



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N°190

Le stage hospitalier au CHU Mohammed VI de Marrakech: enquête auprès des étudiants

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27/10/2021

PAR

Mr. Ilyas ELYAZIDI

Né le 26 Octobre 1995 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Stage hospitalier – Évaluation – Formation médicale – Externat

JURY

M.	R. EL FEZZAZI Professeur de Chirurgie Pédiatrique	PRESIDENT
M.	S. AMAL Professeur de Dermatologie	RAPPORTEUR
M.	A. R. EL ADIB Professeur d'Anesthésie-Réanimation	JUGE

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني
تبت إليك وإني من المسلمين"



Serment d'Hippocrate

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

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiaa	Microbiologie -Virologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie

ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUS Aïcha	Pédiatrie	OUALI IDRÏSSI Mariem	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOÛSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRÏSSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAÏSS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Ilias	Hématologie- clinique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	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	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embyologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto- Rhino - Laryngologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	HAJJI Fouad	Urologie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	Hammoune Nabil	Radiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie

BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BELLASRI Salah	Radiologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAGGABI Amine	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAI Asma	Informatique
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	WARDA Karima	Microbiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL-QADIRY Raby	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 23/06/2021



DÉDICACES

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

A la mémoire de mon chère père disparu trop tôt. J'espère que, du monde qui est sien maintenant, il apprécie cet humble geste comme preuve de reconnaissance de la part d'un fils qui na cessé de se souvenir des agréables moments passés en sa compagnie éspérant se réunir un jour dans l'au delà.

A ma chère mère a qui je dois tout, et pour qui 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 pouvoir m'éduquer et pour mon bien être. Ta présence pour moi a été un grand soutien moral tout au long de mes études.

A mes chères soeurs l'affection et l'amour que je vous porte sont sans limite, merci d'être toujours les premières à me soutenir dans les bons comme dans les mauvais moments. Je vous souhaite tout le bonheur du monde et une vie pleine de sérénité. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et le respect que j'ai pour vous.

A mes chères amis en souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés. Veuillez trouver dans ce travail chers amis l'expression de mon respect le plus profond et de mon affection la plus sincère. je n'oublierai jamais votre soutien dans les moments les plus difficiles ...je ne vous remercierais jamais assez...

A ma grand-mère, mes oncles et tantes Je vous dédie ce travail en témoignage du soutien que vous m'aviez accordé et en reconnaissance des encouragements durant toutes ces années.

A tous mes enseignants tout au long de mes études...

A tous les patients qui m'ont généreusement fait part de leurs expériences, leurs peines

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai oublié de citer... Qu'ils me pardonnent...



REMERCIEMENTS

A notre maître et rapporteur de thèse

Pr. S.AMAL

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqués et nous servent d'exemple. Vous nous avez à chaque fois réservé un accueil aimable et bienveillant. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.

A notre maître et président de thèse

Pr. R.EL FEZZAZI

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous avez donné en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous vous exprimons notre profonde admiration pour la sympathie et la modestie qui émanent de votre personne. Veuillez considérer ce modeste travail comme expression de notre reconnaissance

A notre maître et juge de thèse

Pr. A.R. EL ADIB

Nous vous sommes infiniment reconnaissant d'avoir accepté aimablement de juger ce travail. Permettez-nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles. Veuillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération.



ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations:

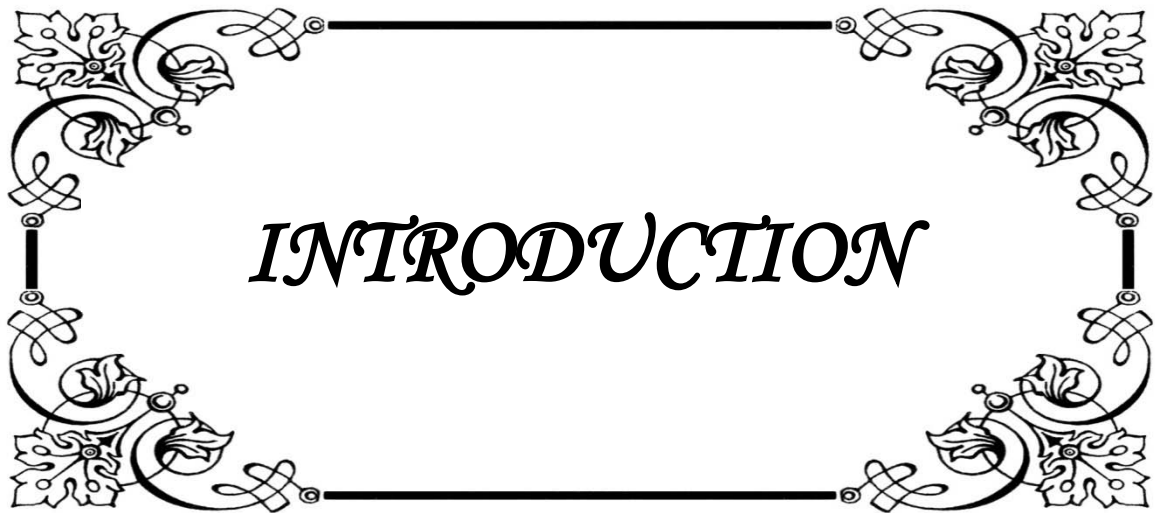
A.R.C	: Apprentissage par raisonnement clinique
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CIDMEF	: Commission internationale des doyens de faculté de médecine d'expression française.
C.N.E.M	: Conseil national des étudiants en médecine
DOPS	: Direct Observation of Procedural Skills
ECG	: Electrocardiogramme.
E.C.O.S	: Examen clinique objectif structuré.
FMP	: Faculté de médecine et de pharmacie
HMA	: Hôpital militaire Avicenne.
LCME	: La Liaison Committee on Medical Education
MIGG	: Méthode d'intégration guidée par le groupe
mini-CEX	: Mini-clinical Evaluation Exercise
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ORL	: Oto-rhino-laryngologie.
P.E.S	: Professeur d'enseignement supérieur
P.A	: Professeur assistant
VVP	: Voie veineuse périphérique.
WFME	: World Federation of Medical Education



PLAN

INTRODUCTION	1
MATÉRIEL ET MÉTHODES	4
I. TYPE D'ÉTUDE.....	5
1. Caractéristiques des enquêtés.....	5
2. Encadrement des étudiants au cours du stage hospitalier.....	5
3. Validation du stage hospitalier.....	6
4. Caractéristiques du stage hospitalier.....	6
5. Propositions et suggestions des étudiants concernant le stage hospitalier.....	6
II. RECUEIL DE DONNÉES.....	6
III. ANALYSE DES RÉSULTATS.....	7
IV. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	7
RÉSULTATS	8
I. NOMBRE DE RÉPONSES.....	9
II. PROFIL DE LA POPULATION INTERROGÉE.....	9
III. ENCADREMENT.....	12
1. QUALITÉ DE L'ENCADREMENT.....	12
2. LE PROGRAMME DES OBJECTIFS CLINIQUES.....	13
3. SUPERVISION CLINIQUE ET FEEDBACKS.....	13
4. MÉTHODES DE CONTRÔLE DE LA PRÉSENCE DES ÉTUDIANTS DURANT LE STAGE HOSPITALIER.....	14
5. MÉTHODES D'APPRENTISSAGE CLINIQUE DURANT LE STAGE HOSPITALIER.....	15
6. MÉTHODES D'ÉVALUATION DES ÉTUDIANTS À LA FIN DU STAGE HOSPITALIER.....	16
IV. CARACTÉRISTIQUES DU STAGE HOSPITALIER.....	18
1. DURÉE DU STAGE HOSPITALIER.....	18
2. RÉPARTITION DES STAGES HOSPITALIERS.....	19
3. LES SERVICES FORMATEURS.....	20
4. LES SERVICES NON FORMATEURS.....	22
5. SERVICES NÉCESSAIRES À LA FORMATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE.....	24
V. VALIDATION DU STAGE HOSPITALIER.....	26
1. NOMBRE D'INVALIDATIONS DES STAGES.....	26
2. MOTIFS D'INVALIDATION.....	26
3. LES SERVICES INVALIDÉS.....	27
4. GESTES PRATIQUES VALIDÉS.....	29
VI. SUGGESTION DES RÉPONDANTS POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DU STAGE HOSPITALIER.....	30
DISCUSSION	31
I. HISTOIRE DE LA FORMATION MÉDICALE.....	32
1. HISTOIRE DE LA FORMATION MÉDICALE AU MONDE.....	32
2. HISTOIRE DE LA FORMATION MÉDICALE AU MAROC.....	35
II. ASPECT LÉGISLATIF DE LA FORMATION MÉDICALE.....	36
1. Décret n° 2-91-527.....	37
2. Règlement intérieur de la FMPM.....	38

III. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	41
1. REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON.....	41
2. FORCES DU STAGE HOSPITALIER.....	42
3. LES FAIBLESSES DU STAGE HOSPITALIER.....	46
4. MENACES À LA FORMATION MÉDICALE.....	54
5. RECOMMANDATIONS POUR UN MEILLEUR STAGE HOSPITALIER:.....	55
CONCLUSION.....	59
ANNEXES.....	61
RÉSUMÉS.....	68
BIBLIOGRAPHIE.....	72



INTRODUCTION

Les études médicales sont à la fois théoriques et pratiques. L'étudiant en médecine dans la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech entame son cursus par deux années d'études fondamentales, ponctuées par deux stages d'immersion aux structures de soins et de médecine sociale. À la 3^e année il commence son externat qui désigne la période pendant laquelle l'étudiant en médecine prend le statut d'externe. C'est un statut hospitalier, à partir duquel il commencera l'apprentissage de la médecine de manière pratique auprès des patients. Les stages d'externat se déroulent de la 3^e à la 6^e année des études médicales. Ils durent deux mois chacun, ces stages se déroulent dans les différents services du centre hospitalier universitaire de Marrakech et dans l'hôpital militaire d'Avicenne ainsi que les 42 dispensaires urbains de santé de la ville de Marrakech agréés par notre faculté pour la formation de ses étudiants. L'organisation des stages est sous la responsabilité du comité « stage Hospitalier » qui fait partie de la commission pédagogique. De la 3^e à la 5^e année, l'étudiant passe toutes ses matinées à l'hôpital et effectue également des gardes selon les services d'affectation. Durant sa 6^e année l'étudiant passe toutes les journées à l'hôpital et prend le statut de faisant fonction d'interne, Il est sous la tutelle des professeurs et du chef de service(1).

Le stage hospitalier, ossature de la formation médicale, devrait ainsi recevoir une attention particulière de la part de tous les responsables sur cette formation et dont les étudiants font partie. Il représente le principal moyen d'apprentissage pratique et de renforcement des capacités des étudiants, futurs médecins.

Au cours du stage hospitalier l'étudiant doit acquérir des connaissances dans le domaine du savoir faire "raisonnement clinique, gestes et habilités techniques" par le contact direct avec les pathologies courantes, les urgences et les soins globaux. Mais aussi, développer un savoir être " relation médecin malade et relation au sein de l'équipe soignante" face aux diverses situations imposées par des patients souffrants de différentes maladies et auxquelles l'étudiant doit réagir.

L'évaluation du stage hospitalier constitue 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(2).

La participation des étudiants constitue un des éléments fondamentaux pour la réussite de cette évaluation. Dans son guide 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 enseignement(3).

L'objectif de notre thèse s'inscrit dans cette perspective qui vise l'évaluation du stage hospitalier de la période d'externat (de la 3^e à la 6^e année de médecine générale) afin d'identifier les faiblesses pour les améliorer, les points de force pour les consolider et les menaces pour les éviter.



*MATERIEL
ET METHODES*

I. TYPE D'ÉTUDE:

Pour réaliser ce travail de recherche nous avons mené une enquête auprès des étudiants des deux dernières promotions d'internes des hôpitaux régionaux et provinciaux "2013–2014 – 2014–2015" afin d'obtenir des réponses de la part des étudiants ayant déjà effectué la totalité des stages hospitaliers d'externat, les stages de **3e**, **4e**, **5e** et **6e**. L'ensemble de ces deux promotions constituait un effectif total d'environ 754 personnes.

L'enquête est basée sur un questionnaire à 29 questions comportant 5 sections:

1. Caractéristiques des enquêtés:

- Âge ;
- Sexe ;
- Année d'admission.
- Statut marital / professionnel actuel
- Ville d'origine

2. Encadrement des étudiants au cours du stage hospitalier:

- Qualité de l'encadrement;
- Information préalable sur les objectifs cliniques;
- Méthodes de formation au cours du stage hospitalier;
- Méthodes pour contrôler la présence des étudiants;
- Méthodes d'évaluation au cours du stage hospitalier;
- Supervision clinique des étudiants ;
- Sources des Feedbacks;
- Validation des gestes pratiques;
- Services formateurs / NON formateurs;

3. Validation du stage hospitalier :

- Fréquence d'invalidation et nature des services invalidés ;
- Motifs d'invalidation ;

4. Caractéristiques du stage hospitalier:

- Durée des stages hospitaliers;
- Durée de la revalidation ;
- Répétition des stages hospitaliers.

5. Propositions et suggestions des étudiants concernant le stage hospitalier :

- Meilleures méthodes de formation au cours du stage hospitalier;
- Meilleures méthodes pour contrôler la présence des étudiants;
- Meilleures méthodes d'évaluation au cours du stage hospitalier;
- Stages nécessaires à la formation médicale ;
- Autres;

II. RECUEIL DE DONNÉES:

Le questionnaire a été rédigé sur la plateforme Google Forms afin de faciliter sa diffusion et l'analyse des réponses.

La diffusion du questionnaire a été effectuée par l'intermédiaire des groupes de réseaux sociaux fermés des deux promotions concernées.

Le questionnaire a été partagé à deux reprises, à 26 jours d'intervalle soit le **19 Avril 2021**, le **14 mai 2021**. Les réponses ont été closes 20 jours après la dernière relance.

L'étude a donc été menée sur une période d'un mois et demi.

III. ANALYSE DES RÉSULTATS:

Le questionnaire était consultable en ligne via l'application Google Forms.

Les résultats ont été enregistrés et analysés grâce au logiciel Excel avec réalisation d'une analyse descriptive (effectif, pourcentage et moyenne).

Notre plan d'analyse a suivi le plan du questionnaire soit une analyse descriptive des caractéristiques des répondants (effectifs et pourcentages) suivie d'une analyse descriptive des affirmations (analyse faite à partir des questions fermées), ainsi que celles des questions ouvertes concernant la précision des stages invalidés et les raisons de leurs invalidations et ceux considérés comme formateurs ou non formateurs et enfin une analyse des réponses recueillies à notre question ouverte concernant l'opinion générale des répondants et les éventuelles pistes d'amélioration des stages hospitaliers.

IV. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES:

Notre questionnaire ne recueille pas de données pouvant directement ou indirectement identifier nos répondants garantissant ainsi leur anonymat et la confidentialité tout au long de l'étude.



RÉSULTATS

I. NOMBRE DE RÉPONSES:

Les deux publications du questionnaire sur les groupes de réseaux sociaux fermés des deux promotions concernées par l'étude ont permis d'obtenir 194 réponses exploitables en totalité, soit 25.7% de l'ensemble de l'effectif de ces deux promotions.

II. PROFIL DE LA POPULATION INTERROGÉE:

Parmi les répondants on notait une majorité de sexe féminin: elles étaient 124 soit 63.9% contre 70 de sexe masculin, le sexe ratio H/F est de 0,56 (Figure 1).

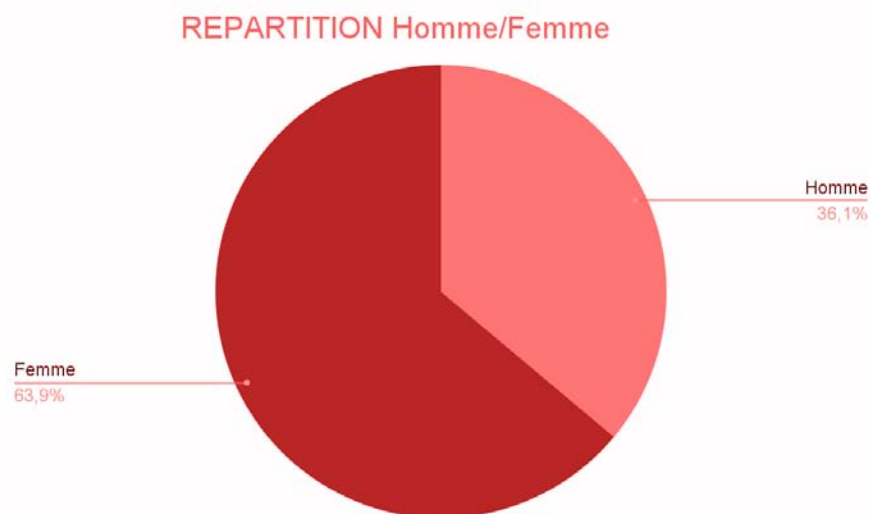


Figure 1 : Répartition des répondants selon le sexe

La moyenne d'âge des répondants était 26 ans avec des extrêmes allant de 22 à 30 ans (Figure 2).

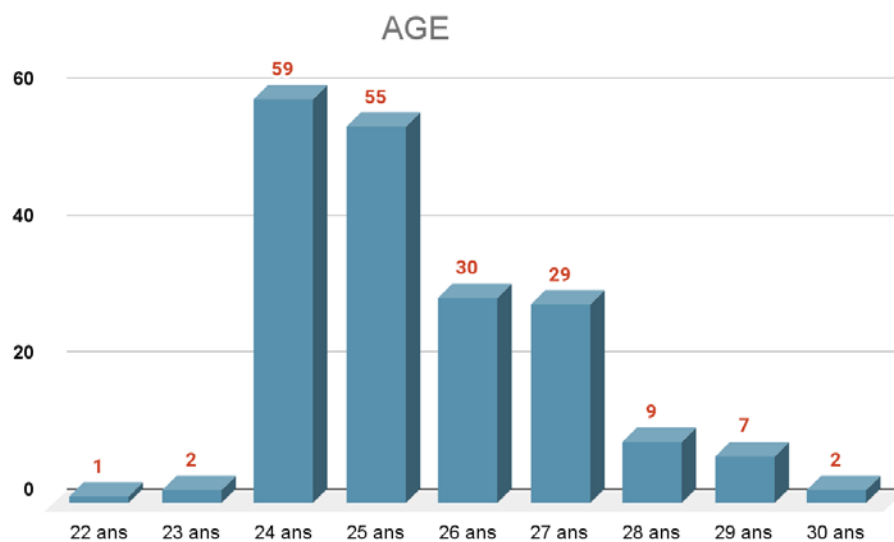


Figure 2 : Répartition des répondants selon l'âge

Concernant le statut professionnel actuel des répondants, on notait une prédominance des étudiants en 7e année à hauteur de 54.6% suivis par les médecins en instance de thèse à 28% (Figure 3).

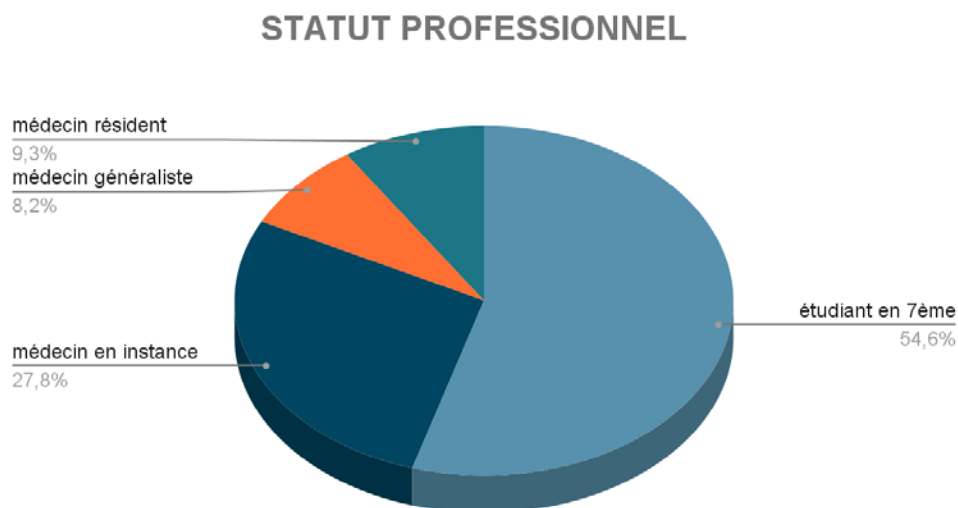


Figure 3 : Répartition des répondants selon le statut professionnel.

Sur l'ensemble de nos répondants 89 soit 45.9% ont été admis à la FMPM en 2014 suivis par l'année 2013 à 55 soit 28.3% (Figure 4).

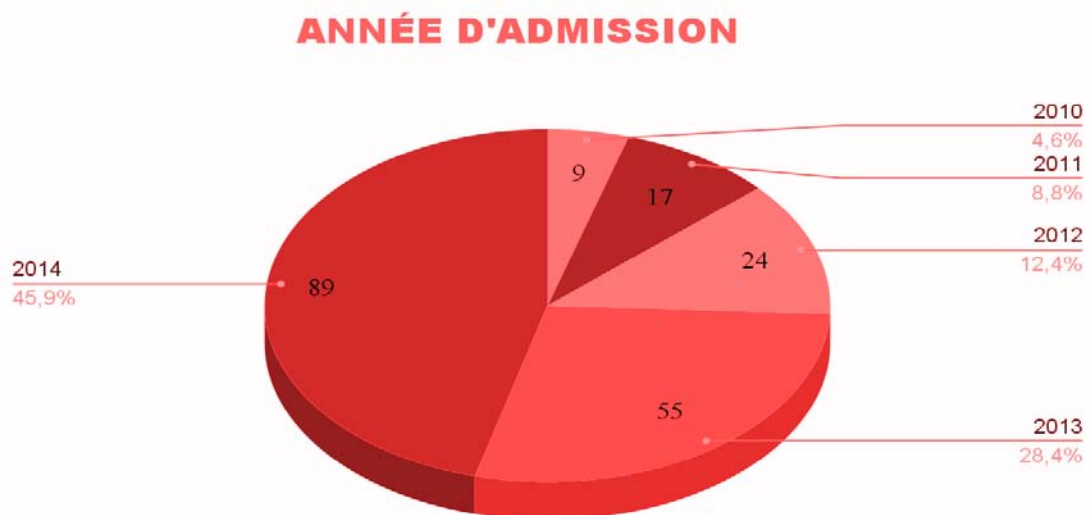


Figure 4 : Répartition des répondants selon leur année d'admission

Nos répondants étaient majoritairement célibataires: ils étaient 176 soit 90.7% contre 18 mariés soit 8.3% (Figure 5). On a constaté aussi que la plupart d'entre eux étaient originaires de la ville de Marrakech suivie par Agadir puis Béni Mellal, tandis que 7 étudiants n'ont pas précisé leur ville d'origine (Figure 6).

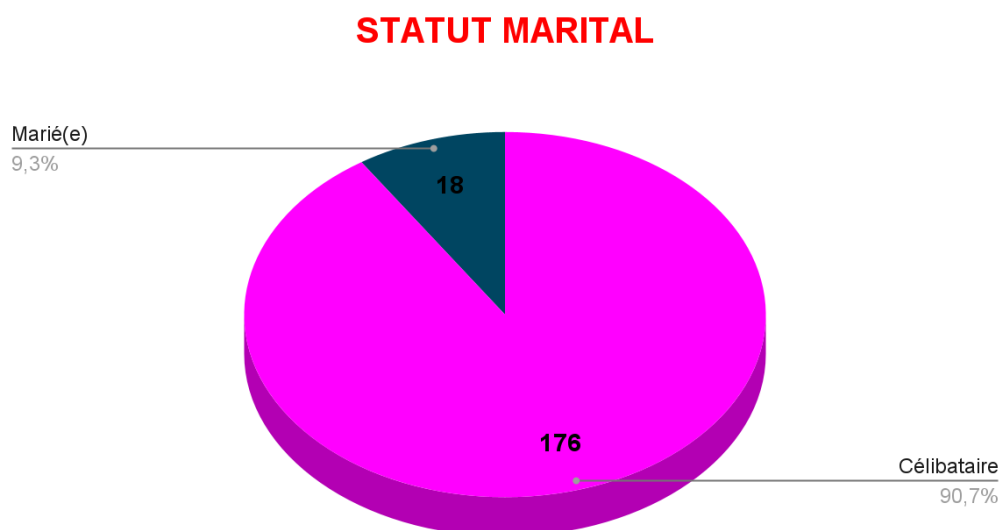


Figure 5 : Répartition des répondants selon le statut marital.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

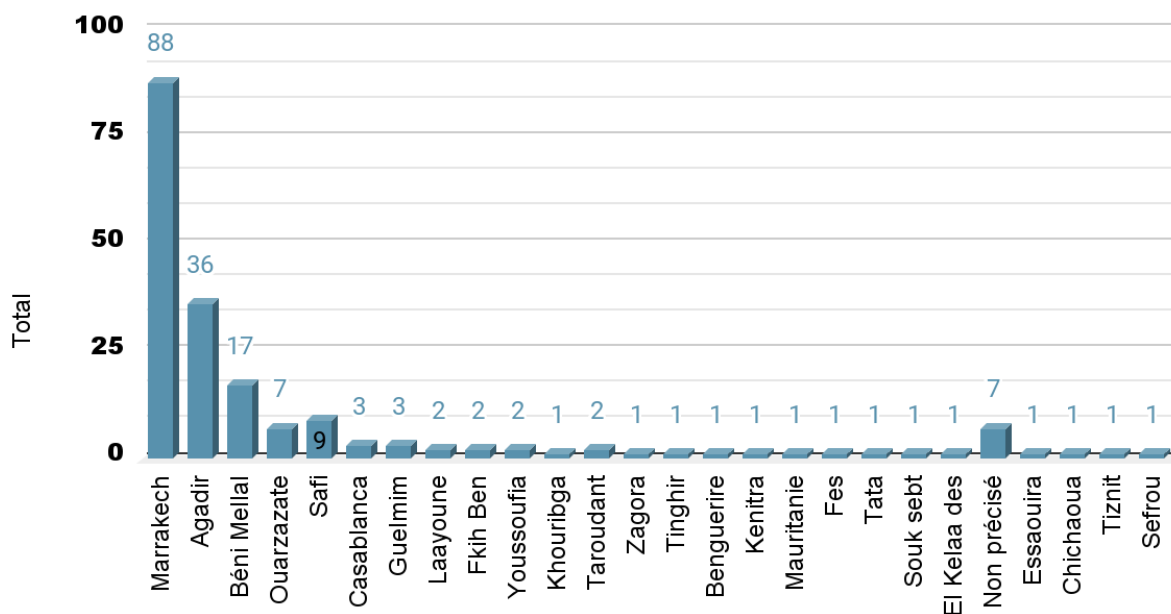


Figure 6 : Répartition des répondants selon leurs villes d'origine.

III. ENCADREMENT:

1. QUALITÉ DE L'ENCADREMENT:

La qualité de l'encadrement durant le stage hospitalier était jugée non satisfaisante pour la majorité des étudiants soit 82.5% entre eux contre seulement 17.5% qui estimaient que l'encadrement était satisfaisant (Tableau 1).

Tableau I : Qualité de l'encadrement durant le stage.

Qualité de l'encadrement	Nombre de cas	Pourcentage %
Très satisfaisante	0	0
Satisfaisante	34	17.5
Non satisfaisante	160	82.5

2. LE PROGRAMME DES OBJECTIFS CLINIQUES:

Sur l'ensemble des collègues interrogés 171 soit 88% affirmaient que le programme des objectifs n'était pas affiché au début du stage. En outre, ce programme ne semblait pas être respecté comme le confirment 99% des répondants (Tableau 2).

Tableau II : Programme des objectifs cliniques.

Réponse	Affichage		Respect	
	Fréquence	%	Fréquence	%
OUI	23	12	2	1
NON	171	88	192	99

3. SUPERVISION CLINIQUE ET FEEDBACKS:

La supervision clinique au cours des stages hospitaliers était essentiellement assurée par les résidents avec une moyenne de 56.9% sur les 5 activités proposées à nos répondants suivis par les professeurs à hauteur de 8.35% puis les internes à 7.4%(Figure 7).

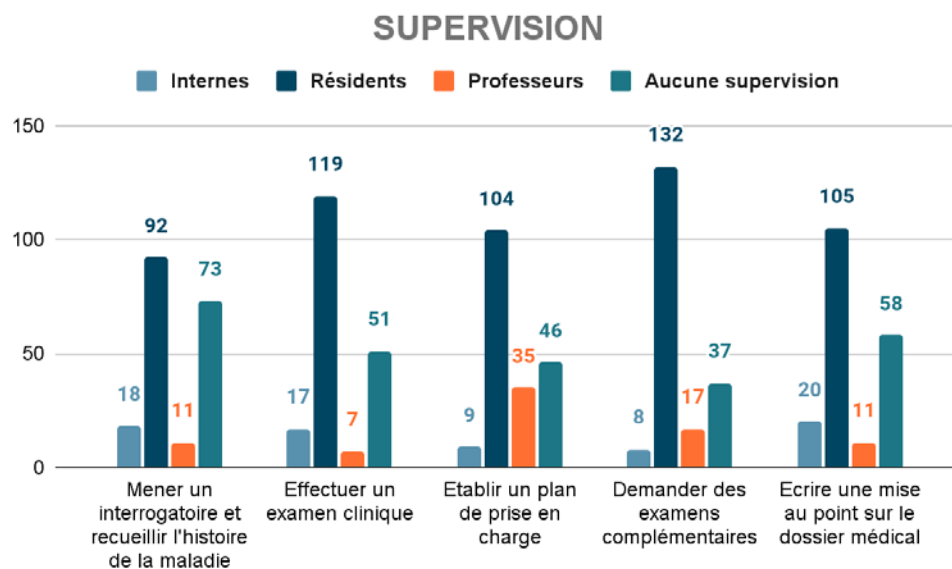


Figure 7 : Répartition des prestataires de soins impliqués dans la supervision clinique.

Les Feedbacks ont été principalement fournis par les résidents avec une moyenne de 58.7% suivis par les professeurs à 15.4% et les internes en dernier avec 7.4% (Figure 8).

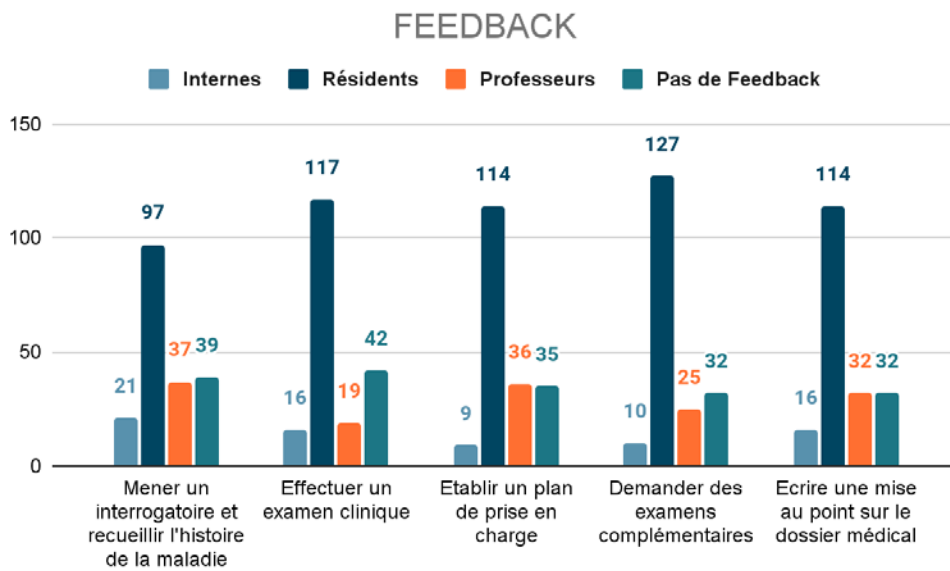


Figure 8 : Répartition des prestataires de soins impliqués dans les Feedbacks.

4. MÉTHODES DE CONTRÔLE DE LA PRÉSENCE DES ÉTUDIANTS DURANT LE STAGE HOSPITALIER:

La méthode de contrôle de la présence des étudiants la plus utilisée était la "signature de présence" soit 79.9% du total des réponses (Figure 9).

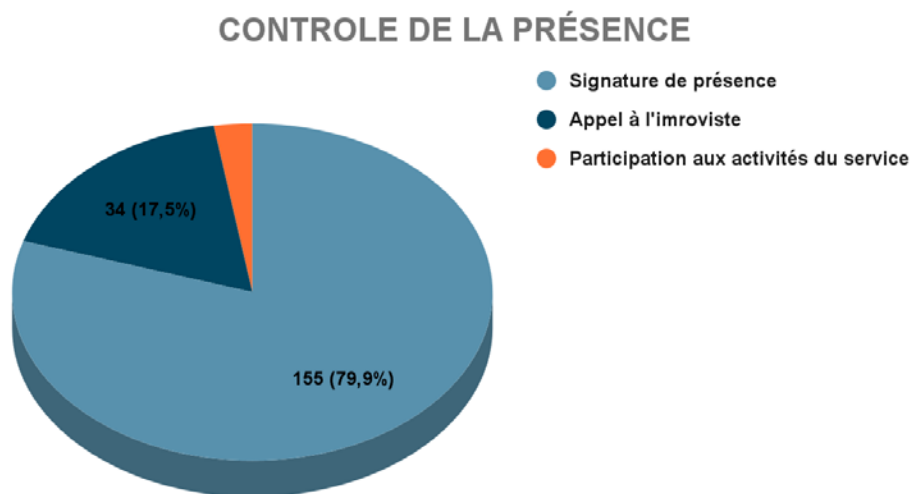


Figure 9 : Méthodes de contrôle de la présence des étudiants les plus utilisées.

La meilleure méthode de contrôle de la présence proposée par les répondants était la "participation aux activités du service" selon 154 d'entre eux soit 79.4% du total des réponses (Figure 10).

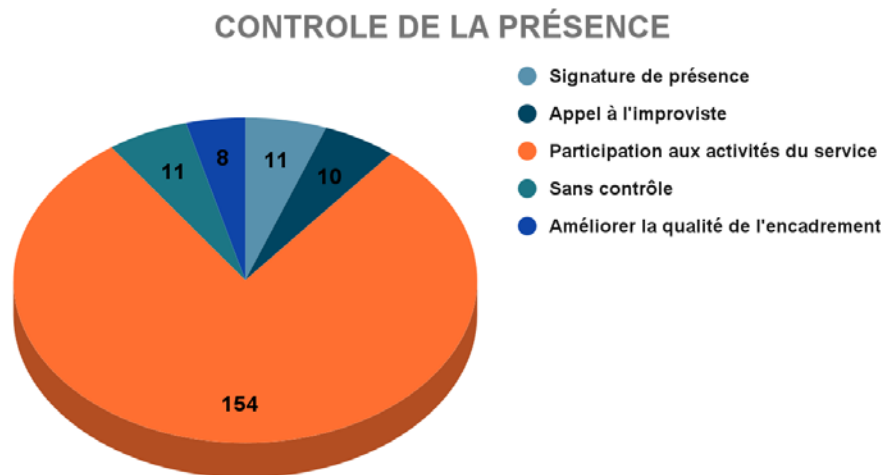


Figure 10 : Les meilleures méthodes de contrôle de la présence proposées par les étudiants.

5. MÉTHODES D'APPRENTISSAGE CLINIQUE DURANT LE STAGE HOSPITALIER:

Les méthodes d'apprentissage clinique les plus utilisées au cours du stage hospitalier étaient dominées par le triplet Topos (86.6%), Visites médicales-étude de dossier(72.2%), Staffs(64.9%) (Figure 11).

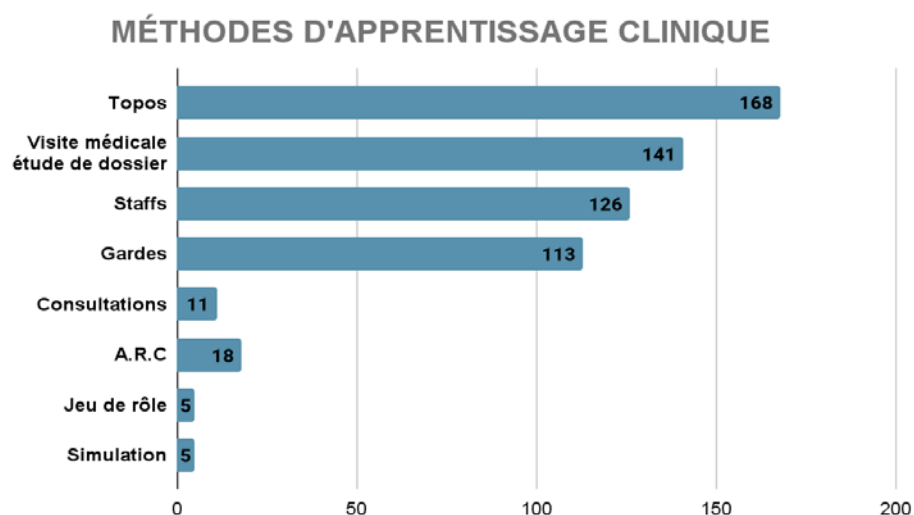


Figure 11 : Répartition des méthodes d'apprentissage clinique selon leur fréquence d'utilisation au cours du stage hospitalier.

Les meilleures méthodes d'apprentissage clinique proposées par les étudiants étaient le triplet: apprentissage par raisonnement clinique "A.R.C" (76.3%), Simulation (61.3%), Visites médicale-étude de dossier (43.3%)" (Figure 12).

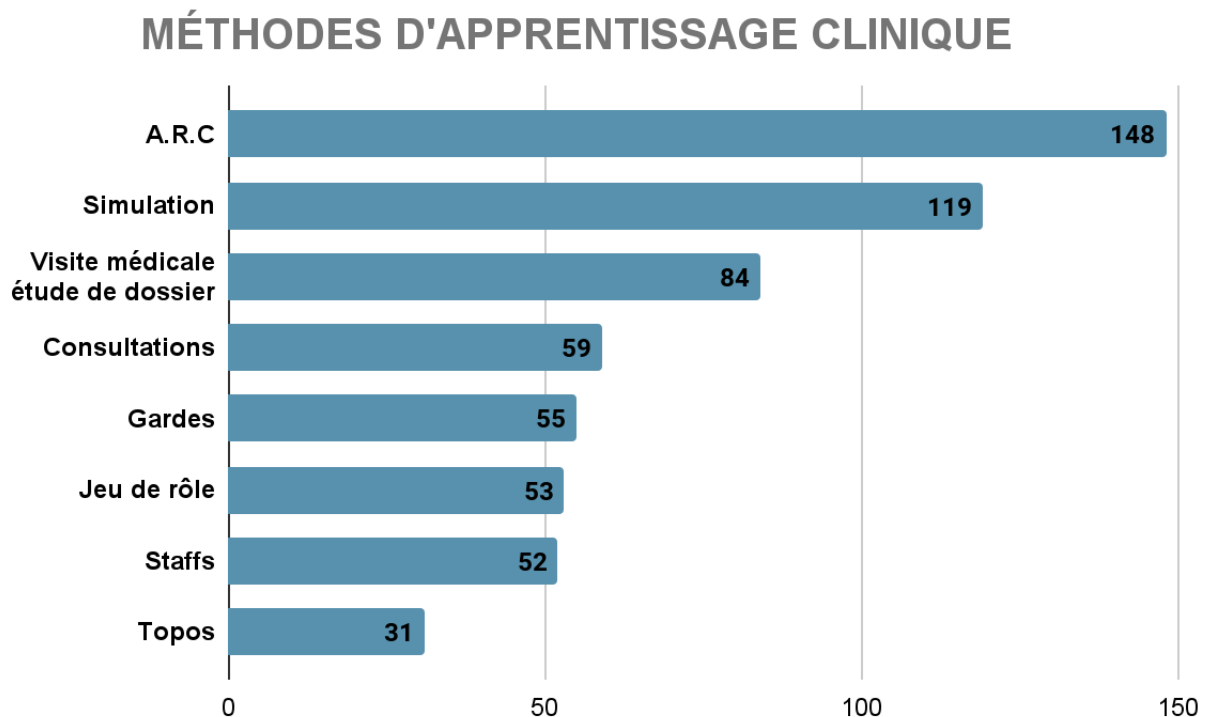


Figure 12 : Répartition des meilleures méthodes d'apprentissage clinique proposées par les étudiants.

6. MÉTHODES D'ÉVALUATION DES ÉTUDIANTS À LA FIN DU STAGE HOSPITALIER:

La méthode d'évaluation la plus utilisée durant le stage hospitalier était "l'examen écrit de fin de stage" avec un total de 126 réponses soit 64.9% (Figure 13).

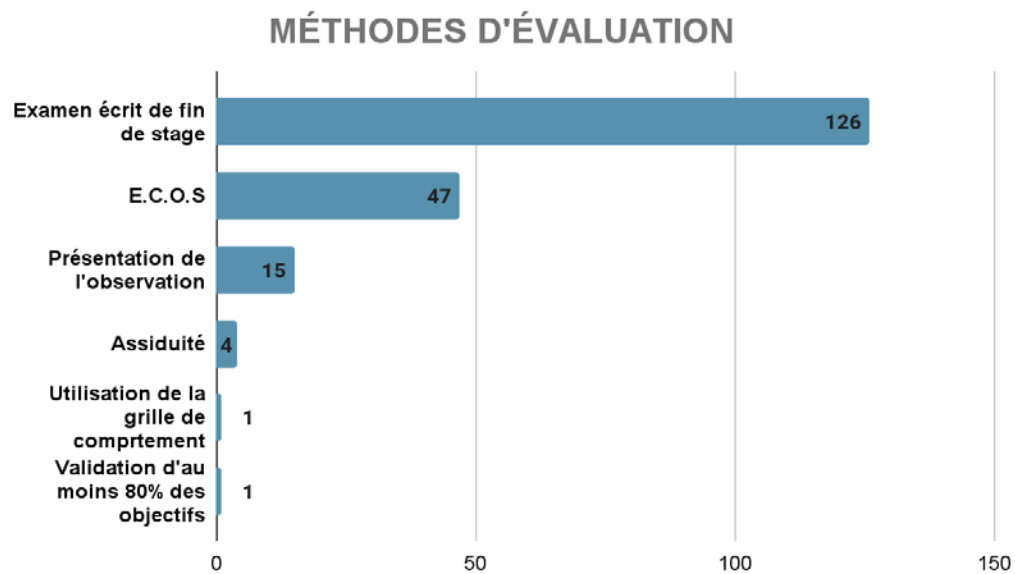


Figure 13 : Répartition des méthodes d'évaluation selon leur fréquence d'utilisation au cours du stage hospitalier.

La méthode considérée être la plus adaptée à l'évaluation des étudiants à la fin du stage hospitalier était l'examen clinique objectif structuré "E.C.O.S" avec un total de 100 réponses soit 51.5% (Figure 14).

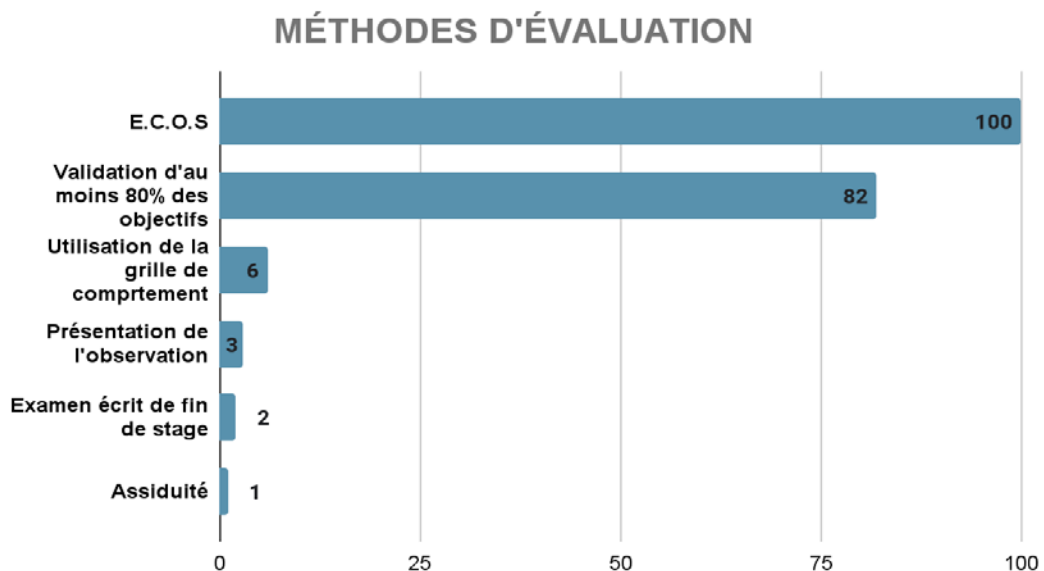


Figure 14 : Répartition des meilleures méthodes d'évaluation proposées par les étudiants.

IV. CARACTÉRISTIQUES DU STAGE HOSPITALIER:

1. DURÉE DU STAGE HOSPITALIER:

1.1.durée de validation:

La durée des stages hospitaliers était jugée longue pour 41,4% de nos répondants alors que 45.4% soit 88 répondants estimaient que cette durée était adéquate pour les différents passages aux services hospitaliers et 12.9% jugeaient que la durée des stages hospitaliers était courte et devrait être allongée (Figure 15).

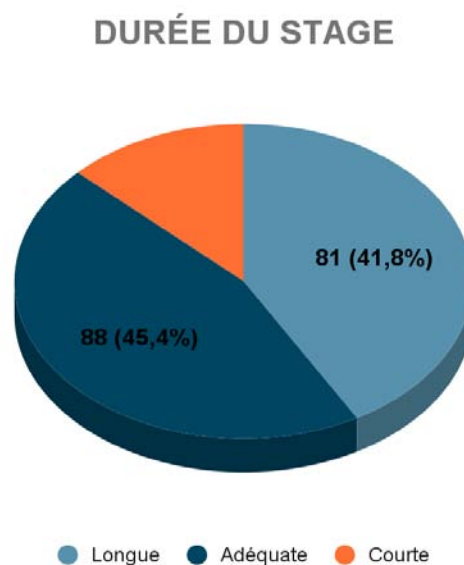


Figure 15 : Avis des répondants concernant la durée du stage hospitalier.

1.2.durée de revalidation:

La durée de revalidation des stages hospitaliers devrait être revue à la baisse pour 72.7% soit 141 répondants alors que 26.8% soit 52 répondants estimaient que cette durée devrait être maintenue en totalité tandis qu'une seule personne soit 0.5% suggérait d'allonger cette durée.

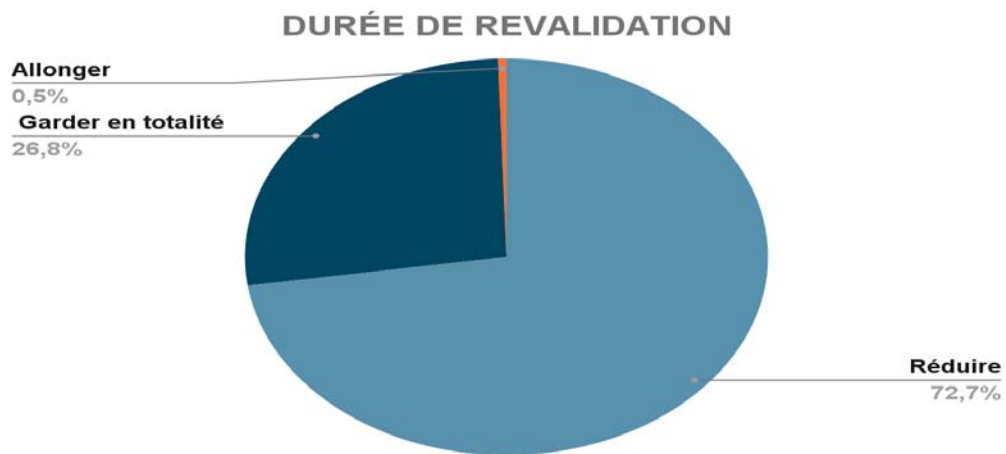


Figure 19 : Avis des répondants concernant la durée de revalidation.

2. RÉPARTITION DES STAGES HOSPITALIERS:

66 soit 43.9% des répondants ont refait quelques passages dans des services hospitaliers sans les avoir invalidés lors du premier passage, ils sont dominés par les services de chirurgie infantile et de pédiatrie avec respectivement 24% et 16.7% du total des réponses à cette question. Les services concernés sont représentés en termes de pourcentages au tableau ci-dessous (Tableau 3).

Tableau III : Services hospitaliers refaits par nos répondants.

SERVICES HOSPITALIERS	FRÉQUENCE	POURCENTAGE%
Chirurgie infantile	26	24
Pédiatrie	18	16.7
Traumatologie	13	12
Chirurgie viscérale	11	10.2
Néonatalogie	9	8.3
Urologie	8	7.4
Neurochirurgie	5	4.6
Endocrinologie	5	4.6
Réanimation pédiatrique	3	2.8
Pneumo-phtisiologie	3	2.8
Urgences pédiatriques	2	1.9
Neurologie	2	1.9
Médecine interne	2	1.9
Chirurgie plastique	1	0.9
TOTAL	108	100

3. LES SERVICES FORMATEURS:

Les services où nos répondants ont estimé avoir bénéficié d'un encadrement de qualité étaient essentiellement la Pédiatrie A et B avec 53.7% du nombre total des réponses, suivis par la Traumatologie A et B avec 35.2%, la Médecine interne avec 24% et l'oto-rhino-laryngologie "ORL" avec 18.5%.

Le taux de réponses sur cette question était de 83.5% soit 162 réponses, les services concernés sont représentés en termes de pourcentages au tableau ci-dessous (Tableau 4).

Tableau IV : Services formateurs selon l'avis de nos répondants.

SERVICES HOSPITALIERS	FRÉQUENCE	POURCENTAGE%
Pédiatrie A et B	87	53.7
Traumatologie	57	35.2
Médecine interne	39	24
ORL	30	18.5
Anesthésie-Réanimation	29	17.9
Endocrinologie	26	16
Neurologie	24	14.8
Maladies infectieuses	22	13.5
Endocrinologie	26	16
Gynécologie-Obstétrique	18	11.1
Rhumatologie	16	9.9
Radiologie	16	9.9
Hématologie clinique	15	9.3
Urgences pédiatriques	7	4.3
Maladies infectieuses	22	13.5
Hématologie clinique	15	9.3
Chirurgie maxillo-faciale	14	8.6
Pneumo-phtisiologie	12	7.4
Chirurgie infantile	12	7.4
Néonatalogie	12	7.4
Chirurgie viscérale	11	6.8
Neurochirurgie	10	6.2
Urologie	9	5.6
Dermatologie	8	4.9
Urgences pédiatriques	7	4.3
Chirurgie cardio-vasculaire	3	1.8
Chirurgie plastique	3	1.8
Oncologie pédiatrique	3	1.8
Chirurgie thoracique	2	1.2
Centre de santé	2	1.2
Biologie	2	1.2
Néphrologie	2	1.2
Aucun service	2	1.2
Gastro-Entérologie	1	0.6

4. LES SERVICES NON FORMATEURS:

Les services où nos répondants se sentaient mal encadrés sont principalement représentés par: la Gynécologie –obstétrique avec 37.9% du nombre total des réponses, la Cardiologie avec 25%, l'Ophtalmologie avec 17.8% et la Chirurgie viscérale ainsi que la Psychiatrie avec 16.1%.

Le taux de réponses sur cette question était de 63.9% soit 124 réponses, les services concernés sont représentés en termes de pourcentages au tableau ci-dessous (Tableau 5).

Tableau V : Services non formateurs selon l'avis de nos répondants.

SERVICES HOSPITALIERS	FRÉQUENCE	POURCENTAGE%
Gynécologie-Obstétrique	47	37.9
Cardiologie	31	25
Ophtalmologie	22	17.7
Chirurgie viscérale	20	16.1
Psychiatrie	20	16.1
Urologie	19	15.3
Oncologie médicale	19	15.3
Anesthésie-Réanimation	19	15.3
Chirurgie infantile	18	14.5
Pneumo-phtisiologie	16	12.9
Gastro-Entérologie	16	12.9
Neurochirurgie	15	12.1
Médecine interne	13	10.5
Radiologie	12	9.7
Chirurgie cardio-vasculaire	12	9.7
Néonatalogie	11	8.9
Traumatologie	10	8
Biologie	8	6.4
Chirurgie maxillo-Faciale	7	5.6
Pédiatrie A et B	7	5.6
Chirurgie thoracique	7	5.6
Dermatologie	7	5.6
Endocrinologie	7	5.6
Néphrologie	7	5.6
Tous les services	6	4.8
Neurologie	4	3.2
Services de l'HMA	4	3.2
Chirurgie thoracique	7	5.6
Chirurgie plastique	3	2.4
Maladies infectieuses	3	2.4
Oncologie pédiatrique	2	1.6
Rhumatologie	1	0.8
ORL	1	0.8
Centre de santé	1	0.8

5. SERVICES NÉCESSAIRES À LA FORMATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE:

Les services choisis par les répondants comme étant nécessaires à la formation d'un médecin généraliste étaient principalement les services de Pédiatrie, Gynécologie-obstétrique, Cardiologie, Traumatologie, Gastrologie et l'anesthésie-réanimation puisqu'ils occupaient une grande importance dans les choix des répondants soit respectivement : 58.2%, 53.9%, 37%, 26.1% , 25.5% et 22.4%.

Le taux de réponse sur cette question était de 85% soit 165 réponses qui sont rapportées en termes de pourcentage sur le tableau suivant (Tableau 6).

Tableau VI : Stages nécessaires à la formation des médecins généralistes selon les répondants.

SERVICES HOSPITALIERS	FRÉQUENCE	POURCENTAGE%
Services Pédiatriques	96	58.2
Gynécologie-Obstétrique	89	53.9
Cardiologie	61	37
Traumatologie	43	26.1
Gastro-Entérologie	42	25.5
Anesthésie-Réanimation	37	22.4
Pneumo-phtisiologie	33	20
Endocrinologie	32	19.4
Chirurgie viscérale	30	18.2
Urgences	24	14.6
Endocrinologie	32	19.4
Urgences	24	14.6
Dermatologie	22	13.3
Centre de santé	17	10.3
Tous les services	13	7.9
Psychiatrie	11	6.7
ORL	10	6
Rhumatologie	10	6
Radiologie	9	5.5
Médecine interne	9	5.5
Neurologie	9	5.5
Maladies infectieuses	4	2.4
Hématologie clinique	4	2.4
Ophtalmologie	4	2.4
Neurochirurgie	3	1.8
Urologie	3	1.8
Chirurgie maxillo-Faciale	1	0.6
Néphrologie	1	0.6
Aucun service	1	0.6

V. VALIDATION DU STAGE HOSPITALIER:

1. NOMBRE D'INVALIDATIONS DES STAGES:

99 répondants déclaraient n'avoir jamais invalidé un stage soit 51% du nombre total de réponses, alors que 95 étudiants ont un nombre de stages invalidés variant entre 1 et plus de 5 stages (Tableau 7).

Tableau VII : Nombre d'invalidations des stages hospitaliers.

NOMBRE D'INVALIDATIONS	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
0 (pas de stage invalidé)	99	51
1	53	27.3
2	21	10.8
3	4	2.1
4	2	1
5 ou plus	15	7.7

2. MOTIFS D'INVALIDATION:

Les principaux motifs de l'invalidation selon nos répondants étaient: l'accumulation de 3 absences avec 43.4% de la totalité des réponses, l'abandon pour la préparation du concours d'internat avec 30.3% et le conflit avec un membre du personnel médical à 10.5%.

Les autres raisons d'invalidation étaient: la peur du Covid 19, problèmes de santé, évaluation de fin de stage non validée et le manque d'objectifs validés (Tableau 8).

Tableau VIII : Motifs d'invalidations des stages hospitaliers.

MOTIFS D'INVALIDATION	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
3 Absences ou plus	33	43.4
Abandon pour préparation du concours d'internat	23	30.3
Conflit avec un membre du personnel médical	8	10.5
Problème de santé	3	3.9
Évaluation de fin de stage non validée	3	3.9
Peur du Covid 19	2	2.6
Abandon pour préparation des examens partiels ou rattrapage	2	2.6
Manque d'objectifs validés	1	1.3
Raisons personnelles	1	1.3
TOTAL	76	100

3. LES SERVICES INVALIDÉS:

Les services ayant un taux d'invalidation important étaient principalement représentés par la Gynécologie-obstétrique de l'hôpital mère-enfant avec 15 invalidations soit 15.3% du total des invalidations de l'ensemble des réponses de cette question, suivi par la Pédiatrie A avec 7.1% puis les services de Pédiatrie B, chirurgie infantile A et la Néonatalogie avec 6.1% chacun.

Le taux de réponses de cette question était de 43.3% soit 84 réponses, les services concernés ainsi que les structures sanitaires dont ils appartiennent sont représentés en termes de pourcentages au tableau ci-dessous (Tableau 9).

Tableau IX : Répartition des stages invalidés selon leur hôpitaux de référence.

SERVICES HOSPITALIERS	STRUCTURE HOSPITALIÈRE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE %
Gynécologie-Obstétrique	Mère-Enfant	15	15.3
Pédiatrie A	Mère-Enfant	7	7.14
Pédiatrie B	Mère-Enfant	6	6.12
Chirurgie infantile A	Mère-Enfant	6	6.12
Néonatalogie	Mère-Enfant	6	6.12
Néphrologie	Arrazi	4	4.08
Centre de santé	C/S	4	4.08
Neurologie	Arrazi	4	4.08
Anesthésie-Réanimation pédiatrique	Mère-Enfant	4	4.08
Oncologie médicale	Centre Hemato-onco	3	3.06
Oncologie pédiatrique	Mère-Enfant	3	3.06
Chirurgie infantile B	Mère-Enfant	3	3.06
Urologie	Arrazi	2	2.04
Chirurgie maxillo-Faciale	Ibn Tofail	2	2.04
Traumatologie A	Ibn Tofail	2	2.04
Chirurgie thoracique	Arrazi	2	2.04
Neurochirurgie	Ibn Tofail	2	2.04
Pneumo-phtisiologie	Arrazi	2	2.04
Gastro-Entérologie	Arrazi	2	2.04
Cardiologie	Arrazi	2	2.04
Endocrinologie	Arrazi	2	2.04
Urgences pédiatriques	Mère-Enfant	2	2.04
Rhumatologie	Arrazi	1	1.08
Anesthésie-Réanimation	Arrazi	1	1.02
Chirurgie cardio-vasculaire	Arrazi	1	1.02
Chirurgie plastique	Arrazi	1	1.02
Chirurgie viscérale	Arrazi	1	1.02
Traumatologie B	Arrazi	1	1.02
Chirurgie cardio-vasculaire	HMA	1	1.02
Médecine interne	Arrazi	1	1.02
Dermatologie	Arrazi	1	1.02
Néphrologie	HMA	1	1.02
Neurochirurgie	HMA	1	1.04

4. GESTES PRATIQUES VALIDÉS:

Les gestes élémentaires de soins infirmiers étaient validés par la majorité de nos répondants soit une moyenne de 93.4% du nombre total de réponses suivies par les gestes d'urgence avec 78.25%.

On constate que les gestes spécialisés n'étaient validés que par 37.8% de nos répondants, le tableau ci-dessous présente les gestes validés en termes de pourcentage (Tableau 10).

Tableau X : Gestes pratiques validés par les répondants.

GESTES PRATIQUES MÉDICAUX	FRÉQUENCE DE VALIDATION	POURCENTAGE%
I. Soins infirmiers		
Pansements	176	90.7
Prélèvement	187	96.4
Injections	181	93.3
Sutures	179	92.3
VVP	183	94.3
Moyenne	181.2	93.4
II. Gestes d'urgence		
Broncho-aspiration	118	60.8
Sondage gastrique	143	73.7
Sondage urinaire	167	86.1
Oxygénation	173	89.2
Nébulisation	158	81.4
Moyenne	151.8	78.25
III. Autres gestes (spécialisés)		
Ponction Pleurale	34	17.5
Ponction d'ascite	68	35
Épisiotomie	80	41.2
Intubation	38	19.6
Électrocardiogramme "ECG"	157	80.9
Ponction lombaire	63	32.5
Moyenne	73.3	37.8

VI. SUGGESTION DES RÉPONDANTS POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DU STAGE HOSPITALIER:

Le changement des méthodes d'apprentissages utilisées aux services hospitaliers était un point essentiel parmi les propositions des répondants: "moins de topos pour plus de séances d'ARC et de simulation" avec un planning affiché préalablement tout en instaurant une meilleure ambiance d'apprentissage entre les différents intervenants du stage.

La présence des enseignants pour la supervision des étudiants durant les activités du service est nécessaire à l'amélioration de la qualité de formation des externes.

Créer des mini-groupes d'étudiants dans les services hospitaliers pris en charge exclusivement par un résident ou un professeur ainsi que la réduction du nombre global des externes par service améliorera la qualité de l'encadrement.

Une formation centrée sur des objectifs clairs dès le début des stages et qui répondent aux besoins du médecin généraliste.

Rendre le passage en consultation et aux services des urgences obligatoire pour favoriser l'apprentissage des réflexes de la médecine ambulatoire et d'urgence.

Améliorer les conditions de la formation médicale au sein des services hospitaliers en créant des salles adaptées de simulation, d'A.R.C et de jeu de rôle.

Mettre en place une salle de repos où les externes peuvent y laisser leurs affaires en toute sécurité et se reposer pendant les gardes.

Réduire la durée des stages hospitaliers au profit de passages plus variés et enfin minimiser les tâches inutiles confiées aux externes.



DISCUSSION

I. HISTOIRE DE LA FORMATION MÉDICALE:

1. HISTOIRE DE LA FORMATION MÉDICALE AU MONDE:

L'histoire de la formation médicale remonte à des époques tellement éloignées qu'il serait illusoire de vouloir en faire une étude exhaustive. Très tôt cependant, on s'est préoccupé de la qualité de l'enseignement médical. Dans l'Égypte ancienne, on avait rattaché aux temples des écoles spécialisées pour la formation médicale. Au temps de la domination perse, le premier médecin du pays, User-Horresinet, se vit confier le mandat d'améliorer une école de médecine.

Dans l'Inde ancienne, le maître et l'étudiant se devaient un profond respect; un même professeur ne pouvait recevoir que de quatre à six étudiants. Lorsque le maître était satisfait de la formation d'un élève, il soumettait sa candidature au gouvernant local, dont l'approbation était nécessaire pour que le médecin puisse exercer son art.

Chez les Grecs, l'étudiant acquérait sa formation médicale par compagnonnage, chez les Romains, la formation médicale s'acquérait aussi par compagnonnage. L'empereur Sévère Alexandre (222-235 ap.J.C.) promulgua des lois régissant la formation médicale. Des écoles furent créées et l'enseignement dispensé au chevet du malade devint obligatoire.

Chez les Arabes, la médecine se développa à partir du IX^e siècle en tant que pensée scientifique, vivante et novatrice. Elle était alors enseignée par ceux-là mêmes qui furent les artisans de cet essor intellectuel, l'acquisition du savoir médical reposait donc largement sur un enseignement magistral qu'appuyaient la lecture, le commentaire et la mémorisation d'ouvrages entiers(4).

Le Moyen Âge vit apparaître les universités et leurs facultés de médecine:

- Salerne en Italie: la Schola Medica Salernitana, aux environs du IX^e siècle suivie par celle de Bologne en 1188(4).
- En France, Paris ne comptait qu'une demi-douzaine de médecins au XIII^e siècle, la faculté de médecine de Paris fut créée vers 1274 précédée par celle de Montpellier inaugurée en 1220(5,6).

Le médecin du Moyen Âge devint un académicien, un penseur éloigné du quotidien de la population malade. La formation médicale conservera la même orientation jusqu'au XVII^e siècle(4).

1.1.Aux États-Unis

La première faculté de médecine nord-américaine ouvrit ses portes en 1765 à Philadelphie. On y recevait des étudiants qui avaient terminé la période de compagnonnage qui débutait en principe avant l'âge de 16 ans et durait de 5 à 7 ans. Deux ans plus tard, une école de médecine était ouverte à New York, jusqu'en 1812, les écoles de médecine étaient liées soit à des universités ou collèges, soit à des sociétés médicales. On vit par la suite apparaître des écoles de médecine dites privées, vers 1876 environ 64 écoles ont été créées. La plupart des écoles de médecine n'avaient pas de lien hospitalier. Il était donc possible, jusqu'au début du XX^e siècle, d'acquérir une formation médicale sans être allé dans un hôpital(7).

1.2.Au Canada

La formation par compagnonnage était fréquente et reconnue. Ainsi, une loi québécoise de 1788 recommandait que soient admis pour examen les candidats diplômés d'une université reconnue ou les candidats ayant fait cinq années de compagnonnage avec un médecin du pays(7).

1.3.En France

Jusqu'au XVIII^e siècle, l'enseignement pratique au lit du malade fut complètement négligé. Il n'y avait globalement pas de stage obligatoire ou d'exercices pratiques organisés. Quelques maîtres dispensaient plus volontiers des leçons durant leurs visites dans les hôpitaux mais la médecine était considérée comme un art, non comme un métier. De fait, les cours magistraux étaient la règle(8).

Quelques exceptions existaient néanmoins. À Montpellier, depuis le XIII^e siècle, les futurs licenciés et docteurs devaient effectuer un stage d'observation à l'hôpital ou en ville chez un

docteur. À Paris, ce fut le cas à partir du XIV^e siècle. Il n'existe pas de trace formelle cependant d'un enseignement pratique de la médecine.

L'Édit Royal de Marly de 1707 rendit obligatoire à toutes les facultés ce « stage ». Ce texte réorganisa les études de médecine, en réservant aux facultés le droit de former les médecins. Il autorisa également l'accès aux cadavres pour les dissections(9,10).

C'est à l'époque de la révolution sous l'égide de Napoléon Ier et sur l'idée de Chaptal, le 10 février 1802, que furent créés l'Internat et l'Externat. À partir de ce moment, deux parcours d'enseignement vont exister jusqu'en 1958(11).

Les concours de l'externat ouvraient la porte aux stages formateurs, avec une certaine responsabilité : responsabilité diagnostique. Les non-externes, recalés aux concours ou ne le passant pas, étaient accueillis dans les hôpitaux comme stagiaires, avec un rôle très passif. À cette époque, on pouvait être médecin sans avoir jamais examiné un patient.

L'internat étant accessible uniquement aux anciens externes afin d'améliorer leurs qualifications. La durée de l'internat était limitée à 4 ans.

Ces deux concours (l'internat et l'externat) étaient synonymes d'élite et de qualité de la formation qu'ils confèrent. Les titres : interne et externe pouvaient ainsi être inscrits sur les ordonnances et donnaient un gage de qualité aux médecins exerçants.

Suite aux événements de mai 1968 enclenchés par une révolte de la jeunesse étudiante parisienne, le concours de l'externat fut supprimé, et tous les étudiants en médecine suivirent la formation pratique de qualité qu'est l'externat, devenue obligatoire.

En novembre 1968, loi n° 68-978 sur l'enseignement supérieur, dite loi E. Faure, est promulguée. Elle donne une autonomie aux universités et confirme la suppression de l'externat, avec l'organisation de stages accessibles à tous(12).

2. HISTOIRE DE LA FORMATION MÉDICALE AU MAROC:

L'histoire de la médecine et de la formation médicale au Maroc a été marquée par de nombreux tournants depuis l'époque de l'occupation Phénicienne et Romaine en passant par les différentes dynasties des Idrissides puis celles des Almorávides et Almohades, Mérinides, Saadiens et Alaouites jusqu'à l'avènement du protectorat français.

L'enseignement de la médecine au Maroc a vu le jour à Marrakech, Tanger et Fès, une bibliothèque consacrée aux livres de médecine fut créée par Yacoub El Mansour à Marrakech ainsi qu'un hôpital appelé la maison de la miséricorde ou "Dar El Faraj ", dédié aux soins de la population et à la formation des médecins, qui a été évoqué par plusieurs historiens marocains dont El Mourrakouchi. Tandis qu'à Fès l'université Al Qaraouiyine a connu ses moments de gloire en étant la première université à délivrer des "Ijaza"ou diplômes à ses étudiants, Il faut signaler que la culture médicale tendait à devenir essentiellement marocaine. Le roi médecin Moulay Errachid assistait aux cours enseignés à l'université Al Qaraouiyine et encourageait la recherche en accordant aux étudiants des bourses d'étude. Moulay Ismael a réorganisé l'université Al Qaraouiyine en titularisant les professeurs et en légalisant les diplômes dont celui de la médecine . C'est ainsi que l'enseignement relevait du "qadi", qui était en quelque sorte recteur de l'université. C'est lui qui conférait, après consultation des autres professeurs, le droit de se servir du Koursi ou chaire des futurs enseignants. Le Qadi assistait de temps en temps au cours des professeurs pour contrôler la qualité de leurs connaissances.

Mais dès 1823, le Maroc connut une période de troubles, c'était l'époque du déclin scientifique et médical qui va laisser place à la thérapeutique religieuse et "magico – sorcellaire". La Mosquée Al Qaraouiyine cessa d'enseigner la médecine et le dernier diplôme a été délivré par cette université en 1893. Il restait deux foyers où se maintenait l'enseignement de l'art de guérir à Taghzoute et dans la médersa Ben Youssef à Marrakech(13).

Avant et pendant le protectorat français on assista au Maroc à la naissance et au développement de la médecine moderne grâce aux médecins français, militaires, et aux

médecins marocains formés en France, à cette époque le rôle assigné à l'action médicale et aux médecins dans l'installation de l'occupation fut reconnu dans la stratégie d'ensemble. Dès le départ, Lyautey assigna un rôle prépondérant aux médecins: "...un médecin est plus important qu'un bataillon", avait-il l'habitude de dire(14).

Après l'indépendance, la première faculté de médecine au Maroc fut créée à Rabat au 16 octobre 1962 et la formation médicale pratique se faisait au CHU Avicenne, la deuxième faculté de médecine a été fondée à Casablanca en 1975 et la formation pratique prenait lieu essentiellement au CHU Ibn Rochd et l'hôpital 20 août. Dans l'objectif d'augmenter le nombre de médecins formés au royaume le gouvernement marocain a décidé de créer d'autres facultés de médecine, les deux premières facultés ont vu le jour en 1999 à Marrakech(FMPM) et à Fès(FMPF) avec création du CHU Mohammed VI et du CHU Hassan II. En 2007 et dans l'optique d'atteindre 3300 médecins par an à partir de 2020 (15), on décida d'élargir la capacité d'accueil des anciennes facultés de médecine et de créer de nouvelles facultés dont celle de Oujda(FMPO) en 2008 avec création du CHU Mohammed 6 puis celles de Tanger et Agadir (FMPT/FMPA) en 2016. On assista également à la naissance des facultés de médecine privées dès 2014 à Rabat avec la faculté de médecine Abulcasis adossée à l'hôpital Universitaire International Cheikh Zaid, à Casablanca l'Université Mohammed VI des Sciences de la Santé(UM6SS) avec création de l'hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid et à Marrakech la Faculté Privée de Médecine de Marrakech de l'Université Privée de Marrakech (UPM) en 2018.

II. ASPECT LÉGISLATIF DE LA FORMATION MÉDICALE:

La formation médicale pratique est régie par le décret ministériel n° 2-91-527 du 21 kaada 1413 (13 mai 1993) relatif à la situation des externes, des internes et des résidents des centres hospitaliers ainsi que le règlement intérieur propre à chaque faculté(16).

1. Décret n° 2-91-527 :(17)

Le premier chapitre de ce décret est réservé exclusivement aux dispositions réglementaires relatives au stage hospitalier des "externes" en médecine générale :

ART. 2. Les étudiants en médecine ont d'office la qualité d'externes :

- À partir de la troisième année du régime de leurs études.

Les externes de médecine exercent leurs fonctions à temps partiel jusqu'à la fin de la cinquième année et à temps plein durant la sixième année d'études médicales.

ART. 3. Les externes exercent leurs fonctions sous la responsabilité des professeurs chefs de services hospitaliers et des directeurs de stages qui définissent leurs activités. Celles-ci consistent notamment :

- Pour la formation médicale et odontologique à prendre les observations médicales, à participer aux soins et à assurer un service de garde ;

ART. 4. - La présence des externes dans les lieux des stages est obligatoire selon un calendrier fixé par le doyen de la faculté concernée :

1- tous les jours ouvrables ;

2- aux jours et heures où ils figurent sur la liste de garde. Ils sont soumis en ce qui concerne l'assiduité et la ponctualité au contrôle du chef de service hospitalier ou du directeur de stage. La validation des stages est prononcée par le professeur chef de service hospitalier ou, le cas échéant, par le directeur de stage.

ART. 5. - Les externes sont affectés dans les services hospitaliers par le directeur du centre hospitalier sur proposition du doyen de la faculté concernée et après avis de la commission pédagogique.

ART. 6. Les externes reçoivent du ministère de la santé publique une indemnité de fonction aux taux mensuels ci-après :

- 630 DH pour les externes en 3e, 4e, 5e et 6e années des études.

En cas de redoublement de l'externe l'indemnité visée au présent article n'est allouée que pour une année supplémentaire.

Ces taux peuvent être modifiés par arrêté du ministre de la santé publique, visé par le ministre des finances et le ministre chargé des affaires administratives.

ART. 7. Les externes ont droit à un mois de congé par an pendant lequel ils perçoivent l'indemnité de fonction prévue à l'article 6 ci-dessus. La date de départ en congé est fixée par le directeur du centre hospitalier sur proposition du professeur chef de service hospitalier et du doyen de la faculté concernée.

Le quatrième chapitre du décret concerne les dispositions communes:

ART. 29. – Les externes, les internes et les résidents civils et militaires des centres hospitaliers sont soumis aux dispositions du règlement intérieur de l'établissement où ils sont affectés.

Les externes sont régis en matière disciplinaire par les dispositions du décret n° 2-75-664 du 11 chaoual 1395 (17 octobre 1975) relatif au conseil de discipline concernant les étudiants.

ART. 34. – Les maladies professionnelles sont couvertes par une assurance contractée par le centre hospitalier concerné.

ART. 35. – Les maladies et accidents n'entraînant pas d'incapacité permanente sont soignés gratuitement dans les centres hospitaliers.

2. Règlement intérieur de la FMPM:(16)

Le déroulement du stage hospitalier doit respecter les articles figurant sur la rubrique de la formation pratique:

Article 84 : Les stages hospitaliers sont obligatoires. Ils sont introduits dès la fin de la 1^{ère} année des études médicales.

Article 85 : Ils sont destinés à former sur le plan pratique les étudiants en médecine dans les centres hospitaliers universitaires et dans les formations sanitaires agréées dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur.

Article 86 : L'Administration met à la disposition des étudiants au début de chaque année universitaire par affichage la répartition des groupes de stages, les dates des différents stages et leur nature.

Article 87 : Les étudiants doublant sont astreints aux mêmes stages que les étudiants de la nouvelle promotion, même si ces stages ont été validés.

Article 88 : Avant le début des stages, l'étudiant doit avoir subi les vaccinations obligatoires. Il doit par ailleurs porter une blouse blanche de médecin, propre. Le port du badge de l'externe est obligatoire au cours de l'activité hospitalière.

Article 89 : Le carnet de stages dûment rempli sera exigé lors des examens de synthèse clinique et thérapeutique.

Article 90 : La présence durant le stage est obligatoire, tous les matins du Lundi au Vendredi. Trois absences non justifiées invalident le stage.

Article 91 : Le passage d'année en année est subordonné à la validation des stages. Le crédit d'un stage est accordé à l'étudiant. Il doit être rattrapé avant l'admission au stage d'internat.

Article 92 : La validation des stages d'externat se fera au cours d'une délibération, au plus tard une semaine après la fin du stage. Elle repose sur :

- Le nombre d'absences
- L'évaluation du comportement (grille de comportement),
- La note de l'examen de fin de stage, sous forme d'évaluation pédagogique
- La note de validation des objectifs de stage: validation de 60% au moins des objectifs.

- Une note attribuée à la tenue, au contenu et à la qualité de l'observation médicale des malades dont l'externe est responsable.

Article 93 : Les externes n'ont droit qu'à un mois de congé par an (mois d'août).

Article 94 : Le stage de soins infirmiers se déroule les matinées, durant les mois de juillet ou d'août après la réussite aux examens de première année. Ce stage se déroule dans les services hospitaliers universitaires, les dispensaires et les centres de santé agréés.

Le stage de séméiologie se déroule les matinées, durant les mois de juillet ou d'août, après la réussite aux examens de deuxième année. Ce stage se déroule dans les centres de santé agréés ou dans les hôpitaux de zone.

Article 95 : Les objectifs de ce stage, de même que le déroulement des séances sont contenus dans le livret mis à la disposition des étudiants au début de chaque année universitaire (module de stage sémiologie –soins infirmiers – immersion clinique).

Article 96 : La validation de ce stage repose sur :

- La grille de comportement,
- La validation des objectifs par le médecin responsable du centre de formation.

Article 97 : Les stages d'externat se déroulent du 5^e au 10^e semestre des études médicales. Ils durent deux à trois mois chacun.

Article 98 : Ces stages se déroulent dans les différents services du C.H.U. Mohammed VI de Marrakech ou dans les services agréés. L'organisation de ces stages se fait sous la responsabilité du Comité « Stages hospitaliers »

- Stages de 3^e année : sémiologie, médecine, chirurgie.
- Stages de 4^e année : pédiatrie, médecine, chirurgie,
- Stages de 5^e année : gynécologie–obstétrique, médecine, chirurgie, biologie, la psychiatrie et la réanimation sont obligatoires.

Article 99 : Tout stage non validé doit être revalidé dans sa totalité. L'étudiant est réparti par le service de scolarité selon les possibilités d'accueil du service.

Article 100 : Le stage d'externat plein temps dure un an et se déroule durant le 11^e et le 12^e semestre dans les services du centre hospitalier universitaire Mohammed VI ou dans les services non universitaires dirigés par les enseignants de la Faculté, le matin et l'après-midi.

III. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS:

1. REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON:

1.1. Taux de réponses:

Notre étude a fait appel à un questionnaire qui est considéré comme instrument informatif, facile à mettre en place, d'exploitation rapide et adaptée à ce genre d'enquête. C'est un procédé économique, reproductible, démocratique, informatif, et peu coûteux. L'anonymat augmente la proportion de réponses franches et honnêtes.

Les deux publications du questionnaire sur les groupes de réseaux sociaux fermés des deux promotions concernées par l'étude ont permis d'obtenir 194 réponses sur un total de 754 étudiants (effectif total des deux promotions), soit un taux de réponse de 25.7%. C'est un taux de participation correct.

On note que les interrogés se sentiront davantage responsables s'ils sont en mesure de constater que le dispositif d'évaluation a produit des changements ou qu'il est essentiel à une démarche de contrôle de qualité(18). Pour certains auteurs, le taux bas de participation est souvent lié à la conviction de certains étudiants qu'une telle étude n'entraînera pas un changement significatif, et que c'est une perte de temps et d'effort (19).

1.2. Centrée sur le genre:

Au sein de notre population répondante, on note une prédominance féminine. En effet, les femmes sont 63.9% à avoir répondu à notre questionnaire, pour 36.1% d'hommes répondants.

Le sexe ratio (H/F) de 0,56 concorde avec la répartition des étudiants du deuxième cycle qui a montré une nette prédominance féminine avec un S.R de 0.53 (20). Cet inversement du sexe ratio concorde avec la tendance mondiale de féminisation de la profession médicale (21).

2. FORCES DU STAGE HOSPITALIER:

Notre questionnaire a permis de mettre en lumière de nombreux avantages aux stages hospitaliers. Les aspects décrits comme avantageux sont : l'accès facile aux malades et la possibilité d'effectuer des gestes pratiques, la durée adéquate des stages, la répartition des services diversifiée et le passage par plusieurs services.

2.1. Calendrier du stage hospitalier:

Dans notre faculté les étudiants bénéficient d'un nombre important de passages hospitaliers: 5 passages par an d'une durée variable de 6 à 8 semaines (1) considérée adéquate par la majorité de nos répondants (45.4%).

L'étudiant en troisième année entame ces passages par un stage de sémiologie et de soins infirmiers suivi par deux stages fondamentaux de médecine et de chirurgie puis deux stages complémentaires.

Tableau XI :

Services de Médecine	Services de Chirurgie
Gastro- entérologie	Chirurgie viscérale
Médecine interne	Neurochirurgie
Cardiologie	Traumatologie
Pneumologie	
Maladies infectieuses	
Neurologie	

En quatrième année le stage fondamental est la pédiatrie, les autres passages sont complémentaires et sont réalisés dans les services cités dans le tableau ci-dessous.

Tableau XII :

Service de Médecine	Service de Chirurgie
Néonatalogie	Chirurgie Pédiatrique
Urgences pédiatriques	
Oncologie pédiatrique	Chirurgie Cardio vasculaire
Dermatologie	Urologie
Hématologie	
Oncologie	Chirurgie vasculaire
Rhumatologie	
Néphrologie	Chirurgie thoracique
Radiologie	

La cinquième année comporte deux passages fondamentaux: stage de gynécologie et obstétrique et stage de psychiatrie ainsi que trois autres stages complémentaires.

Tableau XIII :

Services de Médecine	Service de Chirurgie
Psychiatrie	ORL
Endocrinologie	Ophtalmologie
Néphrologie	Chirurgie Maxillo-faciale
Réanimation médico-chirurgicale	Chirurgie vasculaire
Laboratoire, génétique	Chirurgie plastique

En sixième année l'étudiant commence son externat à plein temps qui comporte pour la première fois un passage en centre de santé urbain selon une affectation de la délégation de santé de la ville du CHU de sa formation, les quatre autres passages se déroulent dans les services pédiatriques, les services chirurgicaux, les services médicaux et le service de gynécologie et obstétrique.(22)

2.2.Terrain de stages:

La FMPM offre à ses étudiants une formation pratique de qualité à travers Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Marrakech ainsi que l'hôpital militaire Avicenne qui assurent une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

Le CHU Mohammed VI dispose d'un plateau technique performant et des soins hautement spécialisés. L'ensemble des spécialités médicales, chirurgicales, radiologiques et biologiques est au service de la population de la région de Marrakech.

le CHU Mohammed VI se compose de quatre hôpitaux et deux centres, d'une capacité de **1548** lits répartis comme suit:

- **L'Hôpital IBN TOFAIL** à vocation médico-chirurgicale d'une capacité de **409** lits.
- **L'Hôpital IBN NAFIS** à vocation psychiatrique d'une capacité de **220** lits.
- **L'Hôpital MERE - ENFANT** à vocation gynéco-obstétricale et pédiatrique d'une capacité de **247** lits.
- **L'Hôpital AR-RAZI** à vocation médico-chirurgicale d'une capacité de **586** lits.
- **Le Centre d'hématologie-Oncologie** : **86** lits.
- **Le Centre de recherche clinique.**(23)

2.3. Accès aux malades: développement du savoir faire et du savoir être

Le stage hospitalier permet aux étudiants d'être au contact des patients dans les différents services du CHU. Avoir libre accès aux malades est considéré comme un avantage puisqu'il offre aux externes l'opportunité de développer le sens de raisonnement clinique près du lit du patient en participant à sa prise en charge dès son admission et suivre son évolution au cours de sa période d'hospitalisation et ainsi la possibilité d'effectuer des gestes pratiques de soins infirmiers, de gestes d'urgence ou même des gestes dits spécialisés. En effet l'étudiant durant le stage est chargé de la tenue du dossier des patients qui lui sont attribués, il rédige l'observation, collige les éléments de suivi clinique et le résultat des investigations complémentaires (20) , le stagiaire doit aussi assister aux différentes visites effectuées par les membres de l'équipe médicale du service de son affectation, accomplir quelques gardes et participer aux consultations.

Un autre atout des stages c'est qu'ils permettent aux étudiants d'appréhender le monde hospitalier et son fonctionnement ce qui leur offre une vision sur leur pratique professionnelle au futur et ainsi développer le savoir être. En effet l'étudiant doit se présenter aux patients qui lui sont attribués tout en expliquant sa place au sein de l'équipe médicale, il est astreint au secret professionnel, plus précisément il est tenu comme tout le personnel au secret médical et à la discrétion professionnelle, il respecte les procédures de l'information au patient et à ses parents, il tient compte du risque nosocomial dans ses pratiques en adoptant les précautions nécessaires, il apprend le respect du patient (son intimité, ses spécificités). En regard de l'équipe médicale le stagiaire doit tenir compte du rôle propre de chacun tout en participant si besoin aux tâches collectives dans un souci d'optimisation du fonctionnement propre du service et ainsi respecter le travail des autres (infirmière, kinésithérapeute, aide-soignante, secrétaire) et en éviter la désorganisation. (20)

3. LES FAIBLESSES DU STAGE HOSPITALIER:

Notre questionnaire a permis de mettre en évidence certaines faiblesses des stages hospitaliers. Ces Points faibles sont les suivants : la qualité non satisfaisante d'encadrement, les objectifs cliniques non définis, les méthodes non adaptées d'apprentissage et d'évaluation et certaines faiblesses liées à la gestion administrative du stage hospitalier.

3.1.La qualité et le taux d'encadrement:

- La majorité écrasante de nos répondants (82.5%) ont trouvé que l'encadrement au sein des services hospitaliers était d'une qualité médiocre et non satisfaisante.
- Les commentaires de la question ouverte ont précisé quelques raisons de cette insatisfaction:
- le manque d'organisation, de planification et de mise en œuvre du stage allant de l'accueil du premier jour jusqu'à l'accompagnement et le tutorat tout au long de la durée du stage.
- L'absence quasi régulière du tuteur ou maître du stage, son indisponibilité, ou encore l'insuffisance de contact ou de temps consacré aux étudiants.

Le taux d'encadrement à la FMPM n'a pas évolué depuis sa création en 1999 et le recrutement des enseignants ne suit pas les taux d'admissions croissants des étudiants en médecine.

La première promotion inscrite à la FMPM a atteint sa troisième année (1ère année de formation pratique) vers l'année universitaire 2001-2002: avec 27 enseignants pour 442 étudiants, le rapport étudiants / enseignant était de 16.4, ce même rapport pour l'année 2019-2020 est de 13.27. (24,25)

Evolution de l'effectif des étudiants du cycle normal de la FMPM

Année Universitaire	Effectif
1999-2000	164
2000-2001	308
2001-2002	442
2002-2003	578
2003-2004	729
2004-2005	880
2005-2006	1019
2006-2007	1133
2007-2008	1153
2008-2009	1386
2009-2010	1544
2010-2011	1701
2011-2012	1868
2012-2013	1995
2013-2014	2090
2014-2015	2245
2015-2016	2344
2016-2017	2611
2017-2018	2912
2018-2019	2970
2019-2020	3067

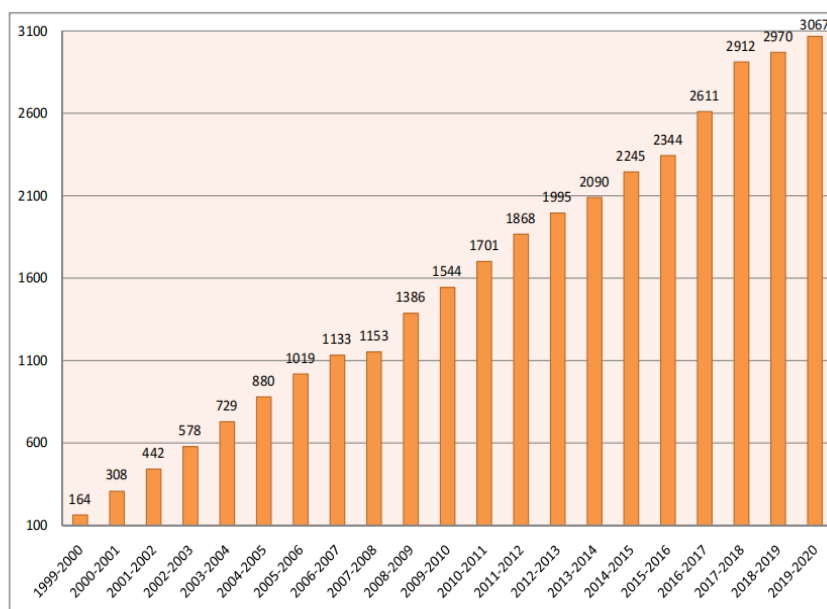


Figure 20

Evolution de l'effectif du Personnel Enseignant par grade depuis l'année 2014

Année	PES	Pr Ag	Pr Ass	Total
2014-2015	38	65	73	176
2015-2016	41	88	48	177
2016-2017	52	88	66	206
2017-2018	61	94	61	216
2018-2019	95	64	62	221
2019-2020	124	41	77	242

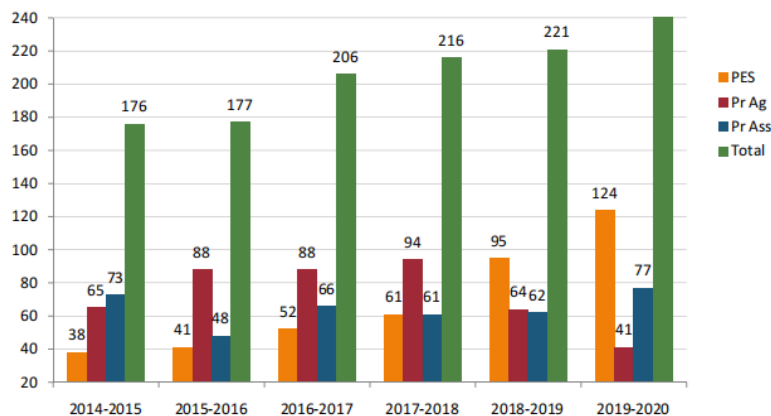


Figure 21

Cette légère amélioration peut être expliquée par le recrutement massif des enseignants militaires dont les structures hospitalières n'accueillent pas autant d'étudiants que les hôpitaux civils. En plus du nombre insuffisant des enseignants, ils sont dominés par les activités de soins et les tâches administratives qui leur laissent peu de temps à consacrer aux activités pédagogiques destinées aux apprenants.

Parmi les faiblesses liées à l'encadrement on note une insuffisance de formation des enseignants, en vue d'améliorer la qualité pédagogique de ses professeurs, la FMPM a mis en place un diplôme universitaire leur permettant d'acquérir une base pédagogique solide et moderne facilement transférable dans la pratique et les différents contextes d'enseignement et d'apprentissage en sciences de la santé. (26)

Un autre point faible qu'on peut évoquer est l'inversement de la pyramide des enseignants, la répartition de l'effectif professoral est marquée par la prédominance des professeurs d'enseignement supérieur(P.E.S) à 51% tandis que les jeunes professeurs assistants(P.A) ne représentent que 32% du total des enseignants de notre faculté (27).

3.2.Les objectifs cliniques:

Le programme des objectifs cliniques propre à chaque service n'est ni affiché au début du stage, ni respecté au cours du stage selon 99% des répondants, ce qui reflète le manque d'organisation et le mode aléatoire d'apprentissage clinique qui règne dans nos services.

Certains objectifs figurant sur le carnet du stage sont trop spécialisés et non adaptés aux compétences que doit acquérir un médecin généraliste. Mc Avoy, dans un article de 1985 où il encourageait l'utilisation des objectifs dans l'enseignement en médecine, mettait en garde les utilisateurs contre le danger de fragmentation lors de la spécification des objectifs pédagogiques, le caractère rigide de l'énonciation formelle des objectifs qui pourraient conduire une déviation de ce qui est important à enseigner et à apprendre(28).

De Ketele constate aussi que les pratiques évaluatives centrées sur les objectifs spécifiques se sont traduites par la communication aux étudiants de longues listes d'objectifs juxtaposés, perçues comme trop formelles et sans véritable signification(29).

En réponse à la préoccupation d'apporter une solution aux problèmes et aux limites identifiés dans le cadre de l'approche par objectifs une nouvelle approche basée sur le concept de compétence est en pleine expansion. L'approche par compétences prend davantage en compte la complexité du processus cognitif lors de la résolution efficace d'un problème, sa

globalité, son caractère à la fois analytique (algorithmique) et non analytique (heuristique) (30,31). Cette approche est également de nature à faciliter les interventions de Feedback des enseignants, ainsi que leur pertinence.

L'approche par compétences est foncièrement un travail continu d'adaptation de l'approche par objectifs, qui n'exige pas de rompre radicalement avec celle-ci. Il s'agirait en quelque sorte de reformuler les objectifs en faisant désormais explicitement référence à des compétences (32,33).

3.3.Méthodes d'enseignement:

Les méthodes d'apprentissage les plus utilisées lors des stages selon notre enquête étaient représentées par le triplet topos, visites médicales et les staffs, ces méthodes ne sont pas adaptées à la pédagogie clinique et doivent être abandonnées selon nos répondants qui proposent de promouvoir les méthodes suivantes: l'A.R.C, la simulation clinique et le jeu de rôle.

a. A.R.C:

Les séances d'apprentissage par raisonnement clinique (A.R.C) se déroulent en petits groupes d'externes, sous la supervision d'un professeur clinicien du domaine disciplinaire que l'on appelle le moniteur d'ARC (34). Cette méthode vise précisément à développer chez les étudiants le raisonnement clinique en regard de situations cliniques identifiées comme essentielles pour l'externat. En effet, un raisonnement clinique efficace a un impact positif sur la prise en charge des patients. À l'inverse, une mauvaise capacité de raisonnement clinique, l'incapacité de synthétiser et d'agir sur l'information clinique est source de retard diagnostique, de dépenses énormes avec des conséquences néfastes sur le système de santé(35,36).

b. Simulation médicale:(37)

La simulation médicale correspond à l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé afin de reproduire une situation ou un environnement de soins dans le but d'enseigner aux étudiants des procédures diagnostiques ou thérapeutiques ou de prise de décisions et de répéter, de manière reproductible, ces procédures. C'est un concept récent basé sur l'apprentissage expérientiel, où l'on peut travailler sur « l'erreur » puisqu'elle est autorisée sur le mannequin-patient." Elle permet l'évolution des erreurs, sans craindre de nuire."

D'autres méthodes d'enseignement clinique peuvent être introduites dans nos services avec les méthodes décrites là-dessus à savoir:

- **Le portfolio** qui est une collection organisée de matériel recueilli (compilation de script, notes d'analyse bibliographique, résumés d'entretien...) par l'étudiant en cours d'une période plus ou moins longue de son cursus et qui permet d'obtenir des informations sur les apprentissages réalisés et les compétences développées. L'apprenant apprend en stimulant sa réflexivité à partir de cette banque documentaire.(38-40)
- La méthode d'intégration guidée par le groupe, le **MIGG**, facilite l'apport de connaissances nouvelles et leur intégration en impliquant les étudiants. La séquence commence par une explication des modalités aux étudiants (écrire les objectifs, le plan en laissant des blancs, les abréviations). Elle se poursuit par un exposé sans prise de notes. Les étudiants restituent individuellement puis en groupe l'intervention et se termine par une synthèse.(41,42)
- La **méthode des cas** est basée sur l'étude d'un «cas clinique» qui peut être écrit « vignette » ou parfois présenté sous la forme d'un film. Ce cas est une tranche de la vie professionnelle, des apprenants, une situation problème, facteur favorisant de l'apprentissage (Phase de « contextualisation »). Les informations sont fournies de manière séquentielle, linéaire ou bien algorithmique, à la demande de l'étudiant, après

chacune de ses réponses ouvertes ou fermées. La démarche employée par l'étudiant est comparée à celle d'un groupe ou d'un expert. Le cas initial a un objectif de découverte, de résolution de problème. Son scénario répond à certains critères : une situation clinique authentique et réaliste, un cas médical typique permettant un diagnostic et une décision, un scénario « complet » sans appel à l'imaginaire et une situation adaptée au degré de compétence de l'étudiant pour éviter les situations désagréables ou les mises en échec. Ce cas favorise l'analyse et la compréhension. Il doit permettre d'extraire des principes de raisonnement (théorisation, « décontextualisation ») pour pouvoir faire face à d'autres situations. Dans un second temps, les scénarios des cas cliniques seront complexes, issus de la même « famille de situation ».(43-45)

- Variante de la méthode des cas, **l'apprentissage par problème (Problem-Based Learning)** se présente sous la forme de données transcrites décrivant un problème qui nécessite une explication. L'étudiant doit expliquer la situation clinique par la physiopathologie et les matières fondamentales. Il permet de nombreux échanges, renforce les motivations des apprenants et l'apprentissage qui en résulte est plus approfondi et maîtrisé. Les étudiants sont les architectes de leur propre éducation.(46)

3.4.Méthodes d'évaluation:

L'examen écrit de fin de stage est la méthode la plus utilisée dans la plupart des services du CHU selon 65% de nos répondants, cette méthode n'est pas adaptée à l'évaluation clinique, en effet elle n'apprécie ni le savoir procédural ni le savoir comportemental essentiels à l'exercice médical autant qu'elle apprécie le savoir déclaratif considéré être un prérequis du stage hospitalier. En revanche, l'E.C.O.S est considéré être le moyen d'évaluation le plus adapté selon 51.5% de nos répondants et doit remplacer l'examen écrit selon leurs commentaires.

a. **E.C.O.S:(47)**

Ce dispositif d'évaluation consiste à décomposer les compétences professionnelles en capacités à atteindre, mesurées dans ce que l'on appelle des stations d'évaluation. L'étudiant est soumis à des stations d'évaluation successives, censées reproduire les compétences visées. Les tâches sont précises, courtes et ponctuelles. À chaque station, l'étudiant effectue une tâche simulée et doit exécuter des fonctions spécifiques. Cet outil d'évaluation est doté de plusieurs avantages dont on peut citer sa validité, son objectivité et sa reproductibilité, néanmoins il présente quelques limites liées à sa faisabilité.

D'autres méthodes plus adaptées à l'évaluation clinique peuvent être utilisées, on peut en citer:

- ▶ **Le mini-CEX(mini-clinical Evaluation Exercise):** qui consiste à observer, pendant une quinzaine de minutes et de façon répétée, un étudiant interagir avec un patient autour d'une tâche ciblée, qui a été définie en amont. Il peut s'agir de la réalisation d'une anamnèse, de la mise en œuvre d'un examen clinique, ou encore du déploiement de stratégies communicationnelles visant à informer le patient au sujet de sa maladie. À l'issue de l'activité l'examineur échange avec l'étudiant notamment pour lui demander de résumer les éléments pertinents de son anamnèse ou de son examen, de formuler ses hypothèses diagnostiques, et de proposer une prise en charge pour le patient, l'étudiant est noté selon une échelle de Likert couplée à chaque critère.(48)
- ▶ **Le DOPS(Direct Observation of Procedural Skills):** qui sert à évaluer en milieu authentique les capacités de nature technique. L'évaluation ne se résume pas au seul geste, elle doit aussi inclure la connaissance de la procédure par l'étudiant, la façon de la mettre en œuvre, ou encore la manière de communiquer avec le patient pendant la réalisation de l'acte. Les différentes étapes du déploiement du DOPS sont similaires à celles du mini-CEX.(49)

3.5. Supervision et Feedbacks:

Notre enquête a montré que la supervision clinique et le Feedback au cours des stages hospitaliers sont essentiellement assurés par les résidents avec une moyenne de presque 58%, tandis que les professeurs n'en assurent que moins de 12%.

La supervision clinique se définit généralement comme une intervention entre un membre sénior et un membre junior de la même profession, de ce fait, elle permet en grande partie de s'assurer du développement des compétences des supervisés ainsi que de la qualité du service offert à la population générale. Il existe deux types de supervision: directe basée sur l'observation de l'étudiant en temps réel et indirecte basée sur plusieurs méthodes reconnues pour leur intérêt en matière d'apprentissage du raisonnement clinique.(50,51)

Le Feedback ou rétroaction fait référence à un message spécifique, basé sur l'observation de l'étudiant en train d'effectuer une tâche professionnelle, fourni par l'enseignant et communiqué à l'étudiant dans l'intention de l'informer et de lui offrir une opportunité pour améliorer sa performance dans les tâches ultérieures(52). Une rétroaction utile dépend de quatre facteurs dont ceux liés à la culture institutionnelle, à l'alliance pédagogique, à l'expertise du superviseur et la réceptivité et l'engagement de l'étudiant (53,54).La qualité de la supervision et du feedback dépendent de l'ancienneté de la personne qui les fournit.(55)

Le manque de temps est selon plusieurs auteurs au cœur des obstacles à une supervision efficace. Les raisons sont multiples(56,57):

- L'absence de contrôle sur l'organisation du temps.
- Des temps d'interaction – et donc de formation – entre le superviseur et l'étudiant relativement courts et pas toujours structurés ou planifiés.
- La multiplicité ou l'urgence des besoins du patient, qui ne facilitent pas la focalisation sur la dimension pédagogique de la tâche.

- Seulement 10% du temps de supervision est centré sur l'enseignement auprès de l'étudiant et ses besoins, Le reste du temps se focalise sur la présentation du cas et la recherche d'éléments complémentaires.
- Un autre obstacle s'ajoute au défi du temps disponible pour la supervision c'est la multiplicité des objectifs d'apprentissage et donc la multitude d'aspects cliniques abordables en supervision.(58)

1. Menaces à la formation médicale:

- ❖ Les taux d'admission croissants des étudiants en médecine de notre faculté (figure 20) sont considérés être une menace surtout avec des terrains de stage limités qui ne suivent pas l'évolution importante du nombre des nouveaux apprenants.
- ❖ Le milieu de stage est un pilier de la formation médicale c'est l'endroit de l'exercice professionnel et de la confrontation à l'immédiateté et l'imprévu, c'est là où l'étudiant acquiert son savoir-faire devant une hétérogénéité de situations cliniques. Malgré sa valeur indiscutable en terme de formation médicale, nos services d'accueil hospitaliers restent limités et mettent en péril la qualité de formation des étudiants et par conséquent la qualité du service sanitaire proposé à la population générale.
- ❖ L'instabilité des décisions gouvernementales concernant les études médicales contribue à la fréquence des mouvements sociaux nationaux étudiantins affectant par la suite la durée de la formation médicale et donc sa qualité. Depuis 2015 les étudiants en médecine au Maroc représentés par le conseil national des étudiants en médecine (C.N.E.M) ont entrepris deux grandes périodes de grèves durant au total l'équivalent d'une année universitaire.
- ❖ Face à la pandémie Covid-19 le Maroc a été obligé après le premier cas enregistré en mars 2020 de suspendre toutes les activités pédagogiques présentielle scolaires et universitaires y compris les stages hospitaliers pour une durée de six mois.

- ❖ Certains stages considérés fondamentaux pour notre formation et qui doivent être validés par tout étudiant en médecine tel les services de Gynécologie–obstétrique, la pédiatrie ou encore la psychiatrie reçoivent des nombres importants d'étudiants ce qui entrave la qualité de la formation.
- ❖ La formation médicale et notamment l'apprentissage en milieu hospitalier est fortement lié à la motivation des apprenants, malheureusement la force de motivation des étudiants est modérée, elle est représentée surtout par la volonté de sacrifice et qui caractérise plus les étudiants de sexe féminin.(20)
- ❖ Nos enseignants sont à leur tour de moins en moins motivés surtout devant l'attractivité de la pratique libérale et les opportunités d'enseignement aux facultés privées.

2. Recommandations pour un meilleur stage hospitalier:

Ce chapitre a été construit en se basant sur les forces, faiblesses et menaces recensées sur les chapitres précédents, mais aussi en s'appuyant sur les commentaires réalisés par les interrogés à la fin du questionnaire. Nous nous sommes servis de ces données pour émettre quelques pistes de travail pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité de la formation des étudiants au sein des stages hospitaliers.

2.1. Corps enseignant:

L'investissement dans le corps professoral est devenu une nécessité devant la pénurie des enseignants, l'insuffisance de supervision et de Feedback et la qualité non satisfaisante de l'encadrement. Cet investissement doit être à la fois quantitatif en accélérant le taux de recrutement des enseignants pour améliorer le rapport étudiants/enseignant et qualitatif en formant les enseignants recrutés à être des vrais pédagogues et les préparant à transmettre leur savoir déclaratif, procédural et comportemental aux apprenants.

Charles Boelen et Markley H. Boyer sur leur méta-analyse intitulée “Un aperçu des facultés de médecine du monde” basée des données fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquent que le ratio étudiant/professeur (S/T) dans le monde est de 2.73, aux États-Unis, ce ratio est de 1,11 et 5.74 en Afrique.(59)

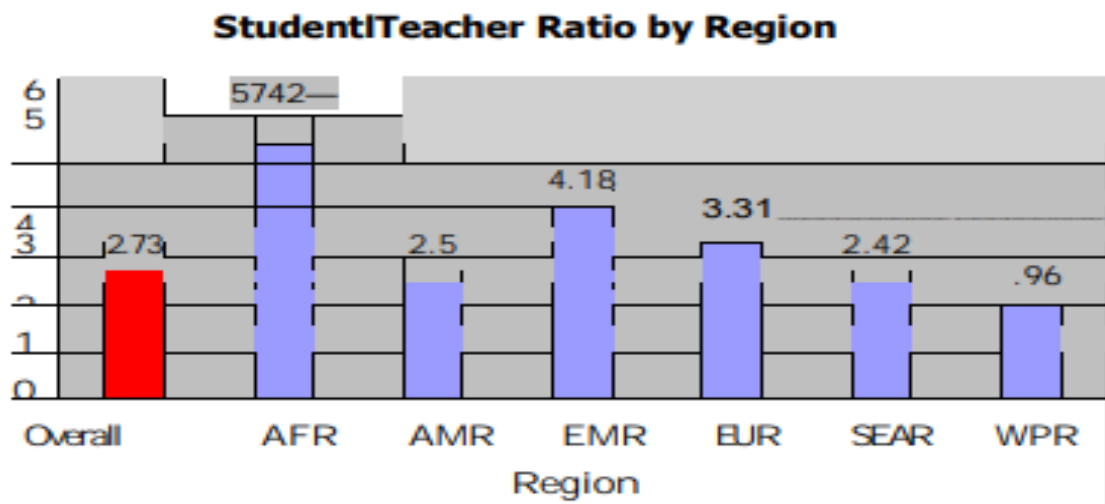


Figure 22

La Liaison Committee on Medical Education (LCME) stipule que l'effectif professoral d'une faculté de médecine doit disposer d'une cohorte suffisante de membres du corps professoral ayant les qualifications et le temps nécessaires pour dispenser le programme d'études en médecine et pour répondre aux autres besoins et remplir les autres missions de l'institution.(60)

2.2. Terrains de stage:

La capacité d'accueil du CHU Mohammed VI et de l'HMA est en train d'être dépassée devant la croissance constante de la masse estudiantine, l'élargissement des terrains de stage est désormais une obligation pour assurer l'accès aux malades à l'ensemble des étudiants et ainsi leur participation aux différentes étapes de la prise en charge des patients.

Dans son référentiel élaboré par un groupe d'experts internationaux la WFME (World Federation of Medical Education) prône quelques normes concernant l'établissement 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.(61)

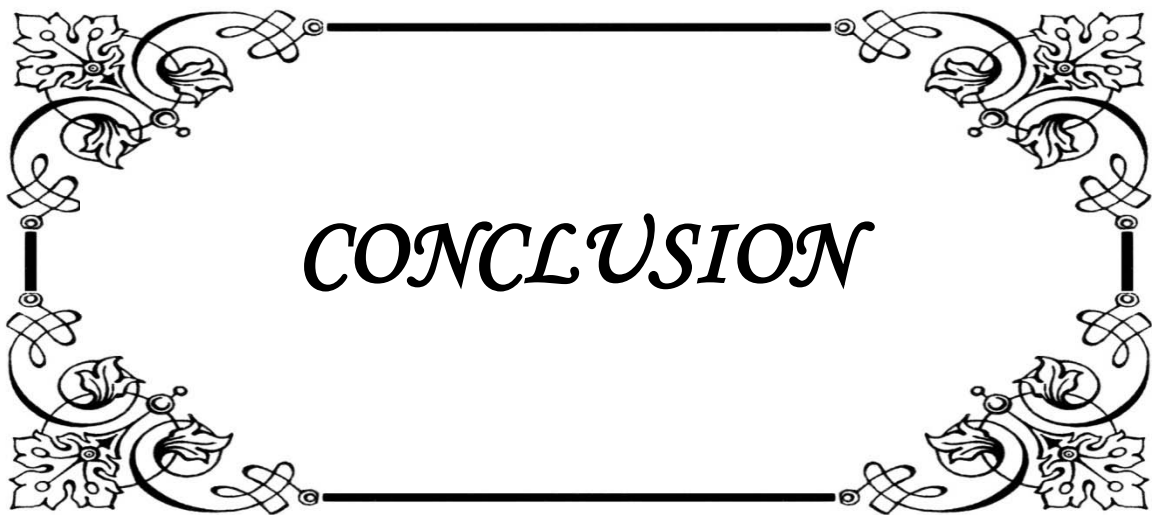
2.3.Les étudiants:

La motivation des étudiants doit être une des pistes fondamentales dans le chemin de l'amélioration de la qualité de notre formation, cette motivation peut prendre plusieurs aspects dont ceux cités là-dessous:

- ❖ Amélioration de leur statut hospitalier en les considérant comme membres de l'équipe médicale, augmentant leur rémunération.
- ❖ Participation des étudiants et leur implication à la commission des stages.
- ❖ Mise en œuvre des revendications réclamées auprès du ministère de santé et de l'éducation sur le procès-verbal d'accord signé à la fin de la grève en 2018.

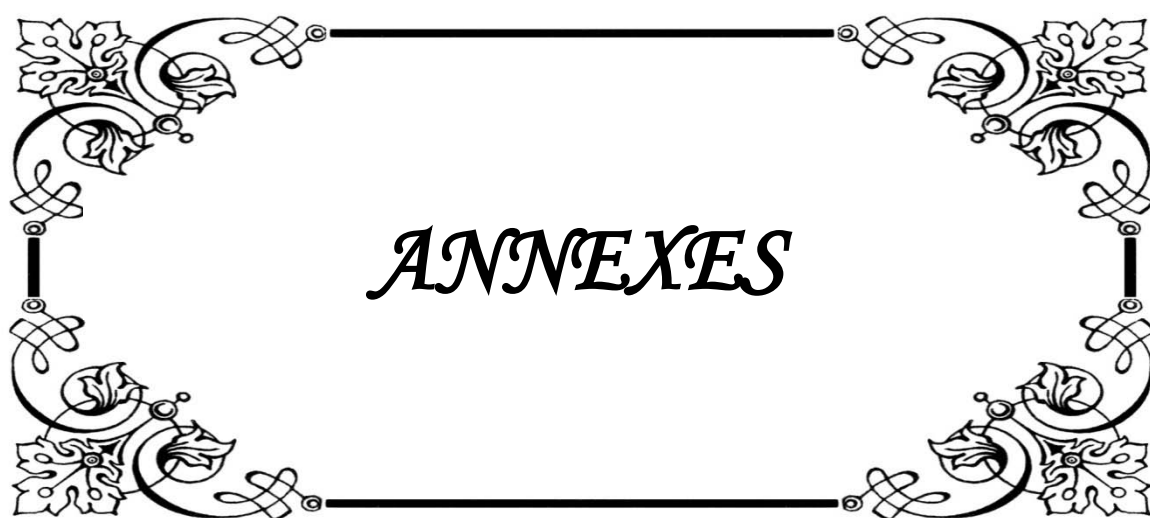
Nous terminons notre travail de thèse par quelques points qui concernent le stage hospitalier qui ont été soulevés par la CIDMEF, dont la FMPM a été munie de son accréditation en 2019, à travers son comité exécutif d'évaluation et accréditation suite à leur visite à la faculté en janvier 2019:

- Les stages cliniques se déroulent majoritairement au centre hospitalier universitaire dans un contexte de soins spécialisés. Peu d'exposition aux soins de première ligne.
- Peu d'exposition à la gériatrie, aux soins palliatifs et la prise en charge longitudinale des maladies chroniques, formation insuffisante en prévention.
- Infrastructures insuffisantes pour l'enseignement vu le nombre d'étudiants.
- Mieux de stages: principalement dans des hôpitaux de soins spécialisés. Difficultés liées au nombre d'étudiants par groupe.
- Peu d'utilisations des milieux communautaires de soins de première ligne (hors CHU).
- Le statut de maître de stage est à clarifier ainsi que la formation pédagogique requise.
- Nombre croissant d'étudiants et les problèmes qui en découlent. Les étudiants ne sont pas satisfaits des services d'orientation académique et choix de carrière.
- Les services de santé : pas d'assurance médicale. AMO pas encore disponible.



CONCLUSION

Le stage hospitalier est l'ossature de la formation médicale. Après notre enquête auprès des étudiants des deux promotions 2013-2014 - 2014-2015, nous avons soulevé les points forts suivants: l'accès facile aux malades et la possibilité d'effectuer des gestes pratiques, la durée adéquate des stages, la répartition des services diversifiée et le passage par plusieurs services, mais nous avons également soulevé certaines faiblesses représentées par la qualité non satisfaisante d'encadrement, l'imprécision des objectifs cliniques, les méthodes non adaptées d'apprentissage et d'évaluation et certaines faiblesses liées à la gestion administrative du stage hospitalier. Nous avons aussi pu trouver quelques menaces à notre formation tels les taux d'admissions croissants des étudiants contrastant avec des milieux de stages limités, un recrutement insuffisant des enseignants et une démotivation qui règne au sein des étudiants mais également au sein du corps professoral . À la fin de notre thèse nous avons établi quelques recommandations visant à améliorer la qualité de la formation hospitalière par un investissement à la fois quantitatif et qualitatif dans le corps professoral, l'élargissement des terrains de stages assurant un accès aux malades et aux ressources de formation clinique optimales et l'amélioration du statut hospitalier des étudiants.



ANNEXES

Etude exploratoire des stages d'externat(3ème,4ème,5ème et 6ème année) à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre de notre étude qui vise à explorer les stages hospitaliers d'externat(3ème,4ème,5ème et 6ème année).

Il est noté que le questionnaire est strictement confidentiel, anonyme et ne prendra que 5 min pour le remplir .

Seuls les étudiants admis en 2010 2011,2012,2013 et 2014 sont invités à remplir le questionnaire.

Merci de répondre avec objectivité.

1. Vous êtes ?

Une seule réponse possible.

- Homme
- Femme

2. Admis à la FMPM en:

Une seule réponse possible.

- 2010
- 2011
- 2012
- 2013
- 2014

3. Vous êtes?

Une seule réponse possible.

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)

4. Quel est votre âge?

5. Vous êtes originaire de:

6. Vous êtes actuellement:

Une seule réponse possible.

- Etudiant en 7eme année médecin
- En instance de thèse médecin
- Généraliste

médecin résident

7. Durant votre cursus, combien de stages avez vous invalidé?

Une seule réponse possible.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 Ou +

8. Si vous avez invalidé un stage ou plus ,veuillez citer vos stages invalidés et précisez quel hôpital (ARRAZI, IBN TOFAIL, MERE-ENFANT, ONCO- HEMATO, HMA, IBN NAFIS):

.....

9. Si vous avez invalidé un stage ou plus ,quelle(s) est la ou les raison(s) d'invalidation(s)?

Plusieurs réponses possibles.

- 3 Absences ou plus absence
- Lors d'une garde manque
- D'objectifs validés
- Evaluation de fin de stage non validée
- Conflit avec un membre du personnel medical
- Autre :

10. Comment jugez-vous la qualité de l'encadrement durant vos stages d'externat?

Une seule réponse possible.

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Non satisfaisante

11. Durant vos stages d'externats le programme des objectifs cliniques est affiché dès le début du stage?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

12. Durant vos stages d'externats le programme des objectifs cliniques est respecté?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. Durant vos stages et lors des 5 activités citées ci dessous, par qui étiez vous supervisés?
Une seule réponse possible par ligne.

	Internes	Résidents	Professeurs	Personne
Mener un interrogatoire et recueillir l'histoire de la maladie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effectuer un examen clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Établir un plan de prise en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Demander des examens complémentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Écrire une mise au point sur le dossier médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Durant vos stages et lors des 5 activités citées ci dessous, de qui avez vous reçus Feedbacks?
Une seule réponse possible par ligne.

	Internes	Résidents	Professeurs	Personne
Mener un interrogatoire et recueillir l'histoire de la maladie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effectuer un examen clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Établir un plan de prise en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Demander des examens complémentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Écrire une mise au point sur le dossier médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Durant vos stages d'externat quelle est la méthode la plus utilisée pour contrôler la présence des étudiants?

Une seule réponse possible.

- Signature de présence
- Appel à l'improviste
- Participation aux activités du service
- Sans contrôle
- Autre :

16. Selon vous, quelle est la meilleure méthode pour contrôler la présence des étudiants lors des stages hospitaliers?

Une seule réponse possible.

- Signature de présence
- Appel à l'improviste
- Participation aux activités du service
- Sans contrôle
- Autre :

17. Durant vos stages d'externat, quelles sont les 3 méthodes d'apprentissage clinique les plus utilisées?

Plusieurs réponses possibles.

- Topos
- Visites médicales – étude de dossier
- Staffs
- Gardes
- Consultations
- A.R.C (apprentissage par raisonnement clinique)
- Jeu de rôle
- Simulation
- Autre :

18. Selon vous, quelles sont les 3 meilleures méthodes d'apprentissage clinique lors des stages hospitaliers?

Plusieurs réponses possibles.

- Topos
- Visites médicales – étude de dossier
- Staffs
- Gardes
- Consultations
- A.R.C (apprentissage par raisonnement clinique)
- Jeu de rôle
- Simulation
- Autre :

19. Durant vos stages d'externat quelle est la méthode d'évaluation des étudiants la plus utilisée?

Une seule réponse possible.

- Utilisation de la grille de comportement
- Présentation de l'observation
- Examen écrit de fin de stage
- Examen clinique objectif structuré (E.C.O.S)
- Validation d'au moins 80% des objectifs
- Autre :

20. Selon vous, quelle est la meilleure méthode d'évaluation des étudiants lors des stages hospitaliers?

Une seule réponse possible.

- Utilisation de la grille de comportement
- Présentation de l'observation
- Examen écrit de fin de stage
- Examen clinique objectif structuré (E.C.O.S)

- Validation d'au moins 80% des objectifs
- Autre :

21. Comment jugez-vous la durée des stages hospitaliers?

Une seule réponse possible.

- Longue
- Adéquate
- Courte

22. Parmi les services hospitaliers du CHU et ceux des formations sanitaires agréées, les quels jugez vous comme indispensables à la formation d'un médecin généraliste?

.....

23. Selon votre expérience dans les différents services hospitaliers universitaires quels sont les trois services que vous qualifierez comme "formateurs"?

.....

24. Selon votre expérience dans les différents services hospitaliers universitaires quels sont les trois services que vous qualifierez comme "Non formateurs"?

.....

25. Concernant la durée de revalidation des stages hospitaliers pensez-vous qu'on devrait la:

Une seule réponse possible.

- Garder en totalité
- Réduire
- Allonger

26. Parmi les gestes pratiques élémentaires effectués au stages hospitaliers lesquels avez vous pu valider?

Plusieurs réponses possibles.

- Pansements
- Prélèvements sanguins
- Injections
- Sutures
- Voie veineuse périphérique
- Broncho-aspiration
- Sondage gastrique
- Sondage urinaire
- Oxygénation nasale
- Nébulisation

- Ponction pleurale
- Ponction d'ascite
- Episiotomie
- Intubation
- ECG
- Ponction lombaire

27. Durant votre cursus est ce que vous avez effectué votre stage dans le même service plus d'une fois?(sans l'avoir invalidé lors du premier passage)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

28. Si vous répondez oui à la question précédente, quel(s) est(sont) ce(s) service?

.....

29. Avez vous des remarques ou des suggestions pour améliorer le stage hospitalier?

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



RÉSUMÉS

Résumé:

L'évaluation du stage hospitalier constitue une étape importante 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.

L'objectif de notre thèse vise l'évaluation du stage hospitalier de la période d'externat (de la 3e à la 6e année de médecine générale) afin d'identifier les faiblesses pour les améliorer, les points de force pour les consolider et les menaces pour les éviter.

Pour réaliser ce travail nous avons mené une enquête auprès des étudiants des deux dernières promotions d'internes des hôpitaux régionaux et provinciaux "2013-2014 - 2014-2015"

Nous avons colligé 194 questionnaires parmi les 754 étudiants soit un taux de réponse de 25.7%. 82.5% des étudiants estimaient que la qualité de l'encadrement était non satisfaisante. Les méthodes d'apprentissage clinique les plus utilisées étaient dominées par le triplets Topos(86.6%), Visites médicales-étude de dossier(72.2%), Staffs(64.9%). 51% des étudiants ont validé tous les stages alors que 49% des étudiants ont un nombre de stages invalidés variant entre 1 et plus de 5 stages. La méthode d'évaluation la plus utilisée était l'examen écrit de fin de stage a 64.9%.

Après l'analyse des résultats, nous avons soulevé certains point forts à savoir: l'accès facile aux malades et la possibilité d'effectuer des gestes pratiques, la durée adéquate des stages, la répartition des services diversifiée et le passage par plusieurs services; mais aussi des points faibles représentés par la qualité non satisfaisante d'encadrement, l'imprécision des objectifs cliniques, les méthodes non adaptées d'apprentissage et d'évaluation et certaines faiblesses liées à la gestion administrative du stage hospitalier. Finalement, nous avons mis au point certaines recommandations pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité de la formation ciblant l'élargissement des terrains de stages, l'augmentation de l'effectif professoral et la consolidation de la motivation estudiantine.

Abstract:

The evaluation of the hospital clerkship is an important step in founding a medical training system that is adapted and prepares the physician to meet the expectations of the health system and the needs of the population.

The objective of our thesis is to evaluate the clerkship (from the 3rd to the 6th year of general medicine) in order to identify the weaknesses to improve, strengths to consolidate and threats to avoid.

To achieve this work we conducted a survey among students of the last two classes of interns of regional and provincial hospitals "2013–2014 – 2014–2015" We collected 194 questionnaires among the 754 students with a response rate of 25.7%, 82.5% of students felt that the quality of supervision was unsatisfactory, the clinical learning methods most used were dominated by the triplets Rundowns (86.6%), Medical visits–file study (72.2%), Staff meetings (64.9%), 51% of the students completed successfully all the internships while 49% of the students had a number of invalidated internships varying between 1 and more than 5 internships, the most used evaluation method was the written exam at the end of the internship at 64.9%.

After analyzing the results, we noted certain strong points, namely: easy access to patients and practical procedures performing opportunities, the adequate duration of the internships, the diversified department distribution and its various internships; but also weak points that include unsatisfactory supervision, unclear clinical objectives, inadequate learning and evaluation methods, and certain weaknesses related to the administrative management of the hospital internship. Finally, we developed some recommendations that could contribute to the improvement of the quality of the training, targeting the expansion of clerkship sites, the increase of the number of faculty and the consolidation of the student's motivation.

ملخص:

يعتبر تقييم التدريبات الاستشفائية الجامعية خطوة هامة في إنشاء نظام تكوين طبي هادف قادر على إعداد الطبيب لتلبية توقعات النظام الصحي واحتياجات السكان . إن الهدف من أطروحتنا يتلخص في تقييم التدريبات الاستشفائية السريرية في المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش في الفترة ما بين السنة الثالثة إلى السنة السادسة من الطب العام من أجل تحديد نقاط الضعف لمحاولة تحسينها، ونقاط القوة لتوطيدها، والتهديدات لتجنبها . ولإنجاز هذا العمل أجرينا دراسة استقصائية بين طلاب آخر ترقيتين للأطباء الداخليين في المستشفيات الإقليمية والجهوية "2013-2014 - 2014-2015". جمعنا 194 استبياناً من بين 754 طالب بمعدل إجابة 7,25 في المائة. 82.5 في المائة من الطلاب رأوا أن جودة الإشراف غير مرضية، وطرق التعلم السريري الأكثر استخداماً يسيطر عليها الثلاثي عروض (86.6 في المائة)، والزيارات الطبية - دراسة الحالات (72.2 في المائة)، واجتماعات الفرق الطبية (64.9 في المائة)، و 51 في المائة من الطلاب قد تمكنوا من اجتياز جميع التدريبات بنجاح، في حين أن 49 في المائة من الطلاب لديهم عدد من التدريبات التي تم الإخفاق فيها تتراوح بين 1 و أكثر من 5 تدريبات، وكانت الطريقة الأكثر استخداماً للتقييم هي الامتحان الكتابي في نهاية التدريب الداخلي وذلك ب 64.9 في المائة. وبعد تحليل النتائج، أثرنا بعض نقاط القوة : سهولة الوصول للمرضى، إمكانية القيام بإجراءات طبية عملية، مدة التدريبات المناسبة والتوزيع المتنوع للمصالح الإستشفائية . ولكن أيضاً نقاط ضعف تتمثل في الجودة غير المرضية للإشراف ، وغموض الأهداف السريرية، وأساليب التعلم والتقييم غير الملائمة وبعض مواطن الضعف المتعلقة بالتنظيم الإداري للتدريبات الإستشفائية . وأخيراً، وضعنا بعض التوصيات التي يمكن أن تسهم في تحسين نوعية التدريب و التي تستهدف توسيع مواقع التدريب، وزيادة عدد أعضاء هيئة التدريس، وتحفيز الطلاب.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Formation Initiale, FMPM. Les études médicales [Internet].**
Disponible sur: http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/formation/init/etud_th/etud_med.pdf
2. **Dominique PERROTIN.**
Compte rendu de la reunion du bureau permanent de la CIDMEF à Tours – 2012.
3. **POLITIQUE ET MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES PROGRAMMES D'ÉTUDES MÉDICALES ***
(Mise à jour avril 2006) – PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 5 sept 2021].
Disponible sur: <https://docplayer.fr/153580553-Politique-et-methodologie-d-evaluation-des-facultes-de-medecine-et-des-programmes-d-etudes-medicales-mise-a-jour-avril-2006.html>
4. **Bariety, M, CC.**
Histoire de la médecine. Fayard; 1963.
5. **Verger J.**
Les universités au Moyen Age. Paris, France: Presses universitaires de France; 1999. 226 p.
6. **Chastel Claude.**
Une petite histoire de la médecine / Claude Chastel,... Paris: Ellipses; 2004. 127 p.
(«*L'Esprit des sciences*»).
7. **200 Years of American Medicine (1776–1976) ...U.S.**
Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health, National Library of Medicine 1976// p 6–8
8. **Laget P-L.**
Le développement de l'enseignement clinique à Paris et la création de l'école clinique interne de l'hôpital de la Charité. *Situ Rev Patrim* [Internet]. 23 nov 2011 [cité 30 août 2021];(17). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/insitu/911>
9. **Lunel A.**
" Une tentative de " codification " de la profession médicale : l'édit de Marly de 1707 ". In: " Pouvoir médical et fait du Prince au début des temps modernes " [Internet]. Tours, France; 2010 [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00710107>
10. **Lebrun F.**
Médecins et empiriques à la cour de Louis XIV. *Hist Économie Société*. 1984;3(4):557-66.

11. **Julien P.**
Histoire de l'enseignement de la médecine en France : Charles Coury, L'enseignement de la médecine en France des origines à nos jours. Rev Hist Pharm. 1970;58(207):275-6.
12. **Edelman N.**
Jacques Poirier, L'externat des hôpitaux de Paris (1802-1968): Collection Histoire des sciences, Paris, Hermann, 394 p. ISBN : 978-2-7056-8426-6. 22 euros. Rev Hist XIXe Siècle. 1 juin 2013;(46):213-4.
13. **Akhmiss M.**
Histoire de la médecine au Maroc, des origines à l'avènement du Protectorat. In: HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES ORGANE OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE [Internet]. 1992. Disponible sur:
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1992x026x004/HSMx1992x026x004x0263.pdf>
14. **D. MOUSSAOUI **, O. BATTAS **, A. CHAKIB.**
Histoire de la médecine au Maroc pendant le Protectorat*. In: HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES ORGANE OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDE [Internet]. 1992. Disponible sur:
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1992x026x004/HSMx1992x026x004x0291.pdf>
15. **Ministère de la santé.**
la Démographie Médicale et Paramédicale à l'Horizon 2025.
16. **FMPM: Règlement intérieur [Internet]. 2015.**
Disponible sur: http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/data/reg/reg_int.pdf
17. **Ministère de la santé.**
FORMATIONS-ETUDES-ET-SPECIALITES :Décret n° 2-91-527 du 21 kaada 1413 (13 mai 1993) relatif à la situation des externes, des internes et des résidents des centres hospitaliers [Internet]. 2-91-527 1991. Disponible sur:
<https://www.sante.gov.ma/Reglementation/FORMATIONSETUDESSETSPECIALITES/Forms/DispForm.aspx?ID=9>
18. **Barrier J, Balde N, Brazeau-Lamontagne L, Normand S, Essoussi A, Fiche M, et al.**
L'évaluation de l'enseignement : pour quelles décisions ?
<http://dx.doi.org/101051/pmed:2006006>. 1 nov 2006;7.

19. **Al-Ayed IH, Sheik SA.**
Assessment of the educational environment at the College of Medicine of King Saud University, Riyadh/Evaluation de l'environnement pedagogique de la Faculte de medecine de l'Universite du Roi Saud de Riyad. East Mediterr Health J. 1 juill 2008;14(4):953-60.
20. **HAJJINE A.**
Motivation pour les études médicales : étudiants du deuxième cycle [Internet]. [FMPM]: UCA; 2017. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2017/these180-17.pdf>
21. **Cacouault-Bitaud M.**
La feminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige? Trav Genre Soc. 2001;N° 5(1):91-115.
22. **guide de stage fmpm – Recherche Google [Internet]. [cité 6 août 2021].**
Disponible sur:
<https://www.google.com/search?q=guide+de+stage+fmpm&oq=&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
23. **CHU Marrakech | Le Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI [Internet]. [cité 31 août 2021].**
Disponible sur: <https://www.chumarrakech.ma/le-centre-hospitalier-universitaire-mohammed-vi/>
24. **FMPM.**
Evolution de l'effectif du personnel enseignant par grade jusqu'a 2020 [Internet]. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/stat/2020/7.pdf>
25. **FMPM.**
Evolution de l'effectif des étudiants du cycle normal de la FMPM 1999-2020 [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/stat/2020/4.pdf>
26. **Adib G AM Baroffio A.**
Diplôme Universitaire de Pédagogie Médicale [Internet]. FMPM-UCA; 2021. Disponible sur: http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/formation/dev_cont/diuped2021.pdf
27. **FMPM.**
Répartition du Personnel Enseignant suivant le grade au titre de l'année universitaire 2019-2020 [Internet]. 2020. Disponible sur:
<http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/stat/2020/10.pdf>

28. **McAvoy BR.**
How to choose and use educational objectives. *Med Teach.* 1985;7(1):27-35.
29. **Jean-Marie DK.**
Objectifs terminaux d'intégration et transfert des connaissances. 1993;15-25.
30. **Tardif J, Fortier G, Préfontaine C.**
L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière Éducation; 2006.
31. **Le Boterf G.**
Développer la compétence des professionnels: [construire les parcours de professionnalisation. Paris: Editions d'Organisation; 2003.
32. **Chamberland M, Hivon R.**
Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale.* 1 mai 2005;6(2):98-111.
33. **Huba ME, Freed JE.**
Learner-centered assessment on college campuses: shifting the focus from teaching to learning. Boston: Allyn and Bacon; 2000. 286 p.
34. **Chamberland M.**
Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC): 2007;18.
35. **Chamberland M, Hivon R, Tardif J, Bedard D.**
Évolution du raisonnement clinique au cours d'un stage d'externat : une étude exploratoire. *Pédagogie Médicale.* 1 févr 2001;2(1):9-17.
36. **AIKEN C CHEUNG,SLOANE,SILBER.**
Clinical reasoning [Internet]. Instructor resources; 2003. Disponible sur: https://www.utas.edu.au/__data/assets/pdf_file/0003/263487/Clinical-Reasoning-Instructor-Resources.pdf
37. **Le centre de simulation et d'innovation en sciences de la santé (CSI-2S).**
Guide de simulation FMPM [Internet]. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/d2/sim.pdf>
38. **Glen S, Hight NF.**
Portfolios: An 'affective' assessment strategy? *Nurse Educ Today.* 1 déc 1992;12(6):416-23.

39. **Snadden D, Thomas ML.**
Portfolio learning in general practice vocational training--does it work? Med Educ. juill 1998;32(4):401-6.
40. **Spencer JA, Jordan RK.**
Learner centred approaches in medical education. BMJ. 8 mai 1999;318(7193):1280-3.
41. **Demeester A, Gagnayre R.**
Alternative au cours magistral : la MIGG. Méthode d'Intégration Guidée par le Groupe. Pédagogie Médicale. févr 2005;6(1):61-2.
42. **Jaffrelot M, Croguennec Y, Ammirati C, L'Her E.**
Les méthodes pédagogiques d'avenir. :9.
43. **Mucchielli R.**
Les méthodes actives: Dans la pédagogie des adultes. 13e édition. Paris: ESF Editeur; 2016. 237 p.
44. **Pelaccia T, Tardif J, Emmanuel T, Ammirati C, Bertrand C, Charlin B.**
Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques ? Les enjeux en médecine d'urgence. Ann Fr Médecine Urgence. 1 janv 2010;1:77-84.
45. **Chalvin D, Coquerel J.**
Histoire des courants pédagogiques: Tome 1, Encyclopédie des pédagogies pour adultes. Paris: ESF Editeur; 2012. 234 p.
46. **Jouquan J., Boles J.M., Hivon R.**
Introduction de l'approche par problèmes dans le curriculum des études médicales : Faut-il absolument commencer par le début du cursus ? Médecine et hygiène. Paris, France; 1996.
47. **FMPM.**
Repères pédagogiques : L'examen Clinique Objectif Standardisé (ECOS) [Internet]. Disponible sur: http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/pedag_eva/eva/ecos_fmpm.pdf
48. **Norcini J, Burch V.**
Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. Med Teach. janv 2007;29(9-10):855-71.

49. **McLeod R, Mires G, Ker J.**
Direct observed procedural skills assessment in the undergraduate setting. Clin Teach. août 2012;9(4):228-32.
50. **Falender C, Shafranske E.**
Casebook for clinical supervision: A competency-based approach. Am Psychol Assoc. 1 janv 2004;
51. **Bernard J, Goodyear R.**
Fundamentals of Clinical Supervision. 2014.
52. **Ende J.**
Feedback in Clinical Medical Education. JAMA. 12 août 1983;250(6):777-81.
53. **Lefroy J, Watling C, Teunissen PW, Brand P.**
Guidelines: the do's, don'ts and don't knows of feedback for clinical education. Perspect Med Educ. déc 2015;4(6):284-99.
54. **Sargeant J, Lockyer J, Mann K, Holmboe E, Silver I, Armson H, et al.**
Facilitated Reflective Performance Feedback: Developing an Evidence- and Theory-Based Model That Builds Relationship, Explores Reactions and Content, and Coaches for Performance Change (R2C2). Acad Med J Assoc Am Med Coll. déc 2015;90(12):1698-706.
55. **Simpson JG, Furnace J, Crosby J, Cumming AD, Evans PA, David MFB, et al.**
The Scottish doctor--learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. Med Teach. janv 2002;24(2):136-43.
56. **Irby DM.**
Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. Acad Med J Assoc Am Med Coll. oct 1995;70(10):898-931.
57. **Ramani S, Leinster S.**
AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. Med Teach. 2008;30(4):347-64.
58. **Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N.**
A five-step « microskills » model of clinical teaching. J Am Board Fam Pract. août 1992;5(4):419-24.

59. **Boelen C, Boyer MH.**
A View of the World' s Medical Schools. 2001;84.
60. **LCME.**
FUNCTIONS AND STRUCTURE OF A MEDICAL SCHOOL Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree [Internet]. 2018. Disponible sur: https://medicine.vtc.vt.edu/content/dam/medicine_vtc_vt_edu/about/accreditation/2018-19_Functions-and-Structure.pdf
61. **WHO | Basic Medical Education – WFME Global Standards for Quality Improvement [Internet].**
WHO. World Health Organization; [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/46/en/>

قسم الطب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَن أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَن أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَمَاةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ

وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِ اللَّهِ وَسَعِي فِي انْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلَقِ.

وَأَن أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَن أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،

لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَن أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، أَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَن أُوقَّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَن تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

أطروحة رقم 190

سنة 2021

التدريب الإستشفائي في المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش: دراسة استقصائية للطلبة

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2021/10/27

من طرف

السيد إلياس اليزيدي

المزداد في 25 أكتوبر 1995 في مراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

التدريب الإستشفائي - التقييم - التكوين الطبي - طالب متدرب

اللجنة

الرئيس

ر. الفيزازي

السيد

المشرف

أستاذ في جراحة الأطفال

س. أمال

السيد

الحكم

أستاذ في أمراض الجلد

أ. غ. الأديب

السيد

أستاذ في الإنعاش والتخدير