



HAL
open science

Place de la médecine générale dans les dossiers des Épreuves Classantes Nationales de 2004 à 2011

Sarah Filoche

► **To cite this version:**

Sarah Filoche. Place de la médecine générale dans les dossiers des Épreuves Classantes Nationales de 2004 à 2011. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01117108

HAL Id: dumas-01117108

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01117108>

Submitted on 16 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2014

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

FILOCHE Sarah

Née le 27/08/1985 à Changnung-Kun (République de Corée)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 Décembre 2014

Place de la médecine générale dans les dossiers des Epreuves Classantes Nationales de 2004 à 2011

PRESIDENT DU JURY: Professeur Benoît VEBER

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Matthieu SCHUERS

MEMBRES DU JURY : Professeur Louis SIBERT

Professeur Alain MERCIER

Docteur Joël LADNER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015

U.F.R. DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail

Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombr</i> e)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombr</i> e)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombr</i> e)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie

Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie

Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAÎTRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX – NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie Organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie Thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine Générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine Générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A mon Président de thèse, Monsieur le Professeur Benoît VEBER,

J'ai appris à vos côtés l'importance de la qualité des relations humaines. Vous me faites aujourd'hui l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Louis SIBERT,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Je vous prie d'accepter ma reconnaissance la plus sincère.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Alain MERCIER,

Je vous remercie de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie également de votre avis tout au long de ce travail et d'avoir permis à l'étude ECOGEN de se réaliser. Je vous prie de trouver ici mes sincères remerciements ainsi que ma respectueuse considération.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Joël LADNER,

Vous avez accepté avec enthousiasme de faire partie de ce jury de thèse et vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS,

Je te remercie pour ta disponibilité, ton aide, tes précieux conseils et ton soutien tout au long de ces années de travail. Je te prie de trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A tous les internes et chefs de cliniques ayant participé à l'étude ECOGEN. Merci d'avoir rendu possible cette étude.

Aux maitres de stages qui nous ont permis de recueillir les données de leurs consultations.

Particulièrement à mes maitres de stage, le Docteur Fabrice LE MOAL et le Docteur TAHON

Au Docteur Laurent LETRILLART qui a dirigé cette étude.

A l'ensemble des membres du conseil scientifique et du groupe de pilotage de l'étude.

A Florent VERSAILLIE et Julien GELLY pour leur soutien méthodologique.

REMERCIEMENTS

A ma mère et à mon père. Merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années d'étude et de m'avoir permis d'en arriver là. Merci de m'avoir écouté, orienté et rassuré pendant ces moments de doute. Merci d'avoir continué à croire quand je ne croyais plus. Avec tout mon amour.

A mon frère et confrère Paul. J'espère un jour avoir le plaisir de pouvoir t'adresser des patients... En attendant, continuons à nous donner des rendez vous sportifs.

A Aurélie, à Victoria, à Louis et à mon filleul Augustin.

A ma sœur Hélène. Nous avons la chance d'avoir cette complicité qui nous permet de nous comprendre d'un seul regard sans avoir besoin de parler, c'est donc en toute simplicité que je te dis : merci.

A Yann, à Jérémie mon petit génie, et à piccola Sarah.

A José et Alain, merci d'être, respectivement, (re)venu.

A Victor, mon fiancé. Merci pour ton aide, ta participation et ta patience tout au long de ce travail. Merci de me rendre un peu plus heureuse chaque jour et d'avoir rendu les dimanches soirs moins tristes.

A Romain, mon meilleur ami (et sans doute mon ami le plus drôle). Merci pour ton soutien ton écoute et tes conseils tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel. Merci pour ces moments.

A Tibo, merci pour les réunions du jeudi soir à MA table et pour tout ce qui s'en suit.

A Grégoire, merci pour ton infaillible amitié.

A Etienne, mon plus vieil ami qui essaye de fuir le monde médical. Merci de me faire partager ta vision du monde. Ton sens critique m'aide à avancer.

A Bibi, merci pour ton aide qui a contribué à l'élaboration de ce travail.

Aux Docteurs Carole et Xavier Odoux, c'est toujours avec beaucoup de plaisir que je travaille avec vous. Merci de votre confiance lors des remplacements.

Abréviations :

CISP-2 : 2^{ème} version de la Classification Internationale des Soins Primaires

CNCI : Centre National des Concours d'Internat

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPNEM : Commission Pédagogique des Etudes Médicales

CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

ECOGEN : Elément de la COnsultation en médecine GENérale

ECN : Epreuves Classantes Nationales

FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale

LMD : Licence – Master – Doctorat

MSU : Maître de Stage Universitaire

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales

QCM : Question à Choix Multiple

QROC : Question à Réponse Ouverte et Courte

RC : Résultat de Consultation

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

TCS : Test de Concordance de Script

Ce travail de thèse a été réalisé sous forme d'article dans le but d'une soumission à la revue
Pédagogie Médicale.

Le manuscrit se compose d'une présentation du contexte de l'étude, puis de l'article.

SOMMAIRE

Introduction

I.	LES ETUDES MEDICALES	25
	1) Le premier cycle des études médicales	25
	2) Le deuxième cycle des études médicales	25
	3) Le troisième cycle des études médicales	25
	4) La réforme licence – master – doctorat	26
II.	LES EPREUVES CLASSANTES NATIONALES	26
	1) Historique des ECN	26
	2) Déroulement des ECN	26
	3) Elaboration des sujets des ECN	27
	4) Correction des ECN	28
	5) Programme des ECN	28
	6) Les iECN	28
III.	PLACE DES ECN DANS LES APPRENTISSAGES	29
	1) Objectif des ECN	29
	2) Conséquences des enjeux des ECN	29
	3) Les ECN au profit de la pédagogie	30
IV.	LA MEDECINE GENERALE	30
	1) La médecine générale universitaire	30
	2) Enseignement et médecine générale	30
V.	CONCLUSION	31
	BIBLIOGRAPHIE	32

Article

INTRODUCTION	35
MATERIEL ET METHODE	36
1) Etude ECOGEN	36
<i>Schéma d'étude</i>	36
<i>Investigateurs</i>	36
<i>Recueil des données</i>	36
<i>Données recueillies</i>	36
<i>La CISP-2</i>	37
<i>Saisies des données</i>	37
<i>Aspects éthiques et réglementaires</i>	38
2) Données issues des ECN	38
<i>Critères d'inclusion</i>	38
<i>Codage des données</i>	38
3) Maladies Chroniques	39
4) Analyse statistique	39
RESULTATS	39
1) Résultats de consultation	39
<i>Description globale</i>	39
<i>Répartition par chapitre</i>	40
<i>Répartition par type</i>	41
<i>Top 15</i>	41
2) Procédures	43
<i>Description globale</i>	43
<i>Répartition par type</i>	43
3) Maladies chroniques	44
<i>Description globale</i>	44
<i>Top 10</i>	44
DISCUSSION	45
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50

Annexes

1. Annexe 1 – 2^{ème} version de la Classification Internationale des Soins Primaires 53
2. Annexe 2 – Questionnaire standardisé de recueil des données de consultation 55
3. Annexe 4 – Top 10 des RC/maladies chroniques (ECOGEN) 56
4. Annexe 5 – Top 10 des RC/maladies chroniques (ECN) 57
5. Annexe 3 – Instructions aux auteurs de *Pédagogie Médicale* 58

INTRODUCTION

Depuis 2004, les Epreuves Classantes Nationales (ECN) sont passées par l'ensemble des étudiants en médecine à l'issue du deuxième cycle des études médicales. Le classement à ces épreuves permet de déterminer le choix de la spécialité et de la ville d'exercice. La médecine générale est devenue à cette occasion une spécialité à part entière avec la création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisés (DES).

I. LES ETUDES MEDICALES

Les études médicales se répartissent en trois cycles.

1) Le premier cycle des études médicales (PCEM)

Il se déroule sur deux ans. La 1^{ère} année est une année d'enseignement théorique dont le concours à la fin de l'année permet de déterminer, selon le numérus clausus, le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre les études médicales. La 2^{ème} année (PCEM2) est une année d'enseignement théorique accompagné d'un stage infirmier et d'un stage de sémiologie.

2) Le deuxième cycle des études médicales (DCEM)

Il est constitué de quatre années séparées en deux parties.

La 1^{ère} année de ce cycle (DCEM1) est une année de transition qui reste très théorique avec un enseignement bioclinique et des stages hospitaliers où l'étudiant est simple observateur.

Les trois années suivantes correspondent à ce qu'on appelle communément « l'externat » et comportent une formation théorique et une formation clinique (stages hospitaliers).

Au cours de la 4^{ème} et dernière année du DCEM, les étudiants doivent passer un certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) permettant la validation du DCEM. Les modalités de cet examen sont définies par chaque unité de formation et de recherche de médecine. La validation du deuxième cycle dépend donc de chaque faculté (1).

A l'issue du 2^{ème} cycle, les ECN sont une étape obligatoire pour accéder au 3^{ème} cycle et obtenir une affectation en qualité d'interne (2).

3) Le troisième cycle des études médicales (TCEM)

Il correspond à l'internat au cours duquel les internes reçoivent à temps plein une formation pratique mais aussi théorique. L'internat dure de 3 à 5 ans selon la spécialité.

Il est sanctionné par un diplôme d'études spécialisées (DES)(3).

4) La réforme Licence - Master – Doctorat

Dans le cadre de la réforme Licence – Master – Doctorat (LMD), les 1^{er} et 2^{ème} cycles des études médicales ont fait l'objet d'une réorganisation progressive de 2009 à 2013 (4).

Le 1^{er} cycle se déroule désormais sur 3 ans et permet l'obtention du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM) qui délivre un grade licence. Il comprend la première année commune aux études de santé (PACES) dont le classement au concours donne accès aux études de médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique. Les deux années suivantes DFGSM1 et DFGSM2 correspondent respectivement à l'ex PCEM2 et DCEM1.

Le 2^{ème} cycle dure 3 ans et permet l'obtention du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) qui délivre un grade master. Il remplace la 2^{ème} partie du 2^{ème} cycle des études médicales et correspond aux 3 années d'externat.

Le CSCT est remplacé par le certificat de compétences cliniques.

II. LES EPREUVES CLASSANTES NATIONALES

1) Historique des ECN

Depuis 1902, l'accès aux spécialités est réglementé. Deux voies s'offraient aux médecins qui désiraient se spécialiser : d'une part l'internat des hôpitaux, véritable concours hospitalier qui ouvrait l'accès aux spécialités chirurgicales et d'autre part, les certificats d'études spécialisées (CES) qui ouvraient l'accès aux spécialités médicales.

L'internat de spécialité a été mis en place en 1984 suite à la loi du 23 décembre 1982 dans le but de revaloriser la médecine générale et de répondre aux directives européennes. Ainsi, les étudiants qui souhaitaient se spécialiser devaient à la fois passer le concours de l'internat mais aussi être classé en « rang utile » par rapport au nombre de postes offerts. Les étudiants qui décidaient de ne pas passer le concours ou les étudiants qui se classaient au-delà des rangs utiles devenaient résidents en médecine générale.

La mise en place des ECN en 2004, actée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (5), remplace le concours de l'internat des hôpitaux. Ces épreuves sont désormais passées par l'ensemble des étudiants à l'issue du DCEM.

2) Déroulement des ECN

L'organisation et le déroulement des épreuves sont sous la responsabilité du Centre National de Gestion (CNG) des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique.

Elles ont lieu simultanément dans 7 inter-régions.

Les ECN comportent 4 épreuves rédactionnelles: 3 épreuves de 3 dossiers cliniques d'une durée de 3 heures chacune et une épreuve de lecture critique d'un ou plusieurs articles scientifiques (instaurée depuis 2009) également d'une durée de 3 heures.

Les dossiers comportent 4 à 10 questions à réponses ouvertes et courtes (QROC) et peuvent comprendre des iconographies. La durée prévue pour y répondre est d'une heure.

Chaque dossier est noté sur 100 points, comptant chacun pour 10% de la note. La note finale est donc de 1000 points.

Le classement aux ECN permet aux candidats de choisir par « ordre de mérite » leur affectation par spécialité et par subdivision, dans la limite des postes disponibles.

Le nombre de postes ainsi que leur répartition par discipline et par centre hospitalier universitaire sont fixés chaque année par arrêté des ministres avant la levée de l'anonymat des résultats. Les étudiants choisissent entre 11 spécialités (Médecine Générale, Spécialités médicales, Spécialités chirurgicales, Anesthésie-Réanimation, Pédiatrie, Gynécologie-Obstétrique, Gynécologie Médicale, Psychiatrie, Biologie Médicale, Médecine du travail, Santé Publique) et 28 subdivisions (2).

3) Elaboration des sujets

L'élaboration et la gestion des banques nationales de questions sont assurées par le conseil scientifique en médecine du Centre National du Concours de l'Internat (CNCI). Il est composé de 8 membres, enseignants chercheurs ou praticiens hospitaliers, nommés par arrêté ministériel, pour une durée de 4 ans. Le président du conseil scientifique désigne 5 experts pour chaque spécialité, ou groupe de spécialités, susceptibles de faire l'objet de questions aux ECN. Les experts soumettent des sujets qui sont enregistrés dans la banque de données. Chaque année le président du conseil scientifique effectue le tirage au sort des dossiers des ECN. Le conseil scientifique remanie les sujets de manière à ce qu'ils soient adaptés aux items de l'ECN et aux recommandations en vigueur. Le conseil scientifique établit également une grille de correction pour chaque sujet (6).

Dans les conseils pour l'élaboration des dossiers des ECN, le CNCI précise que les dossiers doivent privilégier l'approche multidisciplinaire d'un état pathologique. Le CNCI recommande aux auteurs de poser des questions sur « les aspects éthiques et médico-légaux, l'information du malade et de sa famille, la prévention, la physiopathologie, l'épidémiologie, la dimension sanitaire et sociale, le rapport bénéfice/risque, d'éviter les questions de mémorisation pure, de diversifier au maximum les questions en faisant apparaître l'approche multidisciplinaire de la pathologie en cause, de poser des questions suscitant une réflexion et bien sûr de veiller à ne poser des questions que sur les objectifs libellés dans le texte officiel ». Le CNCI recommande également que les cas cliniques soient inspirés le plus possible d'une histoire réelle observée (7).

4) La correction

Le jury de correction est composé au minimum de trois cents membres (professeurs des universités, praticiens hospitaliers et maîtres de conférences des universités, praticiens hospitaliers appartenant aux collèges électoraux des sections médicales et sous médicales du Conseil national des universités) tirés au sort chaque année.

Le conseil scientifique propose une grille de correction de réponses mais celle-ci est fixée par le jury au moment de la correction.

Pour chaque copie une double correction indépendante est effectuée. Une troisième correction est réalisée si les notes diffèrent de plus de 5% (2).

5) Le programme des ECN

Le programme des ECN est celui de la seconde partie du deuxième cycle des études médicales. Il est fixé par l'arrêté du 4 mars 1997 (1). Ce programme est révisé tous les 4 ans par la CPNEM (Commission Pédagogique Nationale des Etudes Médicales). L'ensemble des objectifs pédagogiques terminaux, correspondant à quelques 345 items, est publié chaque année au bulletin officiel et sont répartis en trois parties (9) :

- La 1ère partie comprend 11 modules transversaux (1/ apprentissage de l'exercice médical 2/ de la conception à la naissance 3/ maturation et vulnérabilité 4/ handicap, incapacité, dépendance 5/ vieillissement 6/ douleur, soins palliatifs, accompagnement 7/ santé et environnement. Maladies transmissibles 8/ immunopathologie, réaction inflammatoire 9/ athérosclérose, hypertension, thrombose 10/ oncologie, oncohématologie 11/ synthèse clinique et thérapeutique. De la plainte du patient à la décision thérapeutique. Urgences.)
- La 2ème partie concerne les maladies et grands syndromes,
- La 3ème partie traite de l'orientation diagnostique.

6) Les iECN

Les ECN font actuellement l'objet d'une réforme concernant le support et le mode d'administration des épreuves. A partir de 2016, les épreuves se dérouleront sur tablettes tactiles numériques. L'utilisation de l'informatique va permettre aux étudiants de passer les épreuves dans leur faculté mais aussi une correction automatique qui devrait limiter les biais liés à la correction humaine. Cette nouvelle organisation devrait par ailleurs faire diminuer les coûts financiers.

Il sera proposé des dossiers cliniques progressifs comportant des QROC, des questions à choix multiples (QCM), des questions isolées. L'ensemble de ces épreuves sera noté sur 10000 points (9). La banque de sujets va donc être à cette occasion complètement renouvelée.

Le programme du deuxième cycle avec la mise en place du DFASM connaît lui aussi des modifications. Désormais, le programme du 2^{ème} cycle comprend 13 Unités d'Enseignement dont 11 Unités d'Enseignements transdisciplinaires regroupant 362 items des ECN, une unité d'enseignement de formation générale à la recherche et une unité d'enseignement « Stages et gardes » (4).

Les étudiants qui ont commencé leur 4^{ème} année de médecine à la rentrée 2013-2014 vont être les premiers étudiants diplômés du DFASM et expérimenteront les iECN en 2016.

III. PLACE DES ECN DANS LES APPRENTISSAGES

1) Objectif des ECN et critiques des ECN :

Les ECN ont pour objectif de classer les étudiants.

Après les ECN 2005, J-P Le Bourgeois critique le manque de pouvoir discriminant de ces épreuves, qui va s'accroître avec l'augmentation du nombre de candidats. Il propose pour cela une diversification des épreuves, le retour à un certain degré d'automatisation des corrections et surtout la mise en place de tests de concordance de scripts (TCS) (10, 11).

Francis Roussel met également en avant le fait que les caractéristiques docimologiques des ECN leur confèrent un faible pouvoir discriminant (12). Jacques Roland quant à lui, compare les ECN à « un immense tirage au sort » (13).

Les ECN n'ont pas de rôle certificatif. C'est en effet aux facultés de s'assurer du niveau de ses étudiants notamment lors du CSCT dont les modalités d'examens dépendent de chaque faculté (1). Francis Roussel souligne la particularité qu'ont les ECN de ne constituer « ni un examen – puisqu'aucune performance minimale n'est requise –, ni un concours – puisque le nombre de postes offerts dépasse le nombre de candidats » (12) et reproche aux ECN de ne pas être certifiantes. Il n'est d'ailleurs pas le seul à regretter qu'il soit possible de passer ces épreuves avec une note proche de zéro (14) (15). Pierre Duhaut met de plus en exergue le fait qu'il ne soit pas obligatoire d'obtenir la moyenne aux ECN, bien qu'elles soient pourtant indispensables pour accéder au 3^{ème} cycle (16).

2) Conséquences des enjeux des ECN

Le classement aux ECN permet de déterminer « par ordre de mérite » le choix de la spécialité et de la ville. Les enjeux des ECN sont donc d'une importance majeure pour les étudiants.

Les ECN peuvent alors être complètement surinvesties, pouvant aller jusqu'à un « bachotage institutionnalisé » selon Jean-Paul Le Bourgeois (10). Jacques Roland évoque un second cycle des études médicales où « on n'apprend pas à exercer un métier mais à bien réussir un concours » (13).

3) Les ECN au profit de la pédagogie

Les modalités d'évaluation des étudiants conditionnent leurs apprentissages. Comme le précise Jean Jouquan, on a plus de chance d'influencer les apprentissages en ne modifiant que le dispositif d'évaluation plutôt qu'en modifiant les procédures pédagogiques (17).

Bien que les ECN ne soient pas certificatives et ne constituent pas une procédure d'évaluation, elles sont néanmoins le support d'apprentissage des étudiants compte tenu des enjeux qu'elles représentent. Il est donc dommage de se limiter au seul objectif classant des ECN et de ne pas mettre plus à profit ces épreuves au service de la formation.

IV. LA MEDECINE GENERALE

Dans *Le choix d'une vie*, étude sociologique des choix des étudiants à l'issue des épreuves classantes nationales de 2005, Anne-Claire Hardy-Dubernet et Yann Faure relèvent l'absence d'apprentissage de la médecine générale au cours du 2^{ème} cycle où « la spécialité de médecine générale n'existe pas pour les étudiants puisqu'ils n'apprennent que des spécialités et que parmi celles-ci il n'y a pas de médecine générale » (18).

1) La Médecine générale universitaire

L'implantation de la médecine générale au sein de la formation hospitalo-universitaire s'est faite de manière progressive face à la complexité de la situation opposant la médecine hospitalière et la médecine générale de premiers recours exercée majoritairement en ville sous un statut libéral.

Rappelons quelques dates ayant marqué l'évolution de la médecine générale :

- 2004 : mise en place des ECN et création du Diplôme d'études spécialisées (19). La médecine générale devient une spécialité à part entière.
- 2007 : intégration de la spécialité Médecine Générale au Conseil National des Universités dans la sous-section 53-01 (médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale et addictologie)
- 2008 : création de la filière universitaire de médecine générale (FUMG) (20) et nomination des premiers chefs de cliniques universitaires (21).

2) Enseignement et médecine générale

Le stage de médecine générale au cours du 2^{ème} cycle est obligatoire depuis l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Ce caractère obligatoire est rappelé par l'arrêté du 18 juin 2009 (22).

Dans une étude sur l'état des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{er} janvier 2013, il apparaît que l'ensemble des facultés de médecine propose ce stage. Cependant, il n'est

pas réalisable par l'ensemble des étudiants au cours de leur cursus du fait d'un manque de maitres de stage universitaires (MSU) avec un ratio MSU/étudiants du DFASM de $\frac{1}{4}$.

Par ailleurs, la loi HPST du 21 juillet 2009 prévoyait la création annuelle pour une durée de 4 ans d'un nombre minimal de postes d'enseignants de MG. Au 1^{er} janvier 2013, il existait déjà un retard dans la création de postes avec un déficit de 31 professeurs et de 82 maitres de conférences titulaires. Le nombre d'enseignants de médecine générale reste encore trop faible avec à cette même date un ratio enseignants (titulaires et associés à mi temps)/étudiants de 3^{ème} cycle de 1/108 (23).

V. Conclusion

La mise en place des ECN avait pour but de revaloriser la médecine générale en faisant d'elle une spécialité à part entière. Le programme du 2^{ème} cycle a été à cette occasion modifié afin de répondre à une certaine transversalité et non plus aux spécialités dites traditionnelles. Le choix de la spécialité et de la ville selon le rang de classement associé au faible pouvoir discriminant des ECN font de ces épreuves une priorité pour les étudiants et ce, au détriment des autres apprentissages.

La réforme des ECN pour 2016, a pour objectifs d'augmenter la discrimination entre les étudiants et de mettre à profit les ECN au service de la formation.

Les études médicales sont actuellement en plein changement avec d'une part, la réforme des iECN, et d'autre part, la réforme LMD pour harmoniser les études universitaires dans l'espace européen.

La revalorisation de la médecine générale initiée par la mise en place des ECN s'est poursuivie par la création de la FUMG. Elle doit continuer à se poursuivre en passant notamment par l'apprentissage de la médecine générale au cours du deuxième cycle.

Le nombre de postes ouverts en médecine générale correspond à la moitié de l'ensemble des postes. Les ECN s'adressent donc à de futurs médecins généralistes pour la moitié d'entre eux. Nous nous sommes donc intéressés au contenu des sujets des ECN afin d'évaluer et de comparer la représentation des problèmes de santé rencontrés en médecine générale à ceux retrouvés dans les ECN.

Bibliographie

1. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (NOR : MENU9700546A) Journal Officiel de la République Française. 16 octobre 2011 [On-Line] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=609A6D40B45F07954BE6B6EEB0CB9DB9.tpdjo04v_1?cidTexte=LEGITEXT000005623113&dateTexte=20150831
2. Arrêté du 24 février 2005 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales (NOR : SANH0520681A) Journal officiel de la République Française. 06/12/2012 [On-line] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3E0744670CBE723BD7662D446E71D4E8.tpdjo17v_1?cidTexte=JORFTEXT000000603867&dateTexte=20140922
3. Décret du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (NOR: MENS0302822D) Journal Officiel de la République Française. 21/10/2013 [On-line] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658>
4. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales (NOR : ESRS1308333A). 23/04/2013 [On-line] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762&fastPos=18&fastReqId=227232502&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte-LEGISCTA000027344612>
5. Loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (NOR: MESX0000077L) Journal officiel de la République Française. 2012 [On-Line] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=690C64B293B4473364E22D5862876073.tpdjo04v_1?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte=20140915
6. Arrêté du 25 septembre 2008 relatif aux Conseils scientifiques et modalités de prise en charge et d'organisation des épreuves d'accès au troisième cycle des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (NOR : ESRS0800282A) Bulletin Officiel N° 40 du 23 octobre 2008 [On-Line] Disponible sur : http://media.education.gouv.fr/file/40/31/7/BO40ESR_37317.pdf
7. Centre National des Concours de l'Internat. Conseils pour l'élaboration des dossiers des ECN. 2004 [On-line]. Disponible sur : <http://www.cnci.univ-paris5.fr/medecine/ConseilAuteur.pdf>

8. Objectifs pédagogiques terminaux pour les items de la 2^{ème} partie du 2^{ème} cycle des études médicales (NOR : MENS0101690K). 2001 [On-line] Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/31/default.htm>
9. Système Informatique Distribué d'Evaluation en Santé. 2012 [On-line]. Disponible sur : <http://side-sante.org>
10. Le Bourgeois J-P. Epreuves classantes nationales 2005, quelques tendances se dégagent. Press Med 2006 ; 35 : 379-81
11. Le Bourgeois J-P. Epreuves classantes nationales, pourquoi et comment... Presse Med 2005 ; 34 :767-8
12. Roussel F. Pour une transformation des épreuves classantes nationales en un examen classant national. Pédagogie Médicale 2006 ; 7 :228-32
13. Roland J. L'éducation médicale vue par un responsable institutionnel. Pédagogie médicale 2006 ; 7 :233-237
14. Chabot JM. De l'internat des hôpitaux aux ECN. La revue du praticien 2006 ; 60 :831-832
15. Jouquan J. Que reste-t-il comme vertus aux épreuves classantes nationales ? Pédagogie Médicale 2006 ;7 :197-200
16. Duhaut P. L'examen national classant quatre années après sa mise en place : qu'en penser ? La revue de médecine interne 2008 ; 29 : 531-534
17. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie médicale 2002 ; 3 :38-52
18. Hardy-Dubernet AC, Faure Y. Le choix d'une vie. Etude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. Série Etudes. Document de travail. N° 66 Décembre 2006
19. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine (NOR: MENS0402086A) Journal officiel de la République Française. 2011. [On line]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>
20. Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale (NOR: ESRX0711109L). Journal Officiel de la République Française. 2008. [On line]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BB7F9BF6C312D795EB32A1B967A10756.tpdjo13v_2?cidTexte=JORFTEXT000018088910&categorieLien=id
21. Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant sur les dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale (NOR: ESRX0814933D). Journal officiel de la République Française. 2009.

[On line] Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019267080>

22. Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (NOR: SASH0930634A) Journal Officiel de la République Française. 16/10/11 [On-line] Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=AB138C722FA67BC74E4C8D63DEC53767.tpdjo02v_2?cidTexte=JORFTEXT000025012316&dateTexte=29990101

23. Lerouge J, Taha A, Renard V. Etat des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2013. Collège National des Généralistes Enseignants. [On Line] Disponible sur :
http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_201301.pdf

Article

IINTRODUCTION

Les épreuves classantes nationales (ECN) remplacent le concours de l'internat des hôpitaux depuis 2004. Avant cette date, les étudiants désirant se spécialiser devaient passer le concours de l'internat et être classés en « rang utile » par rapport au nombre de postes offerts. Les étudiants qui décidaient de ne pas passer le concours ou classés au-delà des rangs utiles devenaient résidents en médecine générale. Depuis 2004, date de création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, l'ensemble des étudiants passe les ECN à l'issue du deuxième cycle des études médicales (DCEM) (1). Ces épreuves sont désormais une des étapes obligatoires pour accéder au troisième cycle des études médicales et obtenir une affectation en qualité d'interne. Elles comportent neuf dossiers cliniques comprenant des questions à réponses ouvertes et courtes (QROC) et une épreuve de lecture critique d'article. En fonction de leur rang de classement à ces épreuves, les étudiants choisissent leur affectation par spécialité et par subdivision dans la limite des postes disponibles (2).

Les ECN font actuellement l'objet d'une réforme importante concernant le mode d'administration des épreuves. Dès 2016, le format actuel sera remplacé par l'utilisation de dossiers cliniques progressifs comportant des QROC et des questions à choix multiples (QCM), des questions isolées et des tests de concordance de script (TCS). La banque de données des sujets sera à cette occasion complètement renouvelée (3). Cette réforme vise à permettre une meilleure discrimination dans le classement des étudiants mais aussi à placer les ECN au service de la formation. Il est aujourd'hui clairement établi que les modalités d'évaluation des étudiants conditionnent la nature et la qualité de leur apprentissage (4) (5). Les ECN sont pourtant critiquées pour leurs caractéristiques docimologiques peu discriminantes (6) (7) (8) (9) (10).

Depuis 2004 et la création de la spécialité de médecine générale, le nombre de postes d'internes de médecine générale correspond environ chaque année à la moitié de l'ensemble des postes ouverts. Les ECN s'adressent donc à des futurs médecins généralistes pour la moitié des étudiants concernés.

Conscient de cette réalité, le Conseil National des Concours d'Internat (CNCI) suggère désormais que les dossiers des ECN correspondent à des situations cliniques rencontrées en pratique courante proche de la médecine de ville et non pas à des situations pathologiques rares (10) (11).

L'étude ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) décrit la distribution des motifs de consultation et des principaux problèmes de santé (résultats de consultation) pris en charge en médecine générale (12).

L'objectif de notre étude est d'évaluer la représentation des problèmes de santé rencontrés en médecine générale, et notamment des maladies chroniques, dans les dossiers des Epreuves Classantes Nationales.

MATERIEL ET METHODE

Pour cette étude, nous avons utilisé les données de l'étude ECOGEN (12) d'une part, et les données issues des dossiers des ECN de 2004 à 2011 d'autre part.

1) Etude ECOGEN

Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude transversale nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale. Elle comportait 128 centres (cabinets de médecine générale accueillant des internes en stage chez le praticien), rattachés à 27 départements de médecine générale.

Investigateurs

Le recueil des données a été réalisé par 54 internes de médecine générale, dirigés par 40 encadrants dont 30 chefs de clinique. Avant le début de l'étude, les internes investigateurs et leurs encadrants ont bénéficié d'une journée et demi de formation au recueil des données et à l'utilisation de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2).

Recueil des données.

Chaque interne devait recueillir un minimum de 400 consultations pendant la durée de l'étude. Le recueil s'effectuait sur une journée de consultation par semaine, dans la limite de 20 consultations incluses par semaine. Elles correspondaient aux 20 premières consultations du jour où s'effectuait le recueil. Le recueil a été effectué du 1^{er} décembre 2011 au 30 avril 2012. Les données étaient recueillies sur questionnaire papier (un questionnaire par consultation). Tous les maîtres de stage des universités (MSU) accueillant un interne-investigateur ont participé à l'étude.

Données recueillies

Les critères d'inclusion étaient les suivants : patient vu en consultation ou en visite par le MSU, et n'ayant pas exprimé son refus de participer à l'étude. Les informations recueillies étaient les suivantes : âge ; sexe ; catégorie socio-professionnelle du patient ; lieu de consultation (cabinet ou visite) ; patient nouveau ou connu ; durée de la consultation ;

résultat(s) de consultation. Pour chaque résultat de consultation étaient précisés le(s) motif(s) de consultation ainsi que les procédures de soins réalisées et/ou programmées. Les motifs, résultats de consultation et procédures étaient recueillis sous forme de verbatims et codés en utilisant la CISP-2. Le cas échéant, les données de non-inclusion des patients étaient recueillies. Chaque consultation pouvait comporter un ou plusieurs résultats de consultation, chacun étant associé à un ou plusieurs motifs de consultation et une ou plusieurs procédures de soins.

Les données suivantes concernant les MSU ont été recueillies : âge ; sexe ; milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), code postal et ville de résidence ; secteur conventionnel ; mode d'exercice (seul ou en groupe) ; nombre annuel de consultations ; réception ou non de la visite médicale.

La CISP-2

La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) a été développée par L'Organisation internationale de la médecine générale (WONCA) pour permettre aux professionnels de santé de classer les données de consultation en médecine générale (motifs de consultation, problèmes diagnostiqués et procédures de soins).

Il s'agit d'une classification bi-axiale, dont le premier axe est composé de 17 chapitres désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres psychologique et social) et le second axe de 7 composants (symptômes et plaintes, procédures diagnostiques et préventives, procédures thérapeutiques et médications, résultats de tests, procédures administratives, références et autres motifs de contact, diagnostics et maladies). A chaque rubrique est associé un code comprenant trois caractères alphanumériques, dont une lettre désignant le chapitre et deux chiffres spécifiant la rubrique. La CISP inclut 687 rubriques, sans les procédures (13).

La CISP-2 a été reconnue en 2003 comme classification internationale de référence pour les soins primaires en étant incluse dans la famille des classifications de l'OMS et est traduite en 19 langues. C'est la deuxième version de la CISP, la CISP-2, qui a été utilisée dans cette étude.

Saisie des données

Chaque interne investigateur saisissait, en différé, les données préalablement recueillies sur les questionnaires papiers dans une base de données centralisée accessible via un site web dédié. Un système d'aide au codage en ligne permettait d'améliorer la saisie des données et de diminuer le taux d'erreur de codage.

Aspects éthiques et réglementaires

Une déclaration a été établie au nom du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) auprès du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) puis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'accord d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) a également été obtenu. Une affiche d'information aux patients était apposée dans les cabinets des MSU participant à l'étude.

2) Données issues des Epreuves Classantes Nationales (ECN)

Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les dossiers proposés lors des ECN 2004 à 2011, soit 72 dossiers cliniques. Afin de ne prendre en compte que les connaissances effectivement évaluées, nous avons choisi de ne coder que les réponses aux questions des différents dossiers. Les corrigés officiels n'étant pas accessibles, nous nous sommes basés sur 3 sources de corrections issues de structures privées (Hippocrate-ECN (14), Projet Base d'Echange des Corrigés Officiels On Line (15), Annales Maloine 1998-2012 ECN (16)). Les éventuelles discordances entre ces sources ont été résolues par consensus.

Codage des données

Les réponses aux questions des dossiers des ECN ont été codées indépendamment par deux chercheurs, en utilisant la CISP-2. Les désaccords ont été résolus par consensus.

Lorsque le diagnostic principal était fourni dans l'énoncé, nous l'avons codé systématiquement afin qu'il soit pris en compte dans l'analyse des résultats. Nous n'avons pas codé les éléments justificatifs ou de contexte figurant dans les questions. Quand il était demandé aux étudiants de formuler des hypothèses diagnostiques, nous avons codé le motif principal dont étaient issues ces hypothèses. De même, nous n'avons pas codé les complications attendues des pathologies concernées, mais les pathologies en cause. Pour les questions relatives à des données de physiopathologie ou d'épidémiologie, nous avons codé la pathologie à laquelle se référait la question.

Pour les questions relatives aux examens complémentaires, nous avons codé le diagnostic, le ou les motifs en cause et le ou les examens demandés. Les résultats attendus des examens complémentaires n'ont pas été codés. Pour les questions relatives à l'interprétation des examens complémentaires, nous avons utilisé le code « Résultats analyses/examens » (-60). Dans ce cas, nous n'avons pas codé l'examen en lui-même ni sa description et nous avons codé le diagnostic uniquement s'il était demandé. Pour les questions où il était

demandé si d'autres examens complémentaires étaient nécessaires et que la réponse était négative, nous avons codé l'examen supposé demandé.

Un résultat de consultation a systématiquement été associé aux procédures demandées, comme dans l'étude ECOGEN. Au sein d'une même question, nous avons regroupé en un seul code l'ensemble des prescriptions médicamenteuses relatives à une même pathologie.

3) Maladies chroniques

La liste des codes de la CISP-2 se référant à des pathologies chroniques a été établie sur la base du travail de O'Halloran et al (17).

4) Analyse statistique

Les données quantitatives ont été décrites sous forme de moyennes et d'écart-types. Les données qualitatives ont été décrites sous forme de proportions.

Les distributions ont été comparées en utilisant le test exact de Fisher. Tous les tests ont été effectués avec un seuil de significativité de 0,05. L'analyse statistique a été effectuée en utilisant le logiciel R (version 3.0.2).

RESULTATS

20 781 consultations ont été incluses dans l'étude ECOGEN. Le sex-ratio H/F des patients concernés était de 0,72. La moyenne d'âge était de 46,4 ans, le patient le plus vieux était âgé de 112 ans. 16,45 % avaient moins de 16 ans.

72 dossiers ECN ont été codés. La moyenne d'âge des patients concernés était de 42,8 années. Sept dossiers (9,72 %) concernaient des enfants de moins de 16 ans. Le sex-ratio était de 1,3.

1) Résultats de consultation

Description globale

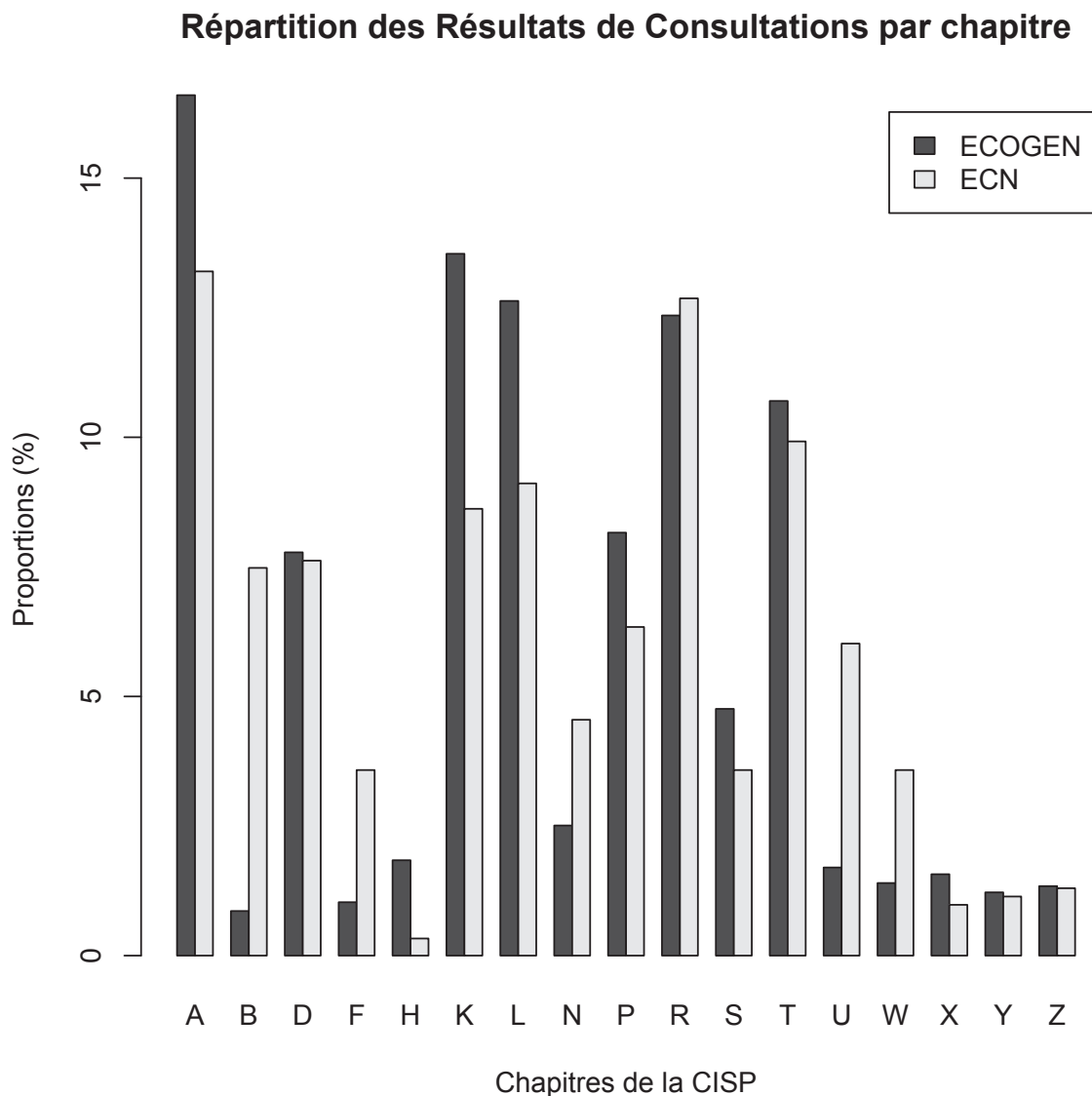
45 582 résultats de consultation (RC) ont été codés dans ECOGEN, soit en moyenne 2,21 RC par consultation. Ils se répartissaient en 632 codes différents, soit 92,12 % des codes de la CISP-2.

615 RC ont été codés dans les 72 dossiers ECN, soit en moyenne 8,54 RC par dossier. Ils se répartissaient en 167 codes différents, soit 24,34 % des codes de la CISP-2.

Répartition par chapitre

Les RC associés au chapitre A (Général) étaient les plus fréquents dans les deux distributions. Ils représentaient 16,61 % des RC dans ECOGEN et 13,71 % dans les ECN ($p=0,008$). Les RC associés aux pathologies cardio-vasculaires (chapitre K, 13,54 %) et ostéo-articulaires (chapitre L, 12,63 %) arrivaient en deuxième et troisième position dans ECOGEN. Dans les ECN, il s'agissait des pathologies respiratoires (chapitre R, 12,68 %) et métaboliques (chapitre T, 9,92 %). Les pathologies hématologiques (chapitre B) et urologiques (chapitre U) représentaient respectivement 7,48 % et 6,02 % des RC des ECN. Elles concernaient respectivement 0,86 % ($p<0,001$) et 1,70 % ($p<0,001$) des RC d'ECOGEN. Les distributions des résultats de consultation par chapitre de la CISP-2 sont présentées dans la figure 1.

Figure 1



Répartition par type

Les proportions de RC associés à des symptômes ($p=0,88$) et à des maladies infectieuses ($p=0,91$) n'étaient pas différentes dans les 2 distributions. La proportion de pathologies d'origine néoplasique était près de 4 fois plus importante dans les ECN (5,69 % versus 1,57 %, $p<0,001$). Les distributions des résultats de consultation par type de RC sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Répartition des RC par type

Type de RC	ECOGEN	ECN	p
Symptôme	9111 (19,99)	121 (19,67)	0.88
Infection	6769 (14,85)	92 (14,96)	0.91
Néoplasie	717 (1,57)	35 (5,69)	<0.001
Traumatisme	1058 (2,32)	32 (5,20)	<0.001
Congénital	115 (0,25)	2 (0,33)	0.67
Autre	27812 (61,01)	333 (54,15)	<0.001

Top 15

Les 15 RC les plus prévalents d'ECOGEN représentaient 43,43 % de l'ensemble des RC d'ECOGEN et 7,32 % de l'ensemble des RC des ECN ($p<0,001$). Le RC le plus fréquent d'ECOGEN était le code A98 (« Gestion de la santé, médecine préventive »), qui représentait 10,96 % des RC d'ECOGEN contre 2,11 % de ceux des ECN ($p<0,001$). Venait ensuite le code K86 (« Hypertension artérielle non compliquée »), qui représentait 6,99 % des RC d'ECOGEN et 0,65 % des RC des ECN ($p<0,001$). Le code A97 (« Pas de maladie ») renvoie à des motifs de consultation ne relevant pas de la médecine. Il représentait 2,7 % des RC d'ECOGEN, mais n'était pas retrouvé dans les RC des ECN. Quatre autres RC parmi les 15 les plus prévalents d'ECOGEN n'étaient jamais cités dans les ECN. Il s'agissait des codes T86 (« Hypothyroïdie »), P74 (« Trouble anxieux, état anxieux »), D12 (« Constipation ») et L87 (« Bursite, tendinite, synovite »).

Les 15 RC les plus prévalents dans les ECN représentaient 29,27 % de l'ensemble des RC des ECN et 16,86 % de l'ensemble des RC d'ECOGEN ($p<0,001$). Le RC le plus fréquent des ECN était le code T99 (« Autre maladie endocrinienne, métabolique ou nutritionnelle », 4,23 %), il représentait 0,39% des RC d'ECOGEN ($p<0,001$). Trois RC parmi les 15 les plus fréquents dans les ECN concernaient des codes en -99, c'est-à-dire des pathologies peu prévalentes en médecine de premier recours et ne disposant pas d'un code spécifique.

Les répartitions des 15 RC les plus prévalents dans les 2 populations sont présentées dans les figures 2 et 3.

Figure 2

Top 15 des Résultats de Consultations (ECOGEN)

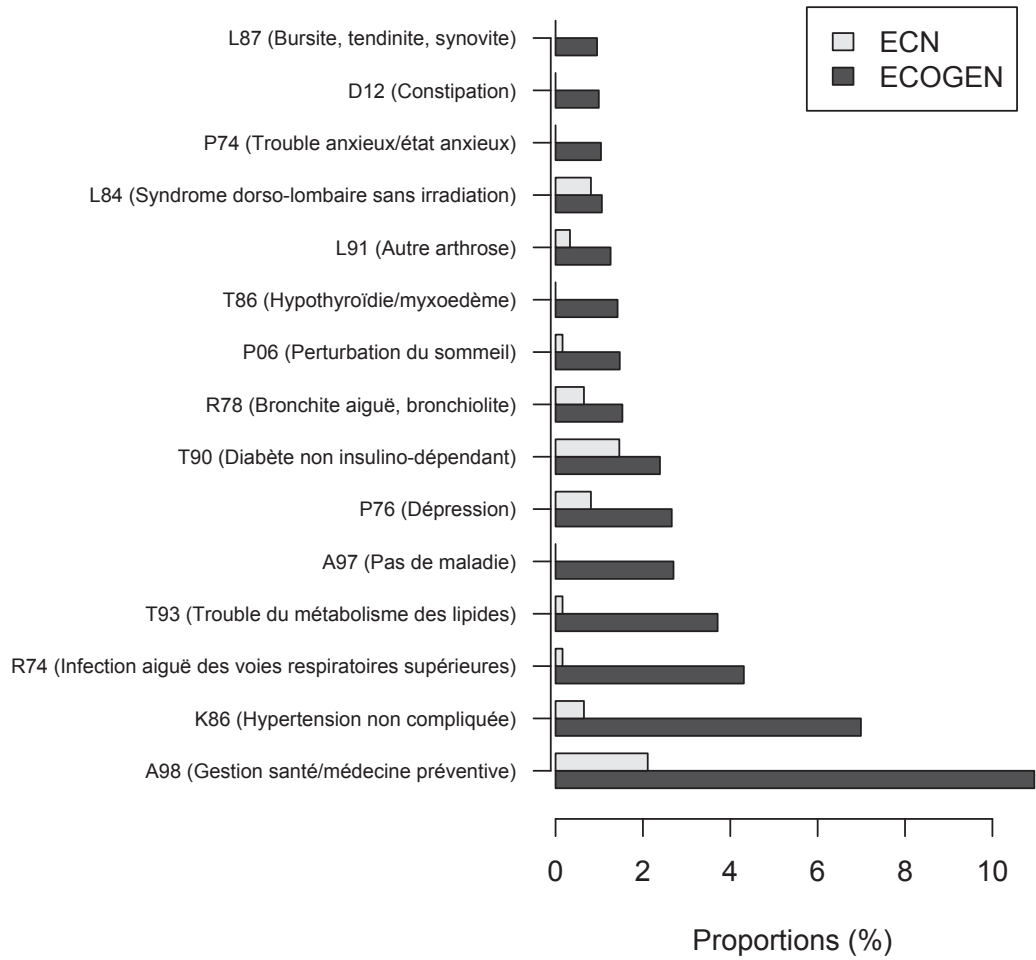
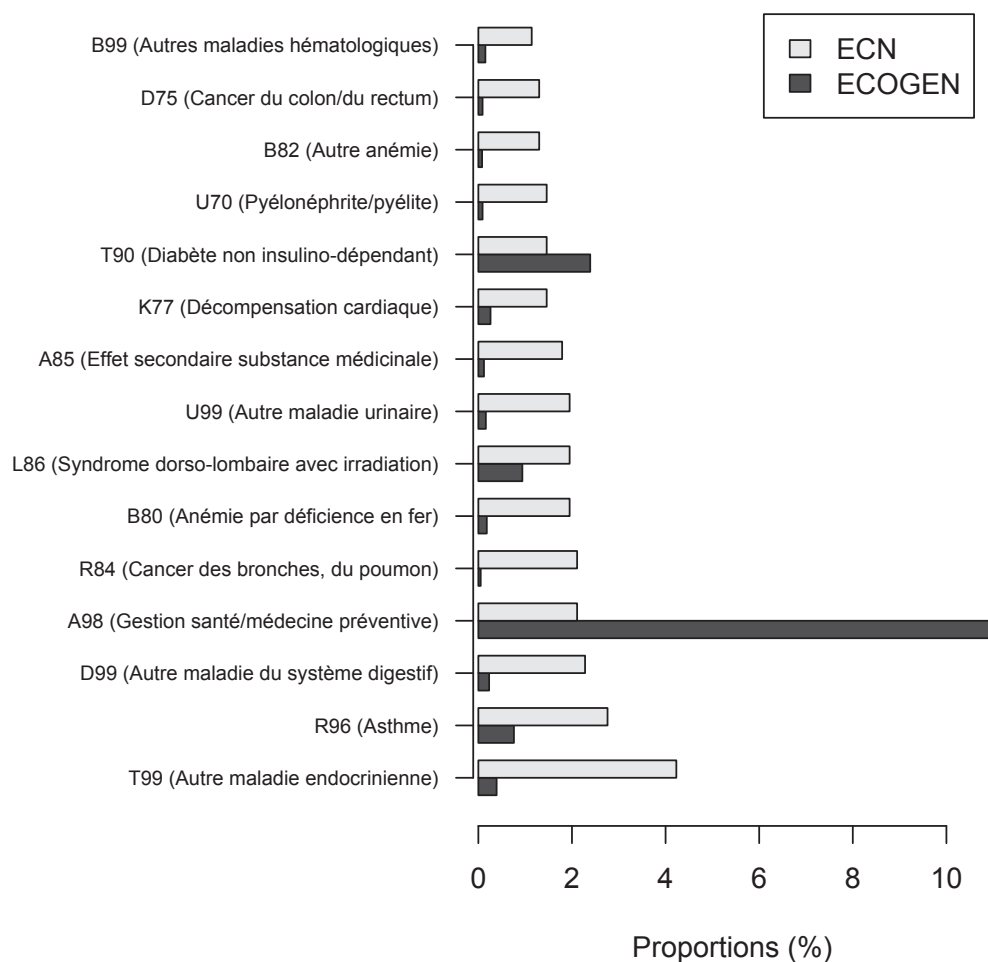


Figure 3

Top 15 des Résultats de Consultations (ECN)



2) Procédures

Description globale

98 843 procédures ont été codées dans ECOGEN, soit en moyenne 2,17 procédures par RC.

987 procédures ont été codées dans les ECN, soit en moyenne 13,71 procédures par dossier.

Répartition par type

Les procédures les plus utilisées par les médecins généralistes étaient l'examen clinique (33,77 %, contre 10,33 % dans les ECN, $p < 0,001$) et la prescription thérapeutique (38,01

%). Les procédures les plus citées dans les ECN étaient la prescription thérapeutique (29,48 %, $p < 0,001$) et la prescription d'examens (31,41 %, contre 9,37 % dans ECOGEN, $p < 0,001$). Les distributions des procédures par types sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2. Répartition des procédures par type

Type de procédure	ECOGEN	ECN	p
Examen clinique	33383 (33,77)	102 (10,33)	< 0,001
Examens de laboratoire	6359 (6,43)	166 (16,82)	< 0,001
Examens complémentaires	2908 (2,94)	144 (14,59)	< 0,001
Prévention	6030 (6,10)	65 (6,58)	0,50
Procédures thérapeutiques	37574 (38,01)	291 (29,48)	< 0,001
Résultats d'examens	3526 (3,57)	72 (7,29)	< 0,001
Procédures administratives	4070 (4,12)	49 (4,96)	0,20
Référencement	4147 (4,20)	88 (8,92)	< 0,001
Autres	846 (0,86)	10 (1,01)	0,60

3) Maladies chroniques

Description globale

132 codes CISP-2 sont relatifs à des pathologies chroniques. 130 d'entre eux ont été cités dans ECOGEN (98,48 %), 78 dans les dossiers des ECN (59,09 %). Les maladies chroniques représentaient 39,61% de l'ensemble des RC d'ECOGEN, et 36,91% de l'ensemble des RC des ECN ($p=0,18$).

Top 10

Les 10 maladies chroniques les plus fréquentes dans ECOGEN représentaient 56,47 % de l'ensemble des maladies chroniques d'ECOGEN, et 18,06 % de l'ensemble des maladies chroniques codées dans les ECN ($p < 0,001$). La maladie chronique la plus fréquemment retrouvée dans ECOGEN était l'HTA non compliquée (code K86). Elle représentait 17,66 % des RC associés à une maladie chronique dans ECOGEN, contre 1,76 % dans les dossiers des ECN ($p < 0,001$). Deux des codes correspondant aux pathologies chroniques les plus fréquentes d'ECOGEN n'étaient pas retrouvés dans les ECN. Il s'agissait des codes T86 (« Hypothyroïdie ») et P74 (« Trouble anxieux, état anxieux »).

Les 10 maladies chroniques les plus fréquentes dans les ECN représentaient 42,29 % de l'ensemble des maladies chroniques des ECN, et 13,17 % de l'ensemble des maladies chroniques codées dans ECOGEN ($p < 0,001$). La maladie chronique la plus fréquemment

retrouvée dans les ECN était l'asthme (code R96). Elle représentait 7,49 % des RC associés à une maladie chronique dans les ECN, contre 1,93 % dans ECOGEN ($p < 0,001$). Parmi les 10 maladies chroniques les plus fréquentes dans les ECN, deux avaient une prévalence supérieure à 2 % de l'ensemble des maladies chroniques dans ECOGEN ; il s'agissait du diabète non insulino-dépendant (T90) et du syndrome dorso-lombaire avec irradiation (L86). Cinq avaient une prévalence inférieure à 0,25 % de l'ensemble des maladies chroniques dans ECOGEN.

Les répartitions des 10 RC les plus prévalents associés à des maladies chroniques dans les 2 populations sont présentées dans les tableaux 3 et 4.

Tableau 3. Top 10 des maladies chroniques d'ECOGEN

Code de la CISP	ECOGEN	ECN	p
K86 (Hypertension non compliquée)	3188 (17,66)	4 (1,76)	< 0,001
T93 (Trouble du métabolisme des lipides)	1690 (9,36)	1 (0,44)	< 0,001
P76 (Dépression)	1214 (6,72)	5 (2,20)	0,004
T90 (Diabète non insulino-dépendant)	1090 (6,04)	9 (3,96)	0,258
T86 (Hypothyroïdie/myxoedème)	645 (3,57)	0 (0)	< 0,001
L91 (Autre arthrose)	576 (3,19)	2 (0,88)	0,053
L84 (Syndr. dorso-lomb. sans irradiation)	482 (2,67)	5 (2,20)	0,836
P74 (Trouble anxieux/état anxieux)	474 (2,63)	0 (0)	0,005
L86 (Syndr. Dorso-lomb. avec irradiation)	430 (2,38)	12 (5,29)	0,013
K78 (Fibrillation auriculaire/flutter)	406 (2,25)	3 (1,32)	0,496

Tableau 4. Top 10 des maladies chroniques des ECN

Code de la CISP	ECN	ECOGEN	p
R96 (Asthme)	17 (7,49)	348 (1,93)	< 0,001
R84 (Cancer des bronches, du poumon)	13 (5,73)	21 (0,12)	< 0,001
L86 (Syndr. dorso-lomb. et irradiation)	12 (5,29)	430 (2,38)	0,013
K77 (Décompensation cardiaque)	9 (3,96)	120 (0,66)	< 0,001
T90 (Diabète non insulino-dépendant)	9 (3,96)	1090 (6,04)	0,258
B82 (Autre anémie)	8 (3,52)	38 (0,21)	< 0,001
D75 (Cancer du colon/du rectum)	8 (3,52)	40 (0,22)	< 0,001
P86 (Anorexie mentale, boulimie)	7 (3,08)	26 (0,14)	< 0,001
R95 (Mal. pulmonaire chronique obstructive)	7 (3,08)	250 (1,38)	0,042
B83 (Purpura/ défaut de coagulation)	6 (2,64)	15 (0,08)	< 0,001

DISCUSSION

Les codes issus des dossiers des ECN de 2004 à 2011 se répartissaient en 167 codes différents, soit 24% des codes de la CISP. Les résultats de l'étude ECOGEN couvraient 92% des codes de la CISP. Ils peuvent donc être considérés comme représentatifs de la pratique de médecine générale. Selon une analyse de la validité de contenu et de la qualité des ECN de 2004 à 2011, 39% des items du programme du 2^{ème} cycle des études médicales (DCEM) ne sont jamais tombés au cours ces 8 années (18).

Parmi les 15 RC les plus fréquents retrouvés dans les ECN, 3 finissaient en -99 (« autre maladie ») et correspondaient à des pathologies rares en soins de premier recours. Parmi les 15 RC les plus fréquents d'ECOGEN, 5 n'étaient jamais cités dans les ECN. Il s'agissait de pathologies comme l'hypothyroïdie (T86) ou les troubles anxieux (P74). La fréquence élevée des situations d'hypothyroïdie et d'anxiété retrouvées dans ECOGEN est confirmée par le classement de la lévothyroxine au 8^{ème} rang des substances actives les plus vendues en ville en 2013 (en quantité) et le classement de l'alprazolam au 18^{ème} rang (19). L'observatoire de la médecine générale retrouve également des résultats concordant concernant l'anxiété qui se trouve en 8^{ème} position des RC les plus fréquents en 2009 (20). La prévention était le RC le plus fréquent dans ECOGEN, avec plus d'un résultat de consultation sur 10. Elle concernait 2,11% des RC des ECN. Une étude récente, effectuée sur la même période mais utilisant une classification différente, retrouvait dans les dossiers des ECN 3% de questions en lien avec la prévention¹⁸. Cette faible représentation de la prévention dans les dossiers des ECN est à rapprocher de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, promulguée la même année que la mise en place des ECN. Elle met en évidence la volonté de l'Etat à faire de la prévention un point central de sa politique de santé (21).

La proportion de maladies chroniques était comparable dans les 2 distributions mais la répartition du type de maladies différait. L'hypertension artérielle (K86) était la maladie chronique la plus fréquente d'ECOGEN, et elle arrive en 1^{ère} position des RC les plus fréquents par acte en 2009 selon l'observatoire de médecine générale (20). Elle était dix fois moins prévalente dans les ECN. L'anxiété (P74) faisait partie des 10 maladies chroniques les plus fréquentes d'ECOGEN et n'était jamais retrouvée dans les dossiers des ECN. Enfin, le code du chapitre « psychologie » le plus fréquemment retrouvé dans les ECN concernait l'anorexie mentale et la boulimie (P86). Il faisait partie du top 10 des RC associés à des maladies chroniques. Dans ECOGEN, ce code n'était cité que 26 fois sur les 45 582 RC, soit 0,06% de l'ensemble des RC d'ECOGEN et 0,14% de l'ensemble des maladies chroniques d'ECOGEN. Il n'existe pas de données sur la prévalence de l'anorexie-boulimie en population générale en France.

L'examen clinique est la procédure la plus utilisée dans ECOGEN alors que les examens complémentaires sont les procédures les plus citées dans les ECN. Une étude récente retrouve également une surreprésentation des questions portant sur l'analyse des données para cliniques (26%) et une sous-représentation des questions sur l'analyse et l'interprétation des données de l'examen clinique dans les ECN (5%) (18).

L'objectif des ECN est de classer les étudiants à l'entrée du troisième cycle des études médicales. Les dossiers des ECN n'ont pas a priori vocation à refléter la prévalence des

problèmes de santé rencontrés en population générale. Cependant, les modalités d'évaluation conditionnent les apprentissages. Comme le précise Jean Jouquan⁴, on a plus de chances d'influencer les apprentissages en modifiant le dispositif d'évaluation sans changer les procédures d'intervention pédagogiques qu'en modifiant celles-ci sans changer les procédures d'évaluation. Notre étude met en évidence la faible représentation de la médecine générale dans les dossiers des ECN, particulièrement en termes de problèmes de santé rencontrés. Ceci peut être expliqué par différents éléments. La spécialité de médecine générale a été créée en 2004, parallèlement aux Epreuves Classantes Nationales. Bien qu'elle concerne près de la moitié des internes formés, sa filière universitaire reste peu développée. Au 1^{er} janvier 2013, on comptait 37 enseignants titulaires de la discipline pour 13 419 internes, soit un ratio d'un enseignant titulaire pour 363 étudiants. En prenant en compte les enseignants associés à mi-temps, ce ratio remonte à un enseignant pour 108 étudiants (22). Le conseil scientifique en médecine prépare et vérifie les dossiers et questions susceptibles d'être posées lors des ECN. Il est composé de 8 membres, exclusivement praticiens hospitaliers (2).

Le programme du DCEM a été modifié en 2001 en vue de la mise en place des ECN en 2004 pour correspondre au programme de ces épreuves. Il a été organisé de manière à répondre à une certaine transversalité et non pas aux spécialités traditionnelles²³. Pourtant il s'agit bien de spécialités qui sont enseignées : on apprend la cardiologie, la neurologie, la dermatologie, la psychiatrie... Pour reprendre les propos de Hardy-Dubernet et Faure, « la spécialité de médecine générale n'existe pas pour les étudiants puisqu'ils n'apprennent que des spécialités et que parmi celles-ci, il n'y a pas de médecine générale. » (24).

Les enjeux des ECN, dont le classement détermine la spécialité et la subdivision de formation, entraînent un surinvestissement de ces épreuves au détriment des autres apprentissages, comme la formation clinique par exemple. D'après Roland, le DCEM est devenu un temps de formation où « on n'apprend pas à exercer un métier mais à bien réussir un concours » (25). Les résultats de l'étude de Quinton et al. confirment ce sentiment: à la fin du 2^{ème} cycle, la majorité des étudiants estiment manquer de compétences. Les étudiants expliquent leur manque de compétences par une formation insuffisante dans les stages pratiques et par la préparation aux ECN dont la réussite reposerait sur une méthode d'apprentissage privilégiant le bachotage au détriment du raisonnement clinique (26).

Au regret de nombreux auteurs (6-10), les ECN n'ont pas de valeur certificative. Il est donc possible d'accéder au 3^{ème} cycle des études médicales et devenir interne avec une note nulle à ces épreuves. C'est aux facultés qu'il revient d'évaluer les étudiants lors du DCEM et notamment à la fin de celui-ci avec le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT). Les enjeux de ces examens facultaires sont moindres pour les étudiants puisqu'ils

ne sont pas classants et qu'ils ne déterminent pas leur exercice futur. Chaque faculté dispose de ses propres méthodes d'évaluation, avec des niveaux d'exigence plus ou moins variables (6). Les facultés ont la double mission de devoir former leurs étudiants à devenir médecins mais aussi de les préparer à réussir les épreuves classantes nationales. Ces deux objectifs ne sont pas incompatibles, à condition de mettre à profit les ECN pour stimuler les apprentissages.

Cette étude présente plusieurs limites. D'une part, l'étude ECOGEN est une étude transversale. Elle tient compte de la prévalence des consultations et non pas de la prévalence des comorbidités, qui ont donc pu être sous estimées. D'autre part, les corrections officielles des ECN ne sont pas disponibles. Nous avons eu recours à des corrections issues de structures privées dont nous avons croisé les réponses. Enfin, la classification internationale des soins primaires n'est pas adaptée aux ECN dans la mesure où la majorité des dossiers se déroulent dans un contexte hospitalier (27). Mais ce manque de précision du codage, lié à la granularité de la classification, est probablement en faveur d'une surestimation de la concordance entre les 2 distributions.

En dehors de l'étude de Sananes et al, qui a analysé les questions des ECN par rapport aux items du programme du DCEM, il n'existe à notre connaissance aucune étude sur le contenu des sujets des ECN. Les études retrouvées dans la littérature concernent principalement les caractéristiques docimologiques des ECN (4-10). Notre étude porte sur l'analyse de l'ensemble des sujets de 2004 à 2011, assurant la représentativité des données concernant les ECN. La base de données ECOGEN est issue d'une étude nationale multicentrique représentative de l'activité des médecins généralistes. Ses résultats peuvent être extrapolés à l'ensemble des médecins généralistes du fait de la bonne représentativité des médecins chez qui le recueil a été effectué (12).

Les internes investigateurs ont reçu une formation à l'utilisation de la CISP et au recueil des données. Un contrôle qualité a été effectué pour chaque interne investigateur par l'enregistrement audio d'une consultation. Cette procédure a permis l'évaluation par un expert de la description et du codage de la consultation. La concordance entre l'expert et l'interne a été mesurée pour le nombre et la nature des motifs et des résultats de consultation ainsi que pour le nombre et la nature des procédures. Une double saisie des données a été effectuée sur un échantillon de 20 consultations afin d'évaluer les erreurs de saisie.

La mise en place des iECN a pour objectif de permettre une meilleure discrimination entre les étudiants mais aussi d'améliorer les caractéristiques docimologiques de ces épreuves. En effet, on considère que la validité et la fidélité de la démarche évaluative requièrent

l'utilisation de plusieurs outils et formats d'évaluation et l'exploration d'un échantillon suffisamment varié de situations cliniques (4) (5). Dans leur forme actuelle, les ECN ne comptent qu'un seul outil d'évaluation et n'utilisent que 9 dossiers cliniques. Les iECN comporteront 3 types d'épreuves : 24 dossiers cliniques progressifs comportant des QCM et des QROC de 30 min chacun qui compteront pour 70% de la note finale ; des questions isolées qui compteront pour 20% de la note finale ; et le maintien d'une épreuve de lecture critique d'article pour 10% de la note finale. La note finale sera sur 10000 points. Les tests de concordance de scripts (TCS), dont l'utilisation avait initialement été évoquée, ne sont pour l'instant pas assez répandus dans les facultés pour permettre leur intégration aux ECN 2016 (3).

CONCLUSION

Depuis 2004, les Epreuves Classantes Nationales accumulent les critiques de toutes parts sur leurs caractéristiques docimologiques. A ce titre, la mise en place prochaine des iECN est à saluer. Les nouvelles épreuves ambitionnent d'améliorer progressivement, à partir de 2016, la discrimination entre les étudiants d'une part, et l'évaluation du raisonnement clinique et de la prise de décision d'autre part. L'évaluation de l'utilisation de ces différents outils, et notamment des TCS, destinés à évaluer le raisonnement clinique en situation d'incertitude, sera indispensable.

Nos résultats mettent en évidence la place majoritaire, au sein des dossiers des ECN, de problèmes de santé pris en charge en deuxième, voire en troisième recours. Les pathologies prévalentes en soins de premier recours restent peu représentées, et ceci influence sans aucun doute les apprentissages des étudiants. L'intégration d'enseignants généralistes dans le conseil scientifique de médecine, parmi les concepteurs de dossiers et les membres du jury des épreuves permettra probablement un rééquilibrage nécessaire.

Bibliographie

1. Loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (NOR: MESX0000077L) Journal officiel de la République française. 2002 [On-Line] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=690C64B293B4473364E22D5862876073.tpdjo04v_1?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte=20140915
2. Arrêté du 29 janvier 2004 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales (NOR : SANH0420335A) Journal officiel de la République française. 2004 [On-line] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781548&dateTexte=&categorieLien=id>
3. Système Informatique Distribué d'Évaluation en Santé. 2012 [On-line]. Disponible sur : <http://side-sante.org>
4. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie médicale 2002 ; 3 :38-52
5. Pottier P, Planchon B, Barrier JH, Volteau C, Mouzard A. Etude d'impact de séances d'entraînement à des exercices de dossiers cliniques simulés sur les performances d'étudiants à un examen national. Pédagogie Médicale 2006 ; 7 :213-227
6. Roussel F. Pour une transformation des épreuves classantes nationales en un examen classant national. Pédagogie Médicale 2006 ; 7: 228-32
7. Jouquan J. Que reste-t-il comme vertus aux épreuves classantes nationales? Pédagogie médicale 2006 ; 7 (4) : 197-200
8. Chabot JM. De l'internat des hôpitaux aux ECN. La revue du praticien 2016 ; 60 :831-832
9. Le Bourgeois J-P. Epreuves classantes nationales, pourquoi et comment... Presse Med 2005 ; 34 :767-8
10. Duhaut P. L'examen national classant quatre années après sa mise en place : qu'en penser ? La Revue de médecine interne 2008 ; 29 : 531-534
11. Centre National des Concours de l'Internat. Conseils pour l'élaboration des dossiers des ECN. 2004 [On-line]. Disponible sur : <http://www.cnci.univ-paris5.fr/medecine/ConseilAuteur.pdf>
12. Letrillart L, Super I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M et al. Ecogen : étude des Eléments de la Consultation en médecine GENÉrale. Exercer 2014 ; 114 : 148-57
13. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brûlet JF : Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires deuxième version (CISP-2),

- assorti d'un glossaire de médecine générale, préparé par le Comité International de Classification de la Wonca. Bruxelles : Care Editions, 2000.
14. Annales des Epreuves Classantes Nationales de 2004 à 2011 de l'institut La Conférence Hippocrate. 2011 [On-line] Disponible sur : <http://www.laconferencehippocrate.com/annales-ecn.php> (15 septembre 2014)
 15. Annales des Epreuves Classantes Nationales de 2004 à 2011 du Projet Base d'Echange des Corrigés Officiels On Line. 2013 [On-line] Disponible sur : <http://www.projetbecool.fr/>
 16. Hoertel N, Cognat E, Basmaci R, Arnaout M, Cortier D. Annales Maloine 1998-2012 ECN, 3 volumes. Edition Maloine, 2013.
 17. O'Halloran J, Miller GC, Britt Helena. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. Family Practice Vol. 21, No. 4 (Doi : 10.1093/fampra/cmh407) 2004 [On-line] Disponible sur : www.fampra.oupjournals.org
 18. Sananes N, Langer B, Patris M, Pottecher T, Andrès E. Analyse de la validité de contenu et de la qualité formelle des épreuves classantes nationales administrées en France de 2004 à 2011. Pédagogie médicale 2013 ; 14(4) :255-267
 19. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. 2014 [On-line] Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiqués-Points-presse/Ventes-de-medicaments-en-France-le-rapport-d-analyse-de-l-annee-2013-Communique>
 20. Observatoire de la médecine générale. Top 25 / Les diagnostics les plus fréquents. 2012 [On-Line] Disponible sur : <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
 21. Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (NOR : SANX0300055L) Journal Officiel de la République française. 2011 [On-line] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=88C6BEE6D6A88D0B60F4F75D3A97775F.tpdjo04v_1?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=20140915
 22. Lerouge J, Taha A, Renard V. Etat des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2013. Collège National des Généralistes Enseignants. [On Line] Disponible sur : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_201301.pdf
 23. Objectifs pédagogiques terminaux pour les items de la 2^{ème} partie du 2^{ème} cycle des études médicales (NOR : MENS0101690K). 2001 [On-line] Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/31/default.htm>
 24. Hardy-Dubernet AC, Faure Y. Le choix d'une vie. Etude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005. Direction

de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. Série Etudes.
Document de travail. N° 66 Décembre 2006

25. Roland J. L'éducation médicale vue par un responsable institutionnel. Pédagogie médicale 2006 ; 7 :233-237
26. Quinton A, Belaube C, Charaire P, Etchandy L, Heugas C, Matharan M. A la fin du 2^{ème} cycle des études médicales, la majorité des étudiants estiment manquer de compétence, contestent la validité des Epreuves Classantes Nationales, critiquent leur formation. Centre de Recherches Appliquées en Méthodes Educatives. 2008 [On-line] Disponible sur : http://www.crame.u-bordeaux2.fr/pdf/Enquetes_promo_ECN_2007.pdf
27. Lancry P-J. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. Rapport de mission remis à Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités. 2007 [On-line] Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Lancry_definitif.pdf

I. Annexes

Annexe 1: 2^{ème} version Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2)

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures	Syst. Digestif D	Oreille H	Neurologique N
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	D01 Douleur/crampes abdominales gén.	H01 Douleur d'oreille/otalgie	N01 Mal de tête
-31 Ex médical/bilan santé partiel	D02 Douleur abdominale/épigastrique	H02 P. d'audition	N02 Douleur de la face
-32 Test de sensibilité	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	N03 Jambes sans repos
-33 Ex microbiologique/immunologique	D04 Douleur rectale/anale	H04 Ecoulement de l'oreille	N04 Fourmillements doigts, pieds, orteils
-34 Autre analyse de sang	D05 Démangeaisons périanales	H05 Saignement de l'oreille	N05 Autre perturbation de la sensibilité
-35 Autre analyse d'urine	D06 Autre douleur abdominale loc.	H10 Sensation d'oreille bouchée	N06 Convulsion/crise comitiale
-36 Autre analyse de selles	D07 Dyspepsie/indigestion	H11 Préc. par l'aspect des oreilles	N07 Mouvements involontaires anormaux
-37 Cytologie/histologie	D08 Flatulence/gaz/renvoi	H12 Peur d'une maladie de l'oreille	N16 Perturbation du goût/de l'odorat
-38 Autre analyse de laboratoire	D09 Nausée	H13 Limitation de la fonction/incap. (H)	N17 Vertige/étourdissement
-39 Epreuve fonctionnelle	D10 Vomissement	H20 Otite externe	N18 Paralysie/faiblesse
-40 Endoscopie	D11 Diarrhée	H21 Otite moyenne aiguë/myringite	N19 Trouble de la parole
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	D12 Constipation	H22 Otite moyenne séreuse	N26 Peur d'un cancer neurologique
-42 Tracé électrique	D13 Jaunisse	H23 Salpingite d'eustache	N27 Peur d'une autre maladie neurologique
-43 Autre procédure diagnostique	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H24 Otite moyenne chronique	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
-44 Vaccination/médication préventive	D15 Méléna	H25 Tumeur de l'oreille	N29 Autre S/P neurologique
-45 Recom./éducation santé/avis/régime	D16 Saignement rectal	H26 CE dans l'oreille	N70 Poliomyélite
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	D17 Incontinence rectale	H27 Perforation du tympan	N71 Méningite/encéphalite NCA
-47 Discussion dispensateur spécialiste	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H28 Lésion traumat. superf. de l'oreille	N72 Tétanos
-48 Clarification de la demande du patient	D19 S/P dents/gencives	H29 Autre lésion traumat. de l'oreille	N73 Autre infection neurologique
-49 Autre procédure préventive	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H30 Anom. congénitale de l'oreille	N74 Cancer du syst. neurologique
-50 Médication/prescription/injection	D21 P. de déglutition	H31 Excès de cérumen	N75 Tumeur bénigne neurologique
-51 Incision/drainage/aspiration	D22 Hépatomégalie	H32 Syndrome vertigineux	N76 Autre tumeur indé. neurologique
-52 Excision/biopsie/cauté/débridation	D23 Masse abdominale NCA	H33 Otosclérose	N79 Commotion
-53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage	D25 Distension abdominale	H34 Presbycusie	N80 Autre lésion traumat. de la tête
-54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse	D26 Peur du cancer du syst. digestif	H35 Traumatisme sonore	N81 Autre lésion traumat. neurologique
-55 Traitement local/infiltration	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H36 Surdité	N85 Anom. congénitale neurologique
-56 Pansement/compression/bandage	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)	H39 Autre maladie de l'oreille/mastoïde	N86 Sclérose en plaque
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	D29 Autre S/P du syst. digestif	K01 Douleur cardiaque	N87 Syndrome parkinsonien
-58 Conseil thérap./écoute/examens	D70 Infection gastro-intestinale	K02 Oppression/constriction cardiaque	N88 Epilepsie
-59 Autres procédures thérapeutiques	D71 Oreillons	K03 Douleur cardiovasculaire NCA	N89 Migraine
-60 Résultats analyses/examens	D72 Hépatite virale	K04 Palpita./perception battements card.	N90 Algie vasculaire de la face
-61 Résultats ex./procéd. autre dispensateur	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse	K05 Autre battement cardiaque irrégulier	N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell
-62 Contact administratif	D74 Cancer de l'estomac	K06 Veines proéminentes	N92 Névralgie du trijumeau
-63 Rencontre de suivi	D75 Cancer du colon/du rectum	K07 Oedème, gonflement des chevilles	N93 Syndrome du canal carpien
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.	D76 Cancer du pancréas	K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	N94 Névrite/neuropathie périphérique
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers	D77 Autre cancer digestif/NCA	K24 Peur d'une maladie de cœur	N95 Céphalée de tension
-66 Référence à dispens. SSP non médecin	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.	K25 Peur d'hypertension	N99 Autre maladie neurologique
-67 Référence à médecin	D79 CE du syst. digestif	K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire	
-68 Autre référence	D80 Autre traumat. du syst. digestif	K28 Limitation de la fonction/incap. (K)	
-69 Autres procédures	D81 Anom. congénitale du syst. digestif	K29 Autre S/P cardiovasculaire	
Général et non spécifié A	D82 Maladie des dents/des gencives	K70 Infection du syst. cardio-vasculaire	
A01 Douleur générale/de sites multiples	D83 Maladie bouche/langue/lèvres	K71 RAJ/maladie cardiaque rhumatismale	
A02 Frissons	D84 Maladie de l'œsophage	K72 Tumeur cardio-vasculaire	
A03 Fièvre	D85 Ulcère duodénal	K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire	
A04 Fatigue/faiblesse générale	D86 Autre ulcère peptique	K74 Cardiopathie ischémique avec angor	
A05 Sensation d'être malade	D87 Trouble de la fonction gastrique	K75 Infarctus myocardique aigu	
A06 Evanouissement/syncope	D88 Appendicite	K76 Cardiopathie ischémique sans angor	
A07 Coma	D89 Hernie inguinale	K77 Décompensation cardiaque	
A08 Gonflement	D90 Hernie hiatale	K78 Fibrillation auriculaire/flutter	
A09 P. de transpiration	D91 Autre hernie abdominale	K79 Tachycardie paroxystique	
A10 Saignement/hémorragie NCA	D92 Maladie diverticulaire	K81 Souffle cardiaque/artériel NCA	
A11 Douleur thoracique NCA	D93 Syndrome du colon irritable	K82 Cœur pulmonaire	
A13 Préc. par/peur traitement médical	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse	K83 Valvulopathie NCA	
A16 Nourrisson irritable	D95 Fissure anale/abcès périanal	K84 Autre maladie cardiaque	
A18 Préc. par son aspect extérieur	D96 Vers/autre parasite	K85 Pression sanguine élevée	
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie	D97 Maladie du foie NCA	K86 Hypertension non compliquée	
A21 Facteur de risque de cancer	D98 Cholécyctite/cholélithiase	K87 Hypertension avec complication	
A23 Facteur de risque NCA	D99 Autre maladie du syst. Digestif	K88 Hypertension orthostatique	
A25 Peur de la mort, de mourir		K89 Ischémie cérébrale transitoire	
A26 Peur du cancer NCA		K90 Accident vasculaire cérébral	
A27 Peur d'une autre maladie NCA		K91 Maladie cérébrovasculaire	
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA		K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.	
A29 Autre S/P général		K93 Embolie pulmonaire	
A70 Tuberculose		K94 Phlébite et thrombophlébite	
A71 Rougeole		K95 Varices des jambes	
A72 Variole		K96 Hémorroïdes	
A73 Paludisme		K99 Autre maladie cardio-vasculaire	
A74 Rubéole			
A75 Mononucléose infectieuse			
A76 Autre exanthème viral			
A77 autre maladie virale NCA			
A78 Autre maladie infectieuse NCA			
A79 Cancer NCA			
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA			
A81 Polyttraumatisme/lésions multiples			
A82 Effet tardif d'un traumatisme			
A84 Intoxication par subst. médicinales			
A85 Effet sec. subst. médicinales			
A86 Effet toxique subst. non médicinales			
A87 Complication de traitement médical			
A88 Effet sec. de facteur physique			
A89 Effet sec. de matériel prothétique			
A90 Anom. congénitale NCA/multiple			
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA			
A92 Allergie/réaction allergique NCA			
A93 Nouveau-né prématuré			
A94 Autre morbidité périnatale			
A95 Mortalité périnatale			
A96 Mort			
A97 Pas de maladie			
A98 Gestion santé/médecine préventive			
A99 Maladie de nature/site non précisé			

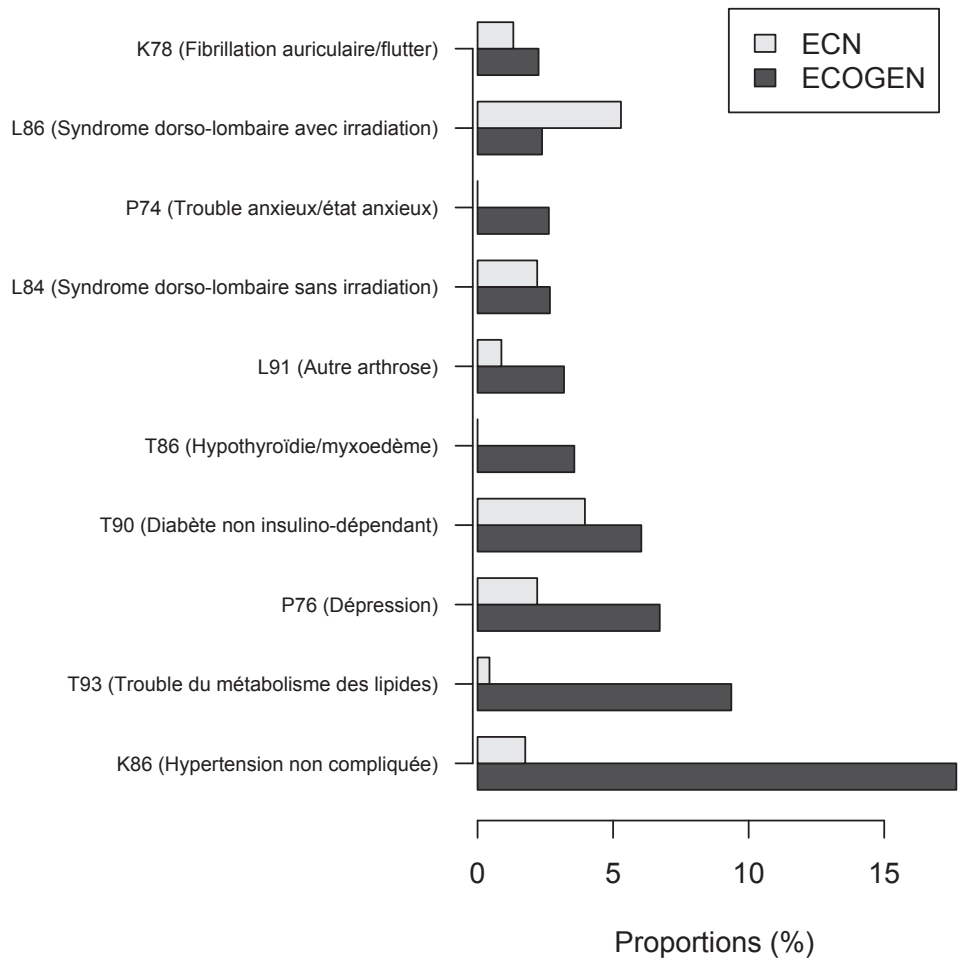
Annexe 2

Questionnaire standardisé de recueil des données de consultation

Heure de début / __ / __ h / __ /	Initiales MG / /	Date de consultation / /	Consultation Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/>	Patient Nouveau <input type="checkbox"/> Déjà connu <input type="checkbox"/>	Année de naissance / /	Genre M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Etudiant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Statut Invalidité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/>	Profession agriculteur <input type="checkbox"/> artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> employé ³ <input type="checkbox"/> ouvrier ⁴ <input type="checkbox"/> cadre sup., profession intellectuelle ¹ <input type="checkbox"/> profession intermédiaire ² <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> autre sans activité professionnelle <input type="checkbox"/>									
¹ Inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs. ² Inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise. ³ Inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. ⁴ Inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs.										
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédures)				n° RC				n° RC		
1.				6.						
2.				7.						
3.				8.						
4.				9.						
5.				10.						
Procédures (diagnostiques, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)				Transférabilité						
				R / P	n° RC	SC / AC / I	Professionnels	Conditions (le cas échéant) : DMP / PPD / SMG / AC		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
Résultats de consultation (symptômes ou diagnostics) [RC]				N / A	latro				N / A	latro
1.						6.				
2.						7.				
3.						8.				
4.						9.				
5.						10.				
RC : N = nouveau, A = ancien. latro : I = intoxication médicamenteuse ; AI = allergie ou intolérance médicamenteuse ; C = complication de traitement non médicamenteux ; MP = effet secondaire de matériel prothétique. Procédure : R = réalisée, P = programmée. Transférabilité : SC = sans condition, AC = avec condition, I = impossible. DMP = Dossier médical partagé, PPD = Protocole prédéfini, SMG = Supervision du médecin généraliste, AC = Autre condition (à préciser). Professionnels concernés (plusieurs réponses possibles) : I = infirmière, Ph = pharmacien, Ps = psychologue, S = secrétaire, K = kiné, SF = sage-femme, AS = assistante sociale, AP = autre professionnel.								Heure de fin / __ / __ h / __ /		

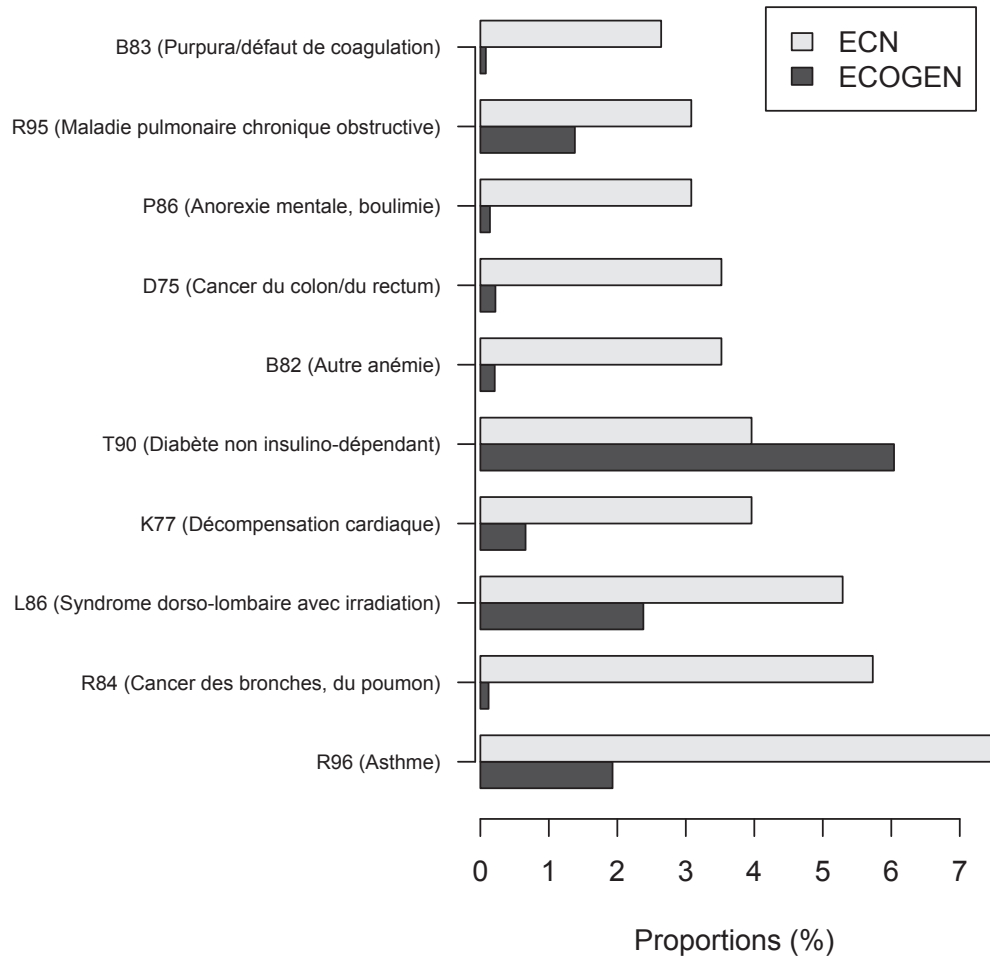
Annexe 3

Top 10 des RC/Maladies chroniques (ECOGEN)



Annexe 4

Top 10 des RC/Maladies Chroniques (ECN)



Annexe 5

Instructions aux auteurs

La revue ***Pédagogie Médicale*** est l'organe officiel d'expression de la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM). Elle est un forum de partage d'expériences et de résultats de recherche dans le champ de l'enseignement et de l'apprentissage des sciences de la santé. Son domaine concerne l'acquisition, le maintien et le développement de la compétence professionnelle en formation initiale et en formation continue. Il concerne notamment les problématiques suivantes : l'évaluation des apprentissages et des activités de formation, la planification pédagogique et l'organisation des formations, l'organisation et la gouvernance des facultés de médecine et des autres institutions de formation en sciences de la santé, la prise en charge de leur éducation par les apprenants, l'éducation du patient. Les communications traitant spécifiquement de problèmes locaux ou de solutions originales locales, en particulier celles de la formation dans les pays en voie de développement sont prises en considération. La recherche décrite dans les articles originaux pourra concerner les champs théoriques ou appliqués, pour autant qu'ils soient en lien avec la formation dans le domaine des sciences de la santé.

Bien que la revue concerne principalement la formation des médecins et des étudiants en médecine, elle constitue également une tribune d'échange entre tous les professionnels de la santé préoccupés par la formation. Les articles ayant trait à la formation de tous les professionnels de santé (odontologistes, pharmaciens, sages-femmes, orthophonistes, ergothérapeutes, infirmières,...) y ont donc leur place, notamment ceux qui concernent l'éducation interprofessionnelle et l'intervention en contexte interdisciplinaire.

Pédagogie Médicale veut répondre aux besoins de l'ensemble des éducateurs médicaux. Il est donc recommandé aux auteurs d'éviter les termes qui ne relèvent pas d'un langage commun à tous les éducateurs ou qui relèvent de domaines trop spécialisés.

Types de manuscrits

La revue publie notamment :

- des articles de synthèse, de perspective ou de mise au point s'appuyant sur une analyse extensive de la littérature (l'avis préalable d'un des rédacteurs est souhaitable) ;
- des articles de recherche dans le domaine de la formation ou de l'apprentissage des sciences de la santé ;
- des articles présentant des dispositifs pédagogiques nouveaux, décrivant leur structure, leur mise en place et leur impact sur la formation des étudiants ;

- des articles concernant la formation médicale continue, des médecins de famille et des spécialistes ;
- des articles portant sur les bases de la pédagogie des sciences de la santé ;
- des articles portant sur l'évaluation ;
- des articles traitant des problématiques éducatives rencontrées dans les institutions d'enseignement ;
- des communications courtes ou « lettres à l'éditeur », attirant l'attention sur des innovations, décrivant des expériences pédagogiques concrètes ou commentant un article publié précédemment dans la revue ;
- des textes d'opinion publiés sous forme de tribune.

Soumission des manuscrits

Les échanges entre les membres du comité de rédaction et les arbitres scientifiques sollicités se font exclusivement par courrier électronique, via la plate-forme de soumission en ligne « Manuscript Management System » (MMS). Grâce à cette interface, les auteurs peuvent également à tout moment être informés du suivi éditorial de leur manuscrit.

Pour soumettre un manuscrit, connectez-vous à la plate-forme MMS en cliquant sur le lien suivant et suivez pas à pas les instructions qui s'afficheront : <https://articlestatus.edpsciences.org/is/pmed/>

Chaque article sera évalué, dans le respect de l'anonymat des auteurs, par au moins deux arbitres scientifiques qui transmettront leurs commentaires et aideront le comité de rédaction dans la décision à prendre. Ces commentaires seront transmis anonymement aux auteurs afin de les aider à améliorer leur manuscrit.

Les décisions du comité de rédaction pourront être :

- acceptation ;
- acceptation sous réserve de révision selon les commentaires des experts ;
- rejet avec encouragement à compléter la recherche ou l'analyse de l'expérience pédagogique décrite dans l'article avant de le soumettre à nouveau ;
- rejet.

Aspects pratiques

Support numérique des manuscrits :

Les formats électroniques recommandés pour le document soumis au comité de rédaction sont : Microsoft® Word ou RTF pour les textes, JPEG, GIF, TIFF, Microsoft PowerPoint ou Excel pour les images et les graphiques. Il est recommandé que, dans la mesure du possible, les figures soient insérées dans un document Microsoft® Word unique. Lors de la saisie, les auteurs ne doivent pas utiliser les fonctions avancées du logiciel telles que les insertions automatiques de champ, de notes de bas de page ou d'images.

Présentation des manuscrits :

Les manuscrits qui ne respecteront pas les recommandations suivantes seront immédiatement retournés aux auteurs pour mise en conformité, avant toute transmission aux arbitres scientifiques. En cas d'acceptation, le comité de rédaction se réserve le droit de modifier certaines formulations de manière à adapter les manuscrits au style rédactionnel de la revue.

D'une façon générale, les manuscrits doivent répondre aux « Exigences uniformes pour les manuscrits présentés aux revues biomédicales », qui définissent les normes dites « de Vancouver » et qui peuvent être consultées sur le site :

http://collection.nlc-bnc.ca/100/201/300/cdn_medical_association/publications-f/mwc/uniform.htm

De façon spécifique, les auteurs veilleront à respecter les normes suivantes :

- Police : Utilisation de la police Time New Roman 12 points avec simple interligne pour l'ensemble du manuscrit. Les polices de caractères de couleur, les caractères gras, ainsi que les notes de bas de page ne sont pas admises. Les locutions étrangères (latin ou anglais) sont dactylographiées en italique.
- Organisation du manuscrit selon la séquence suivante : page titre, résumé et mots clés, résumé en anglais (*abstract and key words*), texte, références, tableaux et figures (1 par page) ;
- Toutes les pages seront numérotées.
- La page de garde comporte successivement : le titre de l'article (court mais informatif sur le contenu), la liste des prénoms et noms des auteurs ; la contribution réelle et respective de chaque auteur au travail, lorsqu'il y en a plusieurs : conception du protocole de recherche, recueil des données, interprétation des résultats, analyse statistique, écriture du manuscrit, etc ; leur affiliation institutionnelle sera précisée en bas de page, en sachant que les titres académiques (Professeur, Maître de conférences, etc.) ne sont pas admis. Il est nécessaire de préciser en bas de page le nom et l'adresse, le numéro de téléphone et l'adresse électronique de l'auteur responsable de la correspondance à propos du manuscrit. Ces données ne sont acceptées que pour un seul auteur.
- Le résumé, de 250 mots au maximum, rédigé en langue française, sera structuré en reprenant les rubriques suivantes : contexte, but (s), sujets/matériel/méthodes, résultats, conclusion (se reporter à l'article de G. Bordage, *Pédagogie Médicale* 2001 ; 2 : 81-84, disponible sur le site de la revue www.pedagogie-medicale.org/). Cette structure peut cependant être adaptée en fonction des caractéristiques de l'article. Les mots clés décrivant l'article seront énumérés.
- Un résumé similaire est rédigé en langue anglaise, avec les mots clés en anglais.
- Le texte de l'article est divisé en paragraphes, identifiés chacun par un titre permettant un

survol rapide par le lecteur.

- Une page additionnelle peut comporter, le cas échéant, les renseignements suivants :
 - les remerciements concernant des personnes ayant apporté une contribution à l'article, insuffisante cependant pour pouvoir prétendre au statut d'auteur (voir à cet égard les spécifications éditées dans le cadre des normes de Vancouver) ;
 - la mention des contrats, aides ou subventions dont a pu faire l'objet le travail rapporté dans l'article ;
 - la mention que tout ou partie du travail a fait l'objet d'une conférence dans un colloque ou congrès ou a été élaborée dans le cadre d'un travail académique (mémoire ou thèse) ;
 - l'approbation éventuelle du protocole de recherche par un comité d'éthique.
- La longueur du texte proprement dit, non compris la page de titre, les résumés, les tableaux et figures et les références ne doit pas dépasser les limites suivantes :
 - article de synthèse : 40 000 caractères, espaces compris ;
 - article de recherche : 30 000 caractères, espaces compris ;
 - articles concernant les innovations pédagogiques : 20 000 caractères, espaces compris ;
 - textes d'opinion destinés à une tribune : 10 000 caractères, espaces compris.
- Les articles de recherche seront divisés en quatre parties : introduction, matériels et méthodes, résultats et discussion. Le contexte de la recherche, le cadre conceptuel sous-jacent et les méthodes utilisées doivent être décrits. Une analyse statistique des données, paramétrique ou non paramétrique est hautement souhaitable.
- Les abréviations doivent être systématiquement explicitées lors de leur première utilisation.
- Les tableaux permettent de présenter de façon synthétique des données, quantitatives ou qualitatives, d'alléger le corps du texte et de faciliter la lecture. Ils doivent pouvoir être compris sans que le lecteur ait besoin de se référer au texte, notamment pour la signification des abréviations. Ils devront être numérotés selon leur ordre d'appel dans le texte, comporter un titre placé en en-tête et, le cas échéant, une légende explicitant les abréviations ainsi qu'un bref commentaire, placés en bas de document.
- Il ne sera pas accepté plus de 4 iconographies (figures ou photographies, exclusivement en noir et blanc) par article. Elles devront être numérotées selon leur ordre d'appel dans le texte, comporter un titre placé en en-tête et, le cas échéant, une légende explicitant les abréviations ainsi qu'un bref commentaire, placés en bas de document.
- Dans la section bibliographique, les références seront présentées et numérotées par ordre de première citation dans le texte. Dans le texte, elles seront identifiées en chiffres arabes insérés en exposant. Il y a trois façons de les présenter :

- nombre seul : L'efficacité de ce type d'apprentissage a été démontrée³.
- avec un ou deux noms d'auteurs : Barrows et Feltovich⁸ rapportent ;
- avec plus de deux noms d'auteurs : Sibert et al.² affirment.
- Il est recommandé de limiter le nombre de références à une quinzaine, sauf pour les articles de synthèse pour lesquels le nombre de références peut être plus important.
- Le nom des périodiques sera abrégé selon le répertoire de l'Index medicus, téléchargeable sur le site : <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>

Exemples de références :

• **Revue :**

- *Moins de six auteurs :*

Maillard D, Blanchet F, Coquide M. Conceptions de la science chez des étudiants en médecine français. *Pédagogie Médicale* 2003;4:73-9.

- *Plus de six auteurs :*

Levêque J, Waddell G, Foucher F, Charlin B, Grand'Maison P, Grall J-Y et al. Les ressources pédagogiques d'un service hospitalier de Gynécologie-Obstétrique : revue de la littérature et applications pratiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999;28:171-8.

• **Livres :**

Tardif J. Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive. Montréal : Les Éditions Logiques, 1992.

- *Contribution publiée dans un livre :*

Bordage G, Page G. An alternative approach to PMPs : the « key features » concept. In : Hart I, Harden RM (eds). *Further developments in assessing clinical competence*. Montreal : Heal Publications, 1987:59-75.

• **Documents électroniques :**

- Article de journal en format électronique :

Schutte JG. Virtual Teaching in Higher Education : The new Intellectual Superhighway or Just another Traffic Jam ? *California State University Electronic Journal of Sociology*, 1997 [On-line]. Disponible sur : <http://www.csun.edu/sociology/virexp.htm>

- Monographie en format électronique :

CDI, *Clinical dermatology illustrated* [monographie sur DOC]. Reeves JRT, Malbach H. CMEA Multimedia Group, producteurs. 2e éd. Version 2.0. San Diego : CMEA ; 1995.

- Fichier informatique :

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [programme informatique]. Version 2.2. Orlando (FL) : Computerized Educational Systems; 1993.

Introduction : Les épreuves classantes nationales (ECN) sont une des étapes obligatoires pour accéder au troisième cycle des études médicales. La moitié des postes ouverts chaque année sont des postes de médecine générale. Les modalités d'évaluation des étudiants conditionnent la nature et la qualité de leur apprentissage. L'objectif de cette étude était d'évaluer la représentation des problèmes de santé rencontrés en médecine générale dans les dossiers des ECN.

Méthode : Nous avons utilisé les données de l'étude ECOGEN et celles issues des dossiers des ECN de 2004 à 2011. ECOGEN est une étude transversale nationale multicentrique réalisée en médecine générale. 54 internes de médecine générale ont codé chacun 400 consultations en utilisant la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). Les réponses aux questions des dossiers des ECN ont été codées indépendamment par deux chercheurs, en utilisant également la CISP. Les distributions ont été comparées en utilisant le test exact de Fisher. Tous les tests ont été effectués avec un seuil de significativité de 0,05.

Résultats : Les codes issus des dossiers des ECN de 2004 à 2011 se répartissaient en 167 codes différents, soit 24% des codes de la CISP. Les résultats de l'étude ECOGEN couvraient 92% des codes de la CISP.

La prévention était le RC le plus cité dans ECOGEN (11% versus 2% dans les ECN, $p < 0,001$). Parmi les 15 RC les plus fréquents d'ECOGEN, 5 n'étaient jamais cités dans les ECN, comme l'hypothyroïdie ou les troubles anxieux.

Parmi les 15 RC les plus fréquents retrouvés dans les ECN, 3 finissaient en -99 (« autre maladie ») et correspondaient à des pathologies rares en soins de premier recours. Le code du chapitre « psychologie » le plus fréquemment retrouvé dans les ECN concernait l'anorexie mentale et la boulimie (P86).

Discussion : La médecine générale reste peu abordée dans les ECN.

Mots Clés : Epreuves Classantes Nationales, Médecine Générale, Deuxième Cycle des Etudes Médicales, Apprentissage