

ORIGINAL ARTICLE

Evaluation of undergraduate medical programs in Algeria.

Hanane BENALDJIA, Mohamed Ridha GUEDJATI, Jalaeddinne Omar BOUHIDEL.
Faculté de médecine, Université Batna 2, Algérie

ABSTRACT

Introduction. The overhaul of the first cycle of medical graduation studies in Algeria began in 2018. The programs of this overhaul provided for, in addition to curricular changes, content, teaching, and assessment methods. Our aim is to evaluate the new curriculum for the first cycle of medical studies at the Faculty of Medicine of Batna 2 University in Algeria. **Materials and methods.** This was a quantitative study. The evaluation protocol of the Conférence internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) was contextualized for the process of evaluating undergraduate medical curricula. This study involved both students and teachers. The evaluation covered organization, content, timetable, objectives, teaching methods, and assessment methods. The questionnaires were prepared using Google Forms and distributed online. The variables were scored using a Lickert scale from 1 to 5. Anonymity was respected. **Results.** Out of 1893 students enrolled in the first, second, and third years of medicine, 878 completed the questionnaires, with a participation rate of 46.38%. The general objectives of the programs were achieved with mean scores of 2.40 ± 0.054 for the students and 3.81 ± 0.148 for the teachers. The timetable for most subjects was respected. Lecturing proved to be the dominant method of theoretical teaching, to the benefit of active contextual learning (distance learning, work placements, simulation, etc.), which remained underdeveloped. MCQs were considered to be the most suitable assessment method for students (3.52 ± 0.067) and even less so for teachers (2.82 ± 0.242). **Conclusion.** Evaluation of the undergraduate medical curriculum has revealed positive elements that need to be consolidated and weaknesses that need to be remedied.

ARTICLE HISTORY

Received 13 Nov 2024
Accepted 30 Nov 2024

KEYWORDS

evaluation, teaching, overhaul,
curriculum, medicine

CORRESPONDING AUTHOR

Hanane BENALDJIA
h.benaldjia@univ-batna2.dz

1. INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, des changements considérables ont eu lieu dans la formation des professionnels de santé, notamment dans les méthodes d'enseignement et d'évaluation, essentiellement provoqués par l'analyse critique de la recherche en formation médicale et les théories sous-jacentes de l'éducation (1-3). L'évolution d'un environnement favorable à l'application de nouvelles méthodes d'apprentissage, notamment avec l'usage de nouvelles technologies de l'information et de la communication, a conduit effectivement à vouloir définir le profil du professionnel de la santé le plus pertinent au contexte « fit for purpose » (1, 4).

Le but principal de la responsabilité sociale d'une faculté de médecine est de s'assurer que ses actions produisent le meilleur impact possible pour un système de santé performant et un haut niveau de santé de la population. L'effet de ces actions devrait être évalué et pris en compte dans un système d'accréditation. Cette démarche est applicable et adaptable dans toute société, dans tout système de santé et pour tout professionnel de santé (1).

Les facultés de médecine ont une responsabilité sociale en tant qu'institution qui produit des professionnels de santé. Donc, il y a une nécessité de contrôle de qualité, une obligation de rendre compte et aussi une nécessité de se soumettre à une analyse

critique. Enfin, dans le cadre de la mondialisation qui requiert la mobilité des médecins et des étudiants, il faut que tout le monde s’aligne sur la même longueur d’onde (5).

Pour être accréditée, une institution doit vérifier, si sa mission et ses objectifs institutionnels ont été définis ? Et si le programme qui est établi et les ressources qui sont mobilisées permettent-ils effectivement à celle-ci de répondre à cette mission qui était préalablement définie ?

Au niveau international, la Fédération mondiale pour l’éducation médicale de son acronyme WFME (World Federation for Medical Education) est l’instance suprême chargée d’habiliter les organismes nationaux et régionaux à pouvoir accréditer une institution (6). Dans tous les cas de figure, il faut rappeler qu’il appartiendra à chaque faculté de médecine de se faire accréditer pour être compétitive (6).

Certains organismes tels que l’OMS, la CIDMEF (Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d’Expression Française) et la WFME tiennent à ce que la politique de fonctionnement d’une faculté de médecine soit claire dans ses missions, ses objectifs, son organisation et sa responsabilité sociale. Il découle de la lecture de ces programmes qu’une évaluation d’un composant du système d’enseignement-apprentissage centrée sur les programmes de formation médicale initiale, plus précisément ceux du premier cycle deviennent impératifs. En fait, cette évaluation ne peut être détachée du cadre global du cursus des études de médecine tel qu’il est prévu dans notre contexte national. Depuis l’institutionnalisation de la formation médicale en Algérie, plusieurs réformes ont été effectuées.

La refonte du premier cycle des études de graduation de médecine a été entamée en 2018. Parmi les objectifs de la refonte des programmes des études de graduation en médecine, la réorganisation architecturale du cursus. La nouvelle architecture tend vers l’introduction des unités d’enseignement intégrées (UEI) et des unités d’enseignement thématiques (UET) qui favoriserait, les apprentissages intégrés en faveur d’une meilleure consolidation des connaissances théoriques et pratiques. L’articulation en cascade, de trois cycles de formation, devrait permettre une construction progressive des compétences cliniques. Ainsi, le premier cycle consacré à l’acquisition de connaissances basiques et fondamentales, préparera à postériori, les savoirs cliniques. La complémentarité et l’intégration sont visées par les enseignements du premier cycle (1ère, 2ème et 3ème année de médecine) dans cette refonte.

Ce premier cycle des études de graduation de médecine entamé dans le cadre de la refonte en 2018 est arrivé à terme en 2021. L’objectif de ce travail est d’évaluer le nouveau programme d’enseignement du premier cycle des études médicales au niveau de la faculté de médecine de l’université Batna 2.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

C’est une étude quantitative descriptive transversale, évaluant les programmes d’enseignement du premier cycle des études médicales au niveau de la faculté de médecine de l’université Batna 2. Cette étude a touché les étudiants de première, de deuxième et de troisième année de médecine, les enseignants intervenants dans l’enseignement du premier cycle des études médicales et les instances pédagogiques de la faculté. Le plan du protocole de l’évaluation des enseignements du premier cycle est celui adopté par le ministère de l’Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique. Ce protocole a été contextualisé à partir de ceux de la WFME et de la CIDMEF (7). Ce plan couvre les axes suivants, l’organisation, les contenus, le volume horaire, les objectifs, les méthodes d’enseignement et les méthodes d’évaluation. Les variables (évaluant les avis des participants vis-à-vis de l’application des programmes) ont été scorées selon l’échelle de Lickert de 1 à 5.

Les questionnaires ont été préparés sur Google Forms™ et diffusés via le réseau social Facebook™ pour les étudiants (Liens ici) et envoyés par mail pour les enseignants (Liens ici). Des rapports de synthèses ont été établis par les Comités Pédagogiques (CP) de chaque année d’enseignement. Les instances pédagogiques de la faculté ont, ainsi, finalisé, un rapport de synthèse d’évaluation ayant permis de consolider les forces des programmes et de remédier aux faiblesses (figure 1). Le présent travail développe essentiellement le rapport final du département de médecine de la faculté de médecine de Batna. L’anonymat était respecté.

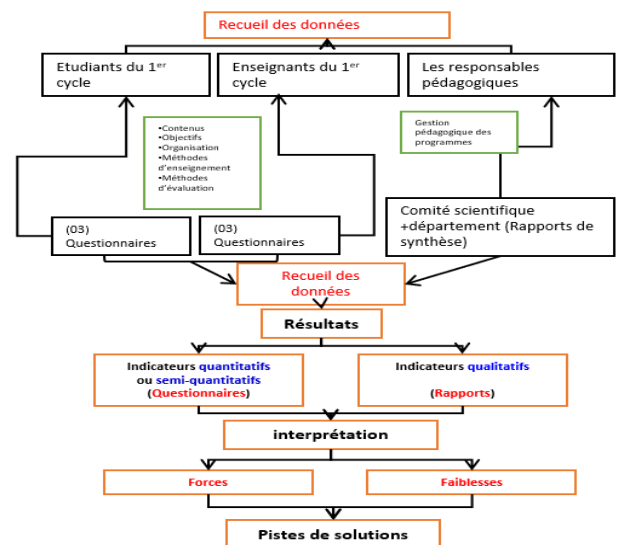


Figure 1. Les étapes et les sources d’information pour l’évaluation des enseignements du premier cycle des études médicales à la faculté de médecine de Batna.

3. RESULTATS

Sur 1893 étudiants inscrits en première, deuxième et troisième année de médecine, 878 ont répondu aux questionnaires avec un taux de participations de 46,38 %. Les taux de participations des étudiants selon l'année d'étude étaient : 54,23 % pour les étudiants de première année, 49,06 % pour les étudiants de deuxième année et 35,82 % pour les étudiants de troisième année. Les trois groupes sont caractérisés par une prédominance féminine avec un sex-ratio inférieur à 1. Plus de la moitié des participants à l'étude résident à la cité universitaire (tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques de la population d'étude

La variable	1AM	2AM	3AM
Nombre d'étudiants inscrits	627	638	628
Nombre de répondants	340	313	225
Taux de participation (%)	54,23 %	49,06 %	35,82 %
Sex-ratio	0,25	0,27	0,21
Nombre d'enseignants (participants)	21	14	13
Lieu de résidence des étudiants			
Cité universitaire	56,2 %	54 %	59,7 %
Chez leurs parents	43,8 %	46 %	40,3 %

Le programme national était jugé moyennement respecté selon les étudiants avec des scores moyens de : 2,91 ±0,059 (1ère année), 2,75 ±0,063 (2ème année) et 2,11 ±0,069 (3ème année). Par contre il est respecté selon les enseignants avec les scores moyens suivants : 4,33 ±0,105 (1ère année), 4,14 ±0,231 (2ème année) et 4,15 ±0,274 (3ème année). Leurs avis concernant l'atteinte des objectifs fixés dans le programme national étaient proches. Ils ont jugé que ces derniers étaient moyennement atteints avec les scores moyens suivants : pour les étudiants (2,40 ±0,054 (1ère année), 2,42 ±0,057 (2ème année) et 1,90 ±0,070 (3ème année)) et pour les enseignants 3,81 ±0,148 (1ère année), 3,57 ±0,228 (2ème année) et 3,23 ±0,343 (3ème année) (Tableau 2).

Pour l'enseignement de la première année, les méthodes les plus utilisées selon les étudiants étaient : les travaux dirigés (TD) 85 % suivies par les travaux pratiques (TP) (78,2 %) puis le cours magistral (74,1 %). Quant aux enseignants : le cours magistral en présentiel ou à distance vient en première position (85,7 %) suivie par les TD (76,2 %) (Tableau 3).

Pour la mise en place du programme de la deuxième année, les étudiants ont cité les méthodes suivantes : cours magistral (76,7 %), enseignement à distance (EAD) (47,9 %) puis les TP (48,6 %). Les méthodes utilisées par les enseignants étaient : le cours magistral (100 %), l'EAD (100 %) et les TP (42 %) (Tableau 3).

Tableau 2. Enseignement théorique et pratique

La variable	L'année d'étude	Étudiants	Enseignants
Disponibilité du nouveau programme sur le site de la faculté (%)	1ère AM	53,6 %	85,7 %
	2ème AM	44,4 %	57,1 %
	3ème AM	27,6 %	69,2 %
Respect du programme national (PN) des différentes matières (m±sd)	1ère AM	2,91 ±0,059	4,33 ±0,105
	2ème AM	2,75 ±0,063	4,14 ±0,231
	3ème AM	2,11 ±0,069	4,15 ±0,274
Mise en place correcte des objectifs fixés sur le PN (m±sd).	1ère AM	2,53 ±0,056	4,10 ±0,168
	2ème AM	2,52 ±0,06	3,64 ±0,225
	3ème AM	1,80 ±0,062	3,08 ±0,329
Atteinte des objectifs fixés sur le PN (m±sd)	1ère AM	2,40 ±0,054	3,81 ±0,148
	2ème AM	2,42 ±0,057	3,57 ±0,228
	3ème AM	1,90 ±0,070	3,23 ±0,343
Evaluation du volume horaire global des matières (insuffisance) (%)	1ère AM	73,8	19
	2ème AM	78,3	71,4
	3ème AM	96,4	46,2
Utilité de l'introduction du module de "Santé Société Humanité" SSH (m±sd)	1ère AM	2,25 ±0,061	3,52 ±0,225
	2ème AM	2,13 ±0,068	/
Utilité de l'introduction des enseignements des langues (m±sd)	1ère AM	2,38 ±0,079	3,52 ±0,313
	2ème AM	2,17 ±0,083	3,71 ±0,339
	3ème AM	1,53 ±0,073	4,62 ±0,241

Tableau 3. Les méthodes utilisées pour la mise en place du programme national

L'année d'étude	La méthode	Étudiants (%)	Enseignants (%)
Première année	Cours magistral	74,1	85,7
	TD	85	76,2
	TP	78,2	19
	Enseignement à distance (EAD)	42,4	85,7
Deuxième année	Simulation	47,4	4,8
	Cours magistral	76,7	100
	TD	19,2	0
	TP	48,6	42,9
	EAD	47,9	100
Troisième année	Simulation	27,2	21,4
	Stage en milieu hospitalier	34,2	0
	Cours magistral	79,6	92,3
	TD	10	0
	TP	15,8	0
	EAD	49,3	76,9
	Simulation	85,9	7,7
	Stage en milieu hospitalier	33	23,1

Les méthodes utilisées pour l'enseignement de la troisième année étaient selon les étudiants : la simulation (85,9 %), le cours magistral (79,6 %) et l'EAD (49,3 %). Selon les enseignants, les méthodes les plus utilisées étaient : le cours magistral (92,3 %), l'EAD (76,9 %) et les stages hospitaliers (23,1 %) (Tableau 3).

Les étudiants ont trouvé que le QCM est une méthode d'évaluation adaptée avec des scores moyens de $3,82 \pm 0,059$ pour les étudiants en première année, $3,66 \pm 0,061$ en deuxième année et $3,08 \pm 0,081$ en troisième année. Par contre cette moyenne est plus faible pour les enseignants qui est respectivement de l'ordre de $3,48 \pm 0,245$ qui chute en deuxième année à $2,29 \pm 0,244$ et en troisième année à $2,69 \pm 0,237$ (Tableau 4).

Tableau 4. Evaluation des enseignements.

La variable	L'année d'étude	Étudiants	Enseignants
Adaptation de l'évaluation par des "questions à choix simples" (QCS) ou multiples QCM des différentes matières (m±sd)	1ère AM	3,82 ±0,059	3,48 ±0,245
	2ème AM	3,66 ±0,061	2,29 ±0,244
	3ème AM	3,08 ±0,081	2,69 ±0,237
Souhait d'introduire d'autres méthodes d'évaluation (%)	1ère AM	34,7	57,1
	2ème AM	31,3	100
	3ème AM	34,8	84,6
Tri de certaines matières pour préparer et réussir l'année universitaire (%)	1ère AM	45,6	33,3
	2ème AM	54	100
	3ème AM	48,9	46,2

4. DISCUSSION

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'une auto-analyse dont le protocole national s'est intéressé à la mise en place des programmes du 1er cycle des études de médecine, notamment, l'agencement des matières enseignées, l'introduction des UEI et des UET, leur volume horaire, les objectifs pédagogiques et les méthodes d'enseignement et d'évaluation. La perception des étudiants et des enseignants a été recueillie par des questionnaires et des rapports de synthèse des comités pédagogiques des années. Si le temps imparti pour réaliser les étapes de l'évaluation paraît suffisant, nous nous sommes heurtés à des obstacles liés à la sensibilisation et à l'adhésion des partenaires locaux au processus de l'évaluation. Nous avons constaté des difficultés à mettre en place le dispositif de l'évaluation comme la gestion (conception, distribution, recueil et analyse des données) des questionnaires en format papier versus format électronique. Nous avons constaté une lenteur dans l'observation et le respect du protocole d'évaluation ; parfois même un refus d'adhérer au processus d'évaluation dont les matières enseignées étaient au centre de la démarche.

Certaines matières, notamment celles de la première année (histologie, embryologie et physiologie), ont été réorganisées selon le nouveau programme afin de permettre une intégration interdisciplinaire. Cet agencement semble dissiper la complémentarité escomptée de la refonte. Il a été rapporté un déphasage des enseignements de certaines disciplines (8), qui peut être défavorable au développement des capacités autre que la mémorisation tel que le raisonnement, la synthèse, l'analyse et le jugement (9).

L'objectif de l'introduction des enseignements des langues (Français-Anglais) en 1ère année et 2ème année de médecine est d'accompagner les étudiants dans leur transition des études secondaires vers les études universitaires. Transition conditionnée par la langue des enseignements (Arabe versus Français). Cette langue paraît aussi empaqueter par la disponibilité, à l'échelle mondiale, des informations scientifiques de plus en plus en Anglais.

Il a été constaté, lors de cette évaluation, que les enseignements des langues se font dans un cadre à orientation académique en dehors du contexte d'apprentissage médical. Il paraît en inadéquation avec la familiarisation et surtout la contextualisation des étudiants (et leurs apprentissages) avec la médecine. Des enseignements types, rédaction de résumés et des rapports médicaux, utilisation de séances de terminologie clinique et synthèse et/ou traduction d'articles scientifiques, sont suggérés pour mener au mieux les enseignements des langues durant le premier cycle.

La formation des étudiants en médecine nécessite, outre des connaissances basiques et fondamentales, une initiation précoce sur l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé dans le monde et en Algérie. Il s'agit d'une exigence de qualité qui a été introduite dans les programmes de première année de médecine dans le cadre de cette refonte. Comme l'introduction des langues, le module de Santé Société Humanité (SSH) est enseigné essentiellement par des cours magistraux. Cette méthode ne semble pas répondre aux objectifs de l'introduction de ce module. Si le cours magistral offre la possibilité de transmettre des connaissances déclaratives. Il ne peut cependant pas couvrir ultérieurement des comportements contextualisés (10). Il est proposé d'assurer des enseignements contextuels des langues et du module SSH. Les travaux dirigés basés sur des productions orales et écrites permettent d'atteindre au mieux les objectifs fixés dans la refonte (11). De cette manière, il faut alléger le contenu des cours magistraux et préconiser une immersion précoce sous forme de travaux dirigés ou d'apprentissage clinique contextuel comme la gestion du risque infectieux associé aux soins.

L'évaluation a pu aboutir aux mêmes conclusions pour l'agencement et l'organisation des programmes de 2ème et de 3ème année. L'introduction des UEI a comme but une intégration des connaissances tout en essayant d'atténuer les effets

barrières des modules où l'enseignant se positionnait comme l'unique garant de sa discipline. La conception des programmes de 2ème et de 3ème année a prévu des enseignements de matières au lieu de modules. Cependant, il semble que cette conception est plutôt figée sur les disciplines.

Afin d'atténuer les effets barrières cités précédemment, il est préférable de prioriser un apprentissage intégré dans un contexte clinique au lieu de celui des matières et des disciplines (12).

Le volume horaire de la majorité des matières a été correctement respecté, ceci malgré la situation sanitaire imposée par la COVID 19. Les chapitres des différents programmes du premier cycle ont été respectés. Cependant, nous avons constaté que certains enseignants estiment que le volume horaire qui leur a été imparti pour mettre en place les programmes de leur matière semble insuffisant. De l'autre côté, les étudiants pensent que le volume horaire est trop chargé et parfois même inutile. Nous pensons que les enseignants, étant exécuteurs des programmes, trouveront souvent insuffisant le volume horaire là où ils sont forts, c'est-à-dire l'enseignement de leur matière. Plus ils enseignent, plus la matière est importante à leurs yeux (8). Ils défendent leur discipline et pas forcément l'apprentissage utile et pertinent des étudiants. Les travaux de C. Agulhon (13, 14) ou de C. Musselin et S. Mignot-Gérard (15) ont montré comment les enseignants-chercheurs s'efforcent de défendre la place de leur discipline, lorsqu'ils répondent à des demandes émanant des pouvoirs publics ou du monde économique.

En effet, ce qui est important, c'est les finalités de ces programmes. Leur utilité ne se limite pas uniquement au volume horaire, mais à l'usage de ces matières enseignées d'où la notion fondamentale d'intégration.

Il est préférable de clarifier et de préciser les apports de certaines matières techniques (physique, chimie, statistiques, biochimie) dans la construction de connaissance et du raisonnement cliniques. Il est à souligner que les programmes de la première année de médecine trouvent leur appui dans ceux des années de tronc commun biomédical (TCBM).

Lors de ces années, certaines disciplines (physique, chimie, statistique...) avaient un programme préparant pour des formations autres que celles des médecins (pharmacien, dentiste, vétérinaire...). Il est souhaitable de décontextualiser les programmes, à priori, classant en des programmes pertinents et utiles dans la construction des savoirs cliniques.

Une importance est ainsi, donnée aux matières qui ont attiré aux apprentissages cliniques comme l'anatomie, l'histologie, la physiologie. Encore faut-il être capable de canaliser l'orientation de ce type de discipline vers un apprentissage intégré au lieu d'un simple enseignement disciplinaire conduisant à une éventuelle imbrication des connaissances ? D'ailleurs, en deuxième année de médecine, les programmes des UE1,4 et 5 (cardio-respiratoire et organes hématopoïétiques, appareil endocrinien

et de reproduction et système nerveux et organes de sens) semblent trop chargés. Leurs objectifs paraissent trop détaillés et peu réalisables. De même, en troisième année les programmes des UE1 et 2 (Psychologie médicale, sémiologie générale, appareil cardiovasculaire et l'unité appareil neurologique, locomoteur et cutané) sont trop lourds et il est très difficile de les mettre en place. À ce titre, il est suggéré d'apporter des améliorations aux programmes de ces matières.

Les objectifs généraux des programmes ont été globalement atteints. Les objectifs spécifiques paraissent trop détaillés, irréalisables par les enseignants et non atteignables par les étudiants.

Il est souhaitable de garder les objectifs généraux et intermédiaires des programmes. Les objectifs spécifiques seront laissés à l'appréciation des enseignants pour innover des objectifs réalistes et réalisables (16). Ces objectifs doivent être pertinents et surtout en relation avec l'apprentissage clinique. Cet apprentissage est conditionné par les finalités du troisième cycle. Que veut-on produire à la fin du deuxième cycle ? Quels sont les connaissances, les habilités et les comportements que doit avoir un étudiant à la fin de sa 6ème année de formation graduée ? On a pu déduire que le 1er et le 2ème cycles constituent un tronc commun. L'étudiant doit être suffisamment outillé pour entreprendre son 3ème cycle qu'il s'agisse de médecine générale ou d'autres spécialités.

La méthode d'enseignement a été fixée par les textes réglementaires lors de la phase de mise en place de ces programmes du premier cycle. L'introduction, dans le contexte de la COVID 19, d'autres méthodes d'enseignement, notamment les enseignements à distance (EAD) a montré leur apport (17, 18). Le cours magistral est par excellence la méthode de transmission de connaissances déclaratives. Ces connaissances peuvent être mieux consolidées, si elles sont réactivées dans un contexte d'apprentissage actif tel que les EAD, les exercices, les rédactions, les expressions, etc. Il est souhaitable d'alléger le contenu des cours magistraux et de favoriser les apprentissages contextuels actifs (EAD, TD, TP, stages, simulation, jeu de rôle...) (19).

Les EAD ont permis, outre de sauver l'année universitaire 2019/2020, de désynchroniser certains enseignements présentiels. À ce titre, un enseignement hybride a été préconisé avec des proportions, par exemple, de 2/3 sous forme de cours magistraux et 1/3 sous forme d'EAD ou d'apprentissage par problèmes (Apprentissage par problèmes, apprentissage au raisonnement clinique).

Les habilités techniques et comportementales des étudiants du premier cycle nous ont interpellés lors de cette évaluation. Les décideurs centraux, les doyens, les enseignants et les étudiants s'entendent tous, qu'il faut favoriser les compétences à l'exercice de la médecine. Les stages pratiques sont la pierre angulaire de cette refonte, c'est le résultat qui a le plus attiré notre attention.

Un apprentissage réel ou par simulation sont des solutions louables pour atteindre cette exigence de la refonte et de répondre aux espérances des étudiants, de leurs enseignants, des décideurs et surtout celles du système de santé.

Il est fortement, souhaitable d'anticiper, dès la première année de médecine, les apprentissages pratiques en milieu clinique, ceci par une immersion précoce. L'introduction des soins infirmiers et des gestes de secourisme en est l'illusion parfaite. Les modèles similaires d'immersion clinique ne peuvent qu'être transversaux et multiples. De ce fait, la désynchronisation des lieux des stages est fondamentale. Il s'agit d'une désynchronisation non uniquement dans l'espace, mais surtout dans le temps. Il revient à la faculté de mettre les moyens humains et matériels pour atteindre cet objectif. L'opportunité dont disposent certaines facultés de médecine c'est les centres de simulation qui peuvent contribuer de manière efficace au développement des habilités techniques et comportementales. L'apprentissage peut se faire aussi dans des structures de santé publique autres que les CHU. Les disparités facultaires peuvent être exploitées comme une opportunité locale. En effet, avoir un rapport d'évaluation pour chaque faculté de médecine doit être un levier fondamental pour une proactivité locale afin de s'adapter au mieux aux exigences actuelles et ultérieures de la refonte.

Les étudiants ont trouvé que les QCM est une méthode d'évaluation adaptée avec des scores moyens élevés contrairement aux enseignants qui avaient des moyennes plus faibles. L'évaluation des connaissances théoriques se fait, exclusivement, par des QCM et /ou QCS. Ce mode est fixé par les textes réglementaires (20, 21). Il semble que les avantages de cette méthode dépassent les inconvénients. Par ailleurs, cette exclusivité écarte, les autres méthodes d'évaluation comme les examens oraux, les examens semi-rédactionnels et rédactionnels de synthèse.

Ces outils permettent d'évaluer les capacités autres que la mémorisation, comme la synthèse, l'analyse et le jugement (22). Les QROC et les exercices notamment cliniques sont des pistes exploitables dans le cadre de la refonte. Des proportionnalités type 2/3 QCM et 1/3 exercice (ou QROC) ou des coefficients par matières composant les UEI, sont souhaitables. L'évaluation des compétences cliniques (habilités techniques et comportementales) peut utiliser les outils appropriés comme les ECOS (23).

Étudiants et enseignants ne semblent avoir les mêmes finalités de l'évaluation. Les premiers recherchent la réussite, les deuxièmes exigent l'excellence. Pour réussir, les étudiants sont certains de faire des tris dans certaines matières à faible coefficient (SSH, biostatistique, chimie, biochimie et physiologie). Certaines UET ne sont pas épargnées par ce tri (Biophysique, biochimie, anatomo-pathologie, radiologie, physiopathologie). Des fois, le tri se fait dans les matières composant l'UEI. Ce constat n'est pas étranger à l'adage anglophone « Evaluation

drives curriculum » (24). Le tri est une solution louable pour réussir, mais pas forcément pour être compétent !

Il est proposé de diversifier les méthodes d'évaluation (2/3 QCM, 1/3 QROC ou exercices). Des répartitions en pourcentage de réussite des matières composant les UEI (par exemple : 1/3 anatomie, 1/3 histologie et 1/3 physiologie).

Cette évaluation du premier cycle des études médicales est une étape ultime du processus de la refonte. Elle s'est intéressée à la phase d'exécution des programmes au niveau des facultés de médecine. Elle permet, à postériori, une modulation des différents axes de la refonte. Il s'agit d'un jugement de valeur, qui a pour but de consolider les acquis de cette première étape de la refonte, mais aussi d'identifier et de lever les insuffisances inhérentes à la mise en place des programmes des trois premières années des études de médecine (5).

L'adoption des programmes se déroule en trois temps. Le premier temps est celui de la conception. Nous avons ainsi compris que les programmes du premier temps sont ceux de la conception. Nous avons ainsi compris que les programmes du premier cycle ont été élaborés à l'échelle de la base, c'est-à-dire les enseignants. Si l'enseignant est le mieux placé pour connaître sa discipline, il ne peut que favoriser celle-ci. Souvent, la conception d'un programme est confiée à un comité spécialisé dit « comité des programmes ». Ce comité est à caractère national afin de garantir l'homogénéité des programmes. Il est souvent constitué d'experts dans le domaine des programmes d'enseignement. Par transposition, nous avons déduit que le CPNG, de son acronyme (Comité Pédagogique National de Graduation), est en charge de concevoir les programmes de graduation de médecine, notamment ceux du premier cycle.

Outre la conception des programmes, CPNG est en charge de planifier les orientations qui permettent la mise en place des programmes d'enseignement au niveau des facultés de médecine. L'enseignant est, à ce niveau, un exécuteur de ces programmes. Il accomplit cette tâche dans le cadre du CP de l'année. Le CP représente l'instance locale la mieux habilitée à mettre en place les programmes nationaux. Il semble que la phase de conception des programmes du premier cycle a été confiée en une partie aux enseignants de la base, d'où des programmes lourds trop détaillés, irréalisables et surspécialisés pour une phase de graduation. Ces programmes favorisent, avant tout, les disciplines au lieu de prioriser les apprentissages et les compétences.

À cela peut s'ajouter le manque de clarté et de précision concernant les finalités du premier et du deuxième cycle. Ces deux cycles semblent correspondre à une phase d'acquisition, des connaissances, des habilités techniques et comportementales. Il s'agit, donc, d'un tronc commun préparant le troisième cycle, qu'il s'agisse de médecine générale ou d'autres spécialités.

La participation des enseignants à l'élaboration des programmes n'est, peut-être, pas assez préjudiciable. Ce qui compte le plus, c'est la collaboration centrale et locale afin d'asseoir des programmes avec des finalités claires, précises et pertinentes à l'exercice de la médecine.

5. CONCLUSION

La refonte des programmes nous a paru une exigence sociétale. Pour pouvoir la mener au mieux, il faut peut-être avoir toute l'agilité d'initier, d'informer et de sensibiliser les différents partenaires du système enseignement santé-société. Cette refonte s'inscrit dans le cadre d'une démarche qualité qui ne peut pas être réduite à des programmes d'enseignement. Elle doit chercher et adopter les mécanismes de promotion et de partenariat de ce système enseignement santé-société.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

REFERENCES

- Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, Gibbs TJPM. Rendre une faculté de médecine socialement responsable. Guide AMEE No 109. 2018;19(4):181-98. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed/2019027>
- Eva KWJMe. The cross-cutting edge: striving for symbiosis between medical education research and related disciplines. Wiley Online Library; 2008. p. 950-1. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03163.x>
- Gibbs T, Durning S, Van Der Vleuten CJMT. Theories in medical education: Towards creating a union between educational practice and research traditions. 2011;33(3):183-7. DOI: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.551680>
- Ross BM, Daynard K, Greenwood DJER, Reviews. Medicine for somewhere: the emergence of place in medical education. 2014;9(22):1250-65. DOI: <https://doi.org/10.5897/ERR2014.1948>
- Boelen C, Grand'Maison P, Ladner J, Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. Pédagogie médicale. 2008;9(4):235-44. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed:2008368>
- Boelen C, Bergeron R, Braun M, Chabot J-M, Diot P, Dumas J-L, et al. Accréditation pour l'excellence et excellence dans l'accréditation. Faculté de médecine et santé du public. Pédagogie Médicale. 2016;17(2):117-25. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed/2016030>
- Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française. " Politique et méthodologie d'évaluation des facultés de médecine et des programmes d'études médicales". 2006.
- GUEDJATI MR. Évaluation des programmes d'études de la première et de la deuxième année de médecine-Faculté de médecine de Batna: Université de Batna 2; 2013.
- Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook 1: Cognitive domain: Longman New York; 1956.
- Pelaccia T. Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé?: De Boeck Supérieur; 2016.
- Kinet S, Marchand C, Rallier J, Gagnayre R. Évaluation d'une stratégie d'enseignement sur la dynamique du transfert des acquis de formation en situation professionnelle. Pédagogie médicale. 2010;11(3):167-80. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed/2011005>
- Nendaz M, Hartley O, Chanson M, Savoldelli G. Étudier la médecine humaine à l'Université de Genève: Un programme d'études intégré et innovant. Praxis. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003554>
- Agulhon C. La professionnalisation à l'université, une réponse à la demande sociale? Recherche et formation. 2007(54):11-27. DOI: <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.928>
- Agulhon C, Convert B, Gugenheim F, Jakubowski S. La professionnalisation. Pour une université «utile». 2012;270.
- Mignot-Gérard S, Musselin C. Looking for New Ways to Regulate University Education. Education et sociétés. 2001;8(2):11-25.
- Guilbert J-J. Guide pédagogique pour les personnels de santé: Dominique Bédier; 1990.
- Pelaccia T, Demeester A, Charlin B, Deneff J-F, Gagnayre R, Maisonneuve H, et al. Le déploiement de la formation à distance au sein des facultés de médecine dans le contexte de la crise sanitaire liée à la COVID-19: et après? : EDP Sciences; 2020. p. 173-4. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed/2020055>
- Benaldjia H, Bouhidel J, Guedjati MR. Enseignement médical à distance au temps de la pandémie COVID-19 à la faculté de médecine de l'Université Batna 2 en Algérie. Algerian Journal of Health Sciences.43. DOI : 10.5281/zenodo.4657583
- Gilliot J-M, editor Pédagogie active: quelques formes emblématiques et alternatives. Colloque Défi&Co du CESI:«Penser la Formation aujourd'hui: un nouveau paradigme»; 2017.
- Arrêté n°: 004 du 19 Janvier 2020 fixant les modalités d'organisation d'évaluation et de progression de la deuxième année des études universitaires de graduation en médecine, (2020).
- Arrêté n°: 789 du 26 Oct 2020 fixant les modalités d'organisation d'évaluation et de progression de la troisième année des études universitaires de graduation en médecine., (2020).
- Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic medicine. 1990;65(9):S63-7.
- Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie médicale. 2007;8(4):232-51. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed:2007026>
- Cifu AS. Evaluation drives curriculum. Medical Teacher. 2012;34(5):425-.