispensé. Elle **devrait** aussi encourager et préparer les étudiants à s'impliquer dans les efforts de recherche et de développement.

6.5 PEDAGOGIE

Norme de base :

L'école de médecine **doit** définir une politique pédagogique qu'elle mettra en application lors de la planification de l'enseignement de la médecine et de l'élaboration des méthodes d'enseignement.

Norme de qualité :

Des mesures **devraient** être prises afin de faciliter la consultation de pédagogues confirmés et de démontrer l'intérêt que présente cette démarche pour le perfectionnement du personnel enseignant et l'avancement des recherches sur l'enseignement de la médecine.

6.6 ÉCHANGES

Norme de base :

L'école de médecine **doit** adopter une politique régissant la collaboration avec d'autres établissements de formation et le transfert des crédits éducatifs.

Norme de qualité :

Des ressources adéquates **devraient** être prévues afin de faciliter les échanges régionaux et internationaux d'enseignants et d'étudiants.

7. SUIVI, ÉVALUATION ET RÉVISION DU PROGRAMME

7.1 MÉCANISMES D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Norme de base :

L'école de médecine **doit** mettre en place un mécanisme de suivi et d'évaluation du programme d'enseignement qui permette de suivre le déroulement du programme et les progrès des étudiants et garantisse que les problèmes seront recensés et examinés.

Norme de qualité :

L'évaluation du programme d'enseignement **devrait** tenir compte du contexte dans lequel s'inscrit le processus pédagogique, des composantes spécifiques du programme et des résultats obtenus.

7.2 CONSULTATION DES ENSEIGNANTS ET DES ÉTUDIANTS

Norme de base :

Les enseignants et les étudiants **doivent** être systématiquement consultés et leurs réactions analysées et prises en compte.

Norme de qualité :

Les enseignants et les étudiants **devraient** prendre une part active à la planification du suivi et de l'évaluation du programme d'enseignement et aux efforts visant à intégrer les résultats de l'exercice d'évaluation à la conception et à la révision du programme.

7.3 PERFORMANCES DES ÉTUDIANTS

Norme de base :

Les performances des étudiants **doivent** être analysées à la lumière du programme d'enseignement, de la mission et des objectifs de l'école de médecine.

Norme de qualité :

Les données relatives aux performances des étudiants **devraient** être analysées à la lumière du milieu d'origine des étudiants, des conditions et des critères d'admission et **devraient** être transmises pour information aux comités chargés de la sélection des étudiants, de la planification du programme et de l'orientation des étudiants.

7.4 PARTICIPATION DES PARTENAIRES

Norme de base :

Le personnel chargé de la gestion et de l'administration de l'école de médecine, les enseignants et les élèves **doivent** être associés à l'évaluation du programme.

Norme de qualité :

Les résultats de l'exercice d'évaluation **devraient** être transmis à un large éventail de partenaires. Les avis que ces derniers expriment quant à la pertinence et au contenu du programme **devraient** être pris en compte.

8. GESTION ET ADMINISTRATION

8.1 GESTION

Norme de base :

L'organigramme de l'école de médecine, ses responsabilités en matière de gestion et la nature de ses liens organiques avec l'université **doivent** être définis.

Norme de qualité :

L'organigramme de l'école **devrait** indiquer la structure et la composition des divers comités internes et tenir compte de la représentation des enseignants, des étudiants et des autres partenaires.

8.2 RESPONSABLES PÉDAGOGIQUES

Norme de base :

Les fonctions et attributions des responsables pédagogiques de l'école de médecine **doivent** être clairement énoncées.

Norme de qualité :

Les performances des responsables pédagogiques **devraient** être évaluées à intervalles réguliers, à la lumière de la mission et des objectifs de l'école.

8.3 BUDGET ET AFFECTATION DES RESSOURCES

Norme de base :

La hiérarchie des responsabilités relatives à l'affectation des ressources et la portée de l'autorité qu'exerce l'école en la matière **doivent** être clairement définies, notamment en ce qui concerne le budget alloué à la mise en œuvre du programme d'enseignement.

Norme de qualité :

L'école de médecine **devrait** disposer d'une marge de manœuvre suffisante pour affecter librement les ressources dont elle dispose et décider de la rémunération des enseignants de la manière qu'elle juge compatible avec la réalisation de ses objectifs.

8.4 SERVICES ADMINISTRATIFS

Norme de base :

Les agents administratifs de l'école de médecine **doivent** avoir les compétences requises pour appuyer la mise en œuvre du programme d'enseignement et des autres activités et garantir la bonne gestion et la répartition équitable des ressources.

Norme de qualité :

La direction de l'école **devrait** se doter d'un programme d'assurance de la qualité et se soumettre à des évaluations régulières.

8.5 LIENS AVEC LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Norme de base :

L'école de médecine **doit** nouer des relations constructives avec le secteur de la santé et les secteurs apparentés de la société et de l'administration publique.

Norme de qualité :

La collaboration entre l'école de médecine et les partenaires du secteur de la santé **devrait** être officialisée.

9. PROCESSUS D'ADAPTATION CONTINUE

Norme de base :

L'école de médecine **doit** fonctionner de manière dynamique, réévaluer et adapter régulièrement son organisation interne et son mode de fonctionnement et corriger les insuffisances relevées.

Norme de qualité :

Le processus d'adaptation continue **devrait** s'appuyer sur des études et analyses prévisionnelles et conduire à la révision des politiques et pratiques de l'école de médecine à la lumière de l'expérience passée, des activités en cours et des perspectives futures. L'école de médecine **devrait** à cette fin tenir compte des éléments d'appréciation suivants :

- ☐ *Adaptation de la mission et des objectifs à l'évolution scientifique, socio-économique et culturelle de la société.*
- ☐ *Recentrage des objectifs pédagogiques en fonction des besoins avérés des secteurs dans lesquels les futurs diplômés seront appelés à travailler. L'objectif est de redéfinir les aptitudes que doivent acquérir les étudiants au cours de leur formation en mettant l'accent sur la pratique clinique, la formation en santé publique et la participation aux soins, proportionnellement au niveau de responsabilité qu'ils devront assumer une fois diplômés.*
- ☐ *Révision du programme d'enseignement et des méthodes pédagogiques, qui doivent rester pertinents et adaptés aux besoins.*
- ☐ *Adaptation des composantes du programme d'enseignement en fonction des progrès des sciences biomédicales, sociales et cliniques, des sciences du comportement, de l'évolution*

du profil démographique et de l'état de santé des populations, des pathologies les plus fréquentes et des conditions socio-économiques et culturelles. Cette adaptation a pour objet d'intégrer au programme d'études de nouveaux concepts, connaissance et méthodes et d'en supprimer les éléments dépassés.

- ☐ *Définition des modalités d'évaluation, des méthodes d'examen et du nombre d'épreuves en fonction de l'évolution des objectifs pédagogiques et des objectifs et méthodes d'apprentissage.*
- ☐ *Adaptation des politiques d'admission et des méthodes de sélection des étudiants en fonction de l'évolution des attentes de la communauté, des circonstances, des besoins en ressources humaines, de la scolarité suivie avant l'entrée en école de médecine et des exigences du programme d'enseignement.*
- ☐ *Adaptation de la politique de recrutement et de dotation en personnel enseignant en fonction de l'évolution des besoins de l'école.*
- ☐ *Actualisation des ressources pédagogiques en fonction de l'évolution des besoins de l'école (notamment en ce qui concerne le contingent, le nombre et le profil des enseignants, le programme d'enseignement et les principes éducatifs).*
- ☐ *Amélioration du suivi et de l'évaluation du programme d'enseignement.*
- ☐ *Adaptation de l'organigramme et des procédures de gestion de l'école à l'évolution des circonstances, des besoins de l'école et des intérêts des différents groupes partenaires.*



BIBLIOGRAPHIE

1. **Dominique PERROTIN.**
Compte rendu de la reunion du bureau permanent de la CIDMEF à Tours – 2012
2. **Compte rendu de The World Federation for Medical Education World Conference WFME**
Malmö, Sweden, 14 – 16 November 2012
3. **Najia Hajjaj-Hassouni, La Medecine Generale Dans Le Projet De Réforme Des Etudes Médicales Au Maroc,** Doyen FMPR, Forum national sur les soins de santé primaire, Rabat 27-29 avril 2009
4. **Bernard Millette, médecine générale: nécessité d'une stratégie à plusieurs volets !** Professeur titulaire, Département de médecine familiale, Forum national sur les Soins de santé primaires Rabat 2009.
5. **Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique : Pour une nouvelle réforme des études médicales au Maroc.**
6. **B Gay, MF Le Goazie, M Budowski, PL Durais, S Glberg, Abrégés Connaissance et Pratique, Medecine Générale, CNGE, 2003, 1^{ere} édition.**
7. **Jorgen NYSTRUP Le développement de la qualité de la formation médicale** Présentation d'une initiative internationale conduite sous les auspices de la Fédération mondiale pour l'éducation médicale (World Federation for Medical Education, WFME) Pédagogie médicale, 2004.
8. **MICHAEL J. PELUSO**
Guiding principles for the development of global, health education curricula in undergraduate,
Medical education, 2012; 34: 653-658, avril 2009
9. **Grossi F, et al.**
A peer-education based disaster medicine course to turn medical students into a useful resource.
International Journal of Disaster Risk Reduction (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijdr.2014.02.003>

10. **A Mhastings, Rc Fraser & R K Mckinley**
Student perceptions of a new integrated course in clinical methods for medical undergraduates
Medical Education 2000; 34:101–107
11. **Georges Bordage**
La recherche en pédagogie médicale en Amérique du Nord : tour d'horizon et perspectives
Pédagogie Médicale 2000; 1 : 9–12.
12. **P. Potvin, Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française : Politique et méthodologie d'évaluation des programmes d'études médicales et des facultés de Médecine.** Texte ratifié par la CIDMEF à la réunion plénière tenue à Tours au mois de mai 2001.
13. **Sami Shaban, Michelle McLean**
Predicting performance at medical school: can we identify at-risk students? Advances in Medical Education and Practice 2011;2 139–148
14. **L'évaluation des enseignements, Rapport final de la commission de l'enseignement au conseil académique du 27 mai 1991.**
Université Catholique de LOUVAIN
15. **Fabrizio Consorti, D**
Eveloping professionalism in Italian medical students: an educational framework,
Advances in Medical Education and Practice 2012;3 55–60
16. **François Rannou,**
Pratique de l'enseignement de l'anglais dans les facultés de médecine en France métropolitaine,
Presse Med. 2007; 36: 794–8
17. **Charles Boelen,**
Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine,
Pédagogie Médicale 2011, DOI: 10.1051

18. **Faculté De Médecine De Université Laval**
Guide de l'étudiant en médecine de l'université Laval
14 Mai 2004
19. **Dwyer, Deloney, Cantrell, Graham,**
The first clinical skill: students teach students to take vital signs,
Med Educ Online 2002; 7:9.
20. **Lam, Irwin, Chow & Chan,**
Early introduction of clinical skills teaching in a medical curriculum : factors affecting
students' learning, Medical Education 2002; 36:233–240(53)
21. **Schwartz A,**
Assessment in Graduate Medical Education: A Primer for Pediatric Program Directors.
Chapel Hill, NC: American Board of Pediatrics, editor. 2011
22. **WFME Executive Council**
Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement
WFME Office: University of Copenhagen · Denmark · 2003
23. **Guedjati Mohamed Ridha,**
Autoévaluation des programmes d'études de la 1ère et de la 2ème année de médecine à
la faculté de Batna, Algérie, DIU de pédagogie médicale, 2010.
24. **Cottin, Mornex, Cordier,**
Enseignement magistral : Intérêt potentiel de son intégration aux stages hospitaliers et
de la réalisation de contrôles de connaissance impromptus,
Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 97–100
25. **David M. Irby, PhD, Molly Cooke, MD, and Bridget C. O'Brien, PhD,** Calls for Reform of
Medical Education by the, Carnegie Foundation for the Advancement of, Teaching: 1910
and 2010.
Acad Med. 2010; 85:220–227. (Flexner).

26. **Cabinet Bernard Couchner**
Le médecin et la réforme des études médicales
Argumentaire général 12/03/1999

27. **Mojgan Ghavambaigi ,**
Comparaison des études médicales, en Iran et en France, et de leur adéquation aux
pratiques de Médecine générale dans ces deux pays,
Thèse de médecine, Université Henri Poincaré, Nancy

28. **Hutchings P**
Building a better conversation about learning. Carnegie perspectives.
The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Cited 23 April 2013

29. **Ann-Christin Haffling,**
Medical students in general practice students' learning experiences and perspectives
from supervisors and patients,
Medical thesis, Lund University, 2011.

30. **Editors: Kathryn N. Huggett • William B. Jeffries,**
An Introduction to Medical Teaching, second edition, Office of Medical Education
University of Vermont College of Medicine Burlington , Vermont , USA, Springer 2014.

31. **Michelle McLEAN, François CILLIERS, Jacqueline M. VAN WYK,**
Développement professoral : hier, aujourd'hui et demain Guide AMEE n°36,
Pédagogie Médicale 2014; 15(3): 183-237
DOI: 10.1051/pmed/2015001, Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale/
2015.

32. **Christian Voirol, Marie-Claude Audétat, Marie-France Pelland, Julie Lajeunesse, Raynald
Gareau,**
Comment mieux aider les médecins de la relève à assumer des responsabilités de
gestion?
Pédagogie Médicale 2014; 15(3): 169-181

33. **Kevin McLaughlin ,**
A Comparison of Performance Evaluations of Students on Longitudinal Integrated Clerkships and Rotation Based Clerkships,
Office of Undergraduate Medical Education, University of Calgary,,Alberta, Canada, Acad Med. 2011;86:S25-S29.

34. **Marc-Éric GRUÉNAIS, Mohamed AMINE, Vincent De BROUWERE**
Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc, Etude de cas
Conseil de l'ONDH, 2010

35. **Zorica Antić,**
Medical Studies in English: Shared Learning,
Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš 2014;31(2):129-132,

36. **Bernard Charlin, Georges Bordage, Cees Van Der Vleuten**
L'évaluation du raisonnement clinique,
Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 42-52.

37. **Alaoui Yazidi , Séminaire sur les TICE et e-learning**
Bulletin d'information de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, 2008

38. **Kwankam SY, What e-Health can offer**
Bulletin of the World Health Organisation
2004;82(10):000-2

39. **Jacques Bouget,**
Adaptation de l'apprentissage par problèmes au certificat de synthèse clinique et thérapeutique : description, appréciation,
Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 224-231

40. **M Fieschi,**
Information technology is changing the way society sees health care delivery
International Journal of Medical Informatics, 2002;66(1-3):85-93

41. **Stefan Lindgren,**
AM Last Page: The World Federation for Medical Education (WFME),
Academic Medicine, Vol. 87, No. 6 / June 2012.

42. **Anne Demeester,Rémi Gagnayre ,**
Alternative au cours magistral : la MIGG. Méthode d'Intégration Guidée par le Groupe.
Pédagogie médicale 2005;1:61–62.DOI: 10.1051/pmed:2005007

43. **R. Betz,A. Ghuysen,V. D'Orio,**
Simulation En Pédagogie Médicale : état des lieux,
Rev Med Liège 2014; 69 : 3:132–138.

44. **M Ouariagli,**
Etat de la formation médicale initiale en Gynécologie obstétrique :points de vue du
médecin généraliste de la ville de Marrakech,
Thèse de Médecine, 2015

45. **A P Fan, C H Chen & L T Ho,**
Interacting factors of students' perceptions on an effective curriculum,
Pédagogie Médicale 2004; 38: 1181–1202

46. **B S Mitchell, P Mccrorie & P Sedgwic,**
Student attitudes towards anatomy teaching and learning in a multiprofessional context,
Medical Education 2004; 38: 737–748

47. **Jacques Roland,**
La pédagogie dans les Facultés de médecine françaises,
Pédagogie Médicale – Février 2001 – Volume 2 – Numéro 1

48. **Jean-Jacques Guilbert,**
Une Vision Oms Des Facultés De Médecine A Travers Le Monde,
Pédagogie Médicale 2004 ; 5 : 167–170.

49. **S. Schneider et al,**
Attitudes des médecins généralistes, envers les médecines complémentaires, et besoins de formation, Résultats d'une enquête suisse,
Pédagogie Médicale 2014; 15 (2): 157-160.

50. **A.Elizabeth Rippentrop, Matthew Yung-Sang Wong, Elizabeth M. Altmaier,**
A Content analysis of interviewee reports of medical school admissions Interview,
Med Educ Online 2003; 8:10.

51. **Berna Musal, Hakan Abacioglu, Oguz Dicle ,Elif Akalin, Sülen Sarioglu, Adil Esen Elif Akalin,**
Faculty development program in Dokuz Eylül School of Medicine: In the process of curriculum change from traditional to PBL,
Med Educ Online 2002; 7:2

52. **Brigitte Maheux, Claude Beaudoin, Laeora Berkson, Luc Cote, Jacques Des Marchais & Pierre Jean,**
Medical faculty as humanistic physicians and teachers: the perceptions of students at innovative and traditional medical schools,
Medical Education 2000; 34:630-634

53. **Mathieu R Nendaz,**
Favoriser l'autonomie de l'apprentissage,
Pédagogie Médicale – Mai 2004 – Volume 5 – Numéro 2.

54. **Patrick A Merl, Gottfried S Csanyi, Paolo Petta, Martin Lischka & Richard MARZ,**
The process of defining a profile of student competencies at the University of Vienna Medical School Medical Education 2000; 34:216-221

55. **Yvonne Steinert,**
Student perceptions of effective small group teaching,
Medical Education 2004; 38: 286-293.

56. **Charles Boelen.**
Il était une fois, il y a trente ans..., l'éducation médicale francophone !
Pédagogie Médicale 2014; 15 (1): 61-62

57. **Sylvain Boet, Georges Savoldelli, Jean-Claude Granry,**
La simulation en santé : De la théorie à la pratique,
ISBN 978-2-8178-0468-2 Springer Paris Berlin Heidelberg New York © Springer-Verlag
France, 2013.
58. **J Bligh, G Lloyd-Jones & G Smith,**
Early effects of a new problem-based clinically oriented curriculum on students'
perceptions of teaching,
Medical education 2000; 34:487-489
59. **Wolfram Antepohl, Erica Domeij, Pia Forsberg et Johnny Ludvigsson,**
A follow-up of medical graduates of a problem-based learning curriculum,
Medical Education 2003; 37:155-162.
60. **Amish Parikh, Kylen McCreelis & Brian Hodges,**
Student feedback in problem based learning: a survey of 103 final year students across
five Ontario medical schools, Medical Education 2001;35:632-636
61. **Hoon Eng Khoo,**
Implementation of problem-based learning in Asian medical schools and students'
perceptions of their experience,
Medical Education 2003; 37:401-409
62. **J-J Guilbert,**
Comparison of the opinion of student and teachers concerning medical educations
programmes in Switzerland,
Medical Education 1998; 32: 65-69.
63. **Xiewan Chen, Rongxia Liao & Min Chen,**
In-career medical English training for doctors in China, a Blackwell Publishing Ltd 2012.
Medical Education 2012; 46: 1099-1136.
64. **Nasr, Yazigi ,Moussa,**
Un problème pédagogique pour initier les étudiants en médecine à l'apprentissage par
problèmes.
Pédagogie Médicale 2004 ; 5 : 103-109

65. **Renée E. Stalmeijer, Diana H.J.M. Dolmans, Clinical Teaching Based on Principles of Cognitive Apprenticeship: Views of Experienced Clinical Teachers, Academic Medicine, Vol. 88, No. 6 / June 2013.**
66. **A K Qayumi, Y Kurihara, M Imai, G Pachev, H Seo, Y Hoshino, R Cheifetz, K Matsuura, M Momoi, M Saleem, H Lara-Guerra, Y Miki et Y Kariya.**
Comparison of computer-assisted instruction (CAI) versus traditional textbook methods for training in abdominal examination (Japanese experience).
Medical Education 2004; 38: 1080-1088
67. **David J Steele, Jodi E Johnson Palensky, Thomas G Lynch, Naomi ,L Lacy1 et Sean W Duffy,**
Learning preferences, computer attitudes, and student evaluation of computerised instruction.Medical Education 2002; 36:225-232
68. **A. Cuisinier et al.**
Evaluation d'un labyrinthe pédagogique pour l'enseignement de la traumatologie grave
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 31 (2012) 857-862
69. **Eugène J F M Custers & Olle Th J Ten Cate, Medical students' attitudes towards and perception of the basic sciences: a comparison between students in the old and the new curriculum at the University Medical Center Utrecht, The Netherlands, Medical Education 2002;36:1142-1150.**
70. **F Stéfani**
Transmission du savoir en médecine
Ordre National des médecins, Conseil national de l'Ordre, 2013
71. **Brendan Kerr, Trisha Lee-Ann Hawkin,**
Feasibility of scenario-based simulation training versus traditional workshops in continuing medical education: a randomized controlled trial
Med Educ Online 2013, 18: 21312
72. **Morgan Passiment, Heather Sacks, Grace Huang, M.D.**
Medical Simulation in Medical Education: Results of an AAMC Survey,
Association of American Medical Colleges, September 2011

73. **David Hirsh, MD, Elizabeth Gaufberg, Educational Outcomes of the Harvard Medical School–Cambridge Integrated Clerkship: A Way Forward for Medical Education, Acad Med. 2012;87:643–650. First published online March 28, 2012.**
74. **Eric S. Holmboe, Faculty Development in Assessment: The Missing Link in Competency–Based Medical Education, Acad Med. 2011;86:460–467.**
75. **Christopher M. DeRienzo, Handoffs in the Era of Duty Hours Reform: A Focused Review and Strategy to Address Changes in the Accreditation Council for Graduate Medical Education Common Program Requirements, Acad Med. 2012;87:403–410. First published online February 22, 2012.**
76. **Safwane Mououafaq,**
L'appréciation du programme de formation médicale : point de vue de l'étudiant,
Thèse de médecine N° 49 Casablanca 2005
77. **S. Kessler, Chad, I'm Clear, You're Clear, We're All Clear: Improving Consultation Communication Skills in Undergraduate Medical Education. Acad Med. 2013 ;88:753–758.**
78. **Steven L. Kanter, In–Depth Learning: One School's Initiatives to Foster Integration of Ethics, Values, and the Human Dimensions of Medicine, Acad Med. 2007; 82:405–409.**
79. **G. MacCarrick, A practical guide to using the World Federation for Medical Education standards. WFME 2: educational program, Royal Academy of Medicine in Ireland 2010.**
80. **Maillard, Matheron, Samain, Vinceneux, Crickx,**
Introduction de l'APP et formation des enseignants à la fonction de tuteur : L'expérience de la Faculté de Médecine Xavier Bichat,
Pédagogie Médicale 2001 ; 2 : 148–156
81. **Martine Chamberland, Rene Hivon, Jacques Tardif, Denis Bedard,**
Evolution du raisonnement clinique au cours d'un stage d'externat : une étude exploratoire,
Pédagogie Médicale 2001; 2 : 9–17.

82. **Jean-Jacques Guilbert,**
L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir être et savoir-faire »,
Pédagogie Médicale – Février 2001 – Volume 2 – Numéro 1.
83. **Anne Mette Moercke & Berit Eika,**
What are the clinical skills levels of newly graduated physicians?, Self assessment study of
an intended curriculum identified by a Delphi process,
Medical Education 2002;36:472-478
84. **Charlotte Rees, Charlotte Sheard & Amy Mcpherson,**
Communication skills assessment: the perceptions of medical students at the University
of Nottingham,
Medical Education 2002; 36:868-878
85. **Bonnaud, Pottier, Barrier, Dabouis, , Planchon Et Alain Mouzard ,**
Evaluation 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 : 159-166.
86. **Hafssa Tounsi, Mohamed Reida Ababou,**
Formation des étudiants à l'éducation des patients,
Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 164-168
87. **Marcoux, Patenaude,**
L'éthique et la formation médicale Où en sommes-nous ? Où allons-nous?
Pédagogie Médicale 2000; 1 : 23-30.
88. **Anders Baerheim & Eivind Meland,**
Medical students proposing questions for their own written final examination: evaluation
of an educational project,
Medical Education 2003; 37:734-738
89. **Philippe Arlet,**
La formation clinique dans les universités françaises : chronique d'une mort annoncée.
Les Annales de Médecine Interne 2002 ; 153 : 427-8

90. **Teamur Aghamolaei, Ismaeil Fazel,**
Medical students' perceptions of the educational environment at an Iranian Medical Sciences University, Aghamolaei and Fazel BMC Medical Education 2010, 10:87

91. **G. R. MacCarrick,**
A practical guide to using the World Federation for Medical Education (WFME) standards. WFME 1: mission and objectives,
Royal Academy of Medicine in Ireland 2010.

92. **Elise Slim, Mirabelle Mattar, Grace Abi Rizk,**
La qualité du sommeil chez les internes : étude transversale chez les internes à l'hôpital Hôtel-Dieu de France (Liban).
Pédagogie Médicale 2014; 15 (1): 31-42.

93. **Claire Tochel, Alex Haig,**
L'efficacité des portfolios pour l'évaluation et la formation pendant le cursus post gradué.
Guide BEME No.12.
Pédagogie Médicale 2014; 15 (2): 113-148.

94. **Carl D. Stevens,**
Longitudinal Continuity Experiences Can Repair Disconnects in the Core Clerkships for Medical Students. Acad Med. 2014;89:205-207.

95. **Thomas E. Norris, Longitudinal Integrated Clerkships for Medical Students: An Innovation Adopted by Medical Schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States,** Acad Med. 2009; 84:902-907.

96. **Marie-Hélène Lizotte, Marie-Christine Lamy, Benoit Carrière, Modifications des horaires de garde : conséquences sur la perception par les résidents de leur qualité de vie et de la sécurité des patients,** Pédagogie Médicale 2014; 15 (1): 21-29.

97. **Cécile Renoux, Anne-Marie Lehr-Drylewicz,**
Les attentes des externes sur le stage en médecine générale en deuxième cycle à la faculté de médecine de Tours,
La revue française de médecine générale, 2009;87:80-4.

98. **Bertrand Kiefer,**
Simulations en médecine,
Revue Médicale Suisse – www.revmed.ch – 11 décembre 2013
99. **Zorica, Milosavljević, Nataša**
Medical Studies in English: Shared Learning, Antić, Acta Facultatis Medicae Naissensis,
2014, Vol.31(2), CrossRef
100. **Mary A Seabrook,**
Clinical Students' Initial Reports Of The Educational Climate In A Single Medical School,
Medical Education 2004; 38: 659-669
101. **Jean-Luc FAILLIE, Utilisation d'un système de vote interactif pour l'enseignement de**
lecture critique d'article scientifique dans une faculté de médecine française, Pédagogie
Médicale/ Société Internationale Francophone d'Education Médicale, EDP Sciences /HENRI
2015.
102. **Paraia, P. Shenoya,1, K.Y. Lohb,**
Students' perception of technology-assisted learning in undergraduate medical education
–A surveyM. The Social Science Journal 52 (2015) 78-82.
103. **Radouane Mrabet,**
Réforme des études médicales et défi de la démographie, 2013.
104. **Akram Heidari, Seyyed-Hassan Adeli.**
Teaching medical ethics: problem based learning or small group discussion?
Med Ethics Hist Med, 2013, 6:1.
105. **Christophe Segouin, Jorgen Nystrup, Leif Christensen Et Hans Karle .**
Faut-il prescrire des standards internationaux en éducation médicale?
Compte-rendu de la conférence mondiale organisée par la World Federation for Medical
Education (WFME) à Copenhague (15-19 Mars 2003),
Pédagogie Médicale – Février 2004 – Volume 5 – Numéro 1

106. **Jane K Seale, Judith Chapman & Christine Davey,**
The influence of assessments on students' motivation to learn in a therapy degree course.
Medical Education 2000; 34:614–621
107. **Anne Demeester, Chantal Eymard**
Apprentissage Du Raisonnement Clinique En Formation Initiale Medicale – Les Cartes Conceptuelles Pour Remedier A Certaines Difficultes ,
Université de Genève, septembre 2010.
108. **Danai Wangsaturaka, Sean McAleer,**
Development of the clinical learning climate measure for undergraduate medical education,
South East Asian Journal of Medical Education Vol. 2 no 2, 2008
109. **K E Duffield & J A Spencer,**
A survey of medical students' views about the purposes and fairness of assessment,
Medical Education 2002; 36:879–886
110. **Jean-Jacques Guilbert,**
« Nous avons les meilleurs médecins du monde » C'est peut-être vrai, Mais pourriez-vous le prouver ?
Pédagogie Médicale– Novembre 2002 – Volume 3 – Numéro
111. **Faisal Abdullatif Alnasir , Ahmed Abdel-Karim Jaradat.**The Effect of Training in Primary Health Care Centers on Medical Students' Clinical Skills, Article ID 403181.2013.
112. **David M. Kaufman,**
L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant : une fausse dichotomie .
Pédagogie Médicale – Août 2002 – Volume 3 – Numéro 3
113. **DENEF,**
Colloque Belgique – Suisse – Québec : Efficacité des modes d'intervention des centres de Pédagogie Universitaires,
Pédagogie Médicale – Mai 2001 – Volume 2 – Numéro 2

114. **Tayyab Hasan,**
Doctors or technicians: assessing quality of medical education.
Advances in Medical Education and Practice 2010;1 25-29.
115. **Vanderbilt, Allison A. ; Feldman, Moshe ; Wood, Isaac K.**
Assessment undergraduate medical education a review of course exams,
Medical Education Online, 2013, Vol.18(0) [Peer Reviewed Journal],E-ISSN: 1087-2981
116. **J Firth-Cozens,**
Medical student stress,
Medical education 2001; 35:6-7
117. **Jungkwon Lee & Antonnette V Graham,**
Students' Perception Of Medical School Stress And Their Evaluation Of A Wellness Elective,
Medical Education 2001; 35:652-659
118. **Melissa Sayer, Mark Chaput De Saintonge, Dason Evans & Diana Wood,**
Support for students with academic difficulties,
Medical Education 2002; 36:643-650(62)
119. **Salahuddin Malik,**
Students, tutors and relationships: the ingredients of a successful student support
scheme,
Medical Education 2000; 34:635-641
120. **Tracy Stecker,**
Well-being in an academic environment,
Medical Education 2004; 38: 465-478
121. **André Paccioni, Claude Sicotte,**
Analyse pédagogique de la formation par visioconférence des externes en pédiatrie.
Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 18-25

122. **Gillian Maudsley & Janet Strivens**
Promoting professional knowledge, experiential learning and critical thinking for medical students
Medical Education 2000; 34:535-544
123. **Faculte De Medecine Et De Pharmacie De Casablanca,**
Guide des études médicales.Octobre 2002 – 3ème édition
124. **Anna Reinert,**
Assesement in Medical Education : A primer on mythodology,
college of physicians and surgeons,Class of 2013.
125. **Sultan Ayoub Meo,**
Evaluating learning among undergraduate medical students in schools with,traditional
and problem-based curricula,
Adv Physiol Educ 37: 249-253, 2013.
126. **Denef,**
Evaluer les nouvelles technologies, oui, certes, mais comment ?,
Pédagogie Médicale – Novembre 2003 – Volume 4 – Numéro
127. **Guy LLORCA,**
Evaluation de l'efficacité pédagogique immédiate de deux méthodes classiques en
formation médicale continue,
Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 26-32
128. **Heidi M. Anderson,**
Student Learning Outcomes Assessment: A Component of Program Assessment,
American Journal of Pharmaceutical Education 2005; 69 (2)
129. **Mohammad Othman Al Rukban,**Learning environment in medical schools adopting
different educational strategies, Educational Research and Reviews Vol. 5(3), pp. 126-
129, March 2010

130. **Céline Bouton, Isabelle Richard,**
Que vivent émotionnellement et pédagogiquement les externes en stage de médecine générale ? Pédagogie Médicale 2013; 14 (1): 17-26
131. **Sarah de Leeuw a, Margot W. Parkes,**
Questioning medicine's discipline: The arts of emotions in undergraduate medical education,
Emotion, Space and Society xxx (2013) 1-9
132. **Babar T. Shaikh, Arsalan Kahloon,**
Students, Stress and Coping Strategies: A Case of Pakistani Medical School,
Education for Health, Vol. 17, No. 3, November 2004, 346 – 353
133. **Boelen,Boyer ,**
A View of theWorld's Medical schools Definig new roles,
World Health Organization,2008
134. **Hicham Koutbi,**
Pratique De La Medecine Generale Dans Les Centres De Sante Marocains,
Forum des soins de santé primaires,Rabat le 28 avril 2009
135. **WONCA,**
The european definition of general practice / family medicine,
WONCA EUROPE 2011 Edition.
136. **Agnès Oude Engberink, Michel Amouyal,**
Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes,
Pédagogie Médicale 2011; 12 (4): 199-212
137. **Ameneh Barikani, Mahsa Afaghi,**
Perception of the Medical Students on Their Future Career in Qazvin University of Medical Sciences, Global Journal of Health Science; Vol. 4, No. 4; 2012

138. **Michel Leveque,**
Les compétences du Médecin Généraliste, 2002
139. **Claudia Kiessling , Anja Dieterich,**
Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey,
Patient Education and Counseling 81 (2010) 259-266
140. **Ahmed Ben Abdelaziz, Sofiène Haddad,**
Attitudes et attentes des médecins généralistes à l'égard de la formation médicale continue,
Pédagogie Médicale 2002 ; 3 :101-107
141. **Guy LLORCA,**
Evaluation de l'efficacité pédagogique immédiate de deux méthodes classiques en formation médicale continue,
Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 26-32
142. **Martin LABELLE, Robert J,**
Formation continue en petits groupes sur l'ostéoporose : comparaison d'un atelier basé sur le test de concordance de scripts (TCS) et d'un atelier classique,
Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 145-153
143. **Steinert Y, Naismith L, Mann K.,**
Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education.
A BEME systematic review: BEME Guide No. 19. Med Teach. 2012;34(6):483-503.
144. **Sophie Laflamme.**
Pédagogie Un service d'aide aux étudiants offert par des enseignants experts : la réussite de l'étudiant au cœur des préoccupations. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada
Médicale Education 2014; 15 (1): 43-52

- 145. Thierry Karsent et Bernard Charlin,**
Analyse des impacts des technologies de l'information et de la communication sur
l'enseignement et la pratique de la médecine P
Pédagogie Médicale 2010; 11 (2): 127-141
- 146. A M Hastings, R C Fraser & R K Mckinley.**
Student perceptions of a new integrated course in clinical methods for medical
undergraduates.
Medical Education 2000; 34:101-107
- 147. Brian E. Mavis, Bridget L. Cole, , Ruth B. Hoppe**
A Survey of information sources used for progress decisions about medical students,
Med Educ Online 2000; 5:9.
- 148. Jacques Henri Barrier et al.**
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
- 149. Jean Jouquan,**
L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale,
Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 38-52.
- 150. Jonathan Mathers, Jayne Parry, Sarah Lewis & Sheila Greenfield,**
What impact will an increased number of teaching general practices have on patients,
doctors and medical students,
Medical Education 2004; 38: 1219-1228.
- 151. Leah Bloomfield, Peter Harris & Chris Hughes.**
What do students want? The types of learning activities preferred by final year medical
students.
Medical Education 2003; 37:110-118

152. **M. Boyle, Posner, Mutch, Farley, Dean, Nilsson,**
The building partnerships program: an approach to community-based learning for
medical students in Australia ,Med Educ Online 2002;7:12.

153. **Mary O'sullivan, Jonathan Martin & Elizabeth Murray,**
Students' perceptions of the relative advantages and disadvantages of community-based
and hospital-based teaching: a qualitative study,
Medical Education 2000; 34:648-655

154. **Nigel Oswald, Tom Alderson & Steve Jones,**
Evaluating primary care as a base for medical education: the report of the Cambridge
Community-based Clinical Course,
Medical Education 2001;35:782-788.

155. **Patsy Stark,**
Teaching and learning in the clinical setting: a qualitative study of the perceptions of
students and teachers,
Medical Education 2003; 37:975-982

156. **Paul Haidet Et Al.**
Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship,
Medical Education 2002; 36:568-574

157. **Quérin, Tardif Messier, Ratelle,**
Maîtrise de l'ordinateur et de l'information : une formation intégrée et continue au
premier cycle des études médicales,
Pédagogie Médicale 2001 ; 2 : 108-113

158. **Sabri Kemahli,,**
Clinical teaching and objective structured clinical examination in pediatrics,
Med Educ Online 2001;6:10

159. **Veronique Godin, Didier Moulin, Dominique Van Pee,**
La formation aux enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine : un défi
?,L'expérience de la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain,
Pédagogie Médicale 2004 ; 5 : 35-42

160. **Virginia A. Reed, Phd, G. Phd, Thomas R. McCormick,**
A longitudinal study of determinants of career satisfaction in medical students,
Med Educ Online 2004; 9:11.
161. **Willem S De Grave, Diana H J M Dolmans & Cees P M Van Der Vleuten,**
Profiles of effective tutors in problem-based learning: scaffolding student learning,
Medical Education 1999; 33:901-906
162. **Derstine PL,**
Implementing goals for non-cognitive outcomes within a basic science course. Division
of Molecular and Cellular Biochemistry and Department of Educational Affairs, Loyola
University of Chicago Stritch School of Medicine, Maywood, 60153, USA.
pdersti@lumc.edu,
Acad Med. 2002 Sep;77(9):931-2.
163. **Thistle House, Haymarket Terrace,**
L'efficacité des portfolios pour l'évaluation et la formation pendant le cursus post gradué.
Guide BEME No. 12 Correspondance et offprints: Claire Tochel, NHS Education for
Scotland, ,
Pédagogie Médicale 2014; 15 (2): 113-148
164. **Mohamed Ridha Guedjati, Hacine Bounecer.**
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.
165. **Aser J. Bodjrenou, Achille C. Kouawo, Hassane Moumouni, Raphaël Darboux ,**
Evaluation de l'impact de la mise en ligne d'un programme d'histologie-embryologie sur
les performances aux examens d'étudiants en première année d'études médicales au
Niger,
Pédagogie médicale 2008;3:181-184
166. **Gladys Ibanez, Philippe Cornet, Cassian Minguet ,**
Recherche et perspectives, Qu'est-ce qu'un bon médecin ?
Pédagogie Médicale 2010; 11 (3): 151-165

167. **Jean-Marie Bonnetblanc, Agnès Sparsa ,Serge Boulinguez ,**
Le « bon médecin » : enquête auprès des patients, ,
Pédagogie médicale 2006; 7 (3): 174–179, DOI: 10.1051/pmed:2006013 26,
168. **Florence Parent, Jean Jouquan, Leslie Kerkhove, Morgan Jaffrelot, Jean-Marie De Ketele,.**
Intégration du concept d'intelligence émotionnelle à la logique de l'approche
pédagogique par compétences dans les curriculums de formation en santé,
Pédagogie Médicale 2012; 13 (3): 183–201
169. **Alain Jami, et al**
Perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil
pédagogique issu du paradigme d'apprentissage,
Pédagogie Médicale 2012; 13 (1): 27–37
170. **Bernard Nemitz ,**
Enseigner la médecine d'urgence : pour un dispositif complet et cohérent,
Pédagogie médicale 2003;2:69–70
171. **Florence Gonod-Boissin .**
Technologies de l'information et de la communication et pratiques informationnelles des
médecins généralistes: quelles données en France?,
Pédagogie médicale 2005;3:169–177
172. **Marie Lehr-Drylewicz, Dominique Huas , Jean Pierre Lebeau .**
Évaluation préliminaire d'un stage d'externat expérimental en médecine générale à la
faculté de médecine de Tours,Cécile Renoux,
Anne Pédagogie Médicale 2009; 10 (3): 175–183
173. **Clarisse Audouin, Guillaume Bouzille, Monique Leloup, Serge Fanello,.**
La formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence et de premier
secours reste sous-optimale en France..
Pédagogie Médicale 2013; 14 (3): 229–231

174. **Vicente Prietodíaz ; Ileana Quiñones La,**
Impacto de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la educación y
nuevos paradigmas del enfoque educativo Impact of the information and communication
technologies in education and new paradigms in the educational approach,
Educación Médica Superior , Vol 25, Iss 1, Pp 95–102 (2011), 2011
175. **Chen, Min ; Zhan, Xiaoqing ; Liao, Rongxia**
The urgent need for courses in medical and scientific English, MEDLINE/PubMed (U.S.
National Library of Medicine), Academic medicine : journal of the Association of
American Medical Colleges 2012, Vol.87(8), pp.994–5,
176. **Jafar Asgari Arani,**
Medical English M–Learning: Positioning a New Paradigm in E–Education, International
Journal of Interactive Mobile Technologies (ijIM), 2012, Vol.6(1), p.33,
Directory of Open Access Journals (DOAJ)
177. **Chen, Xiewan ; Liao, Rongxia ; Chen,**
Min In career medical English training for doctors in China, Medical Education, 2012,
Vol.46(11), pp.1125–1126 [Peer Reviewed Journal], John Wiley & Sons, Inc.



أَقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونُ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ بَازِلًا وَسَّعِي فِي اسْتِنْقَازِهَا مِنْ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلَقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةِ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، أَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ





جامعة القاضى عياض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش

أطروحة رقم 89

سنة 2015

التكوين الطبى الأولى وجهة نظر الأطباء العامين : مثال مدن تنغير و ورزازات والراشيدية

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2015/.../... من طرف

الآنسة **زهرة العسناوى**

المزدادة في 06 أكتوبر 1986 بحصيا-تنغير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

التكوين الطبى الأولى - الأطباء العامون - منهج التدريس - بـداغوجية التعليم - تدريب تطبيقي
الدروس النظرية

اللجنة

الرئيس	السيد	م. بوسكراوى
		أستاذ في طب الأطفال
المشرف	السيد	م. أمين
		أستاذ مبرز في علم الأوبئة السريرية
	السيد	ز. الدحمي
		أستاذ في جراحة المسالك البولية
الحكام	السيد	ل. أضرصور
		أستاذ مبرز في جراحة الأذن والأنف والحنجرة