

Rapport d'évaluation du cursus

étudiant·e·s MMed2
mai 2023



Table des matières

INTRODUCTION	3
RÉPONDANT·E·S	3
INFORMATIONS PERSONNELLES	3
GENRE	3
LANGUE MATERNELLE	3
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE LUCRATIVE	3
PARCOURS ET ADMISSION À L'ÉCOLE DE MÉDECINE.....	3
CONNAISSANCES DE BASE POUR DÉBUTER LE BACHELOR.....	5
REDOUBLEMENT	5
RÔLE DANS LA VIE FACULTAIRE.....	5
MOBILITÉ	6
CARRIÈRE / AVENIR PROFESSIONNEL	6
INFORMATIONS ET COMMUNICATION AVEC L'ÉCOLE DE MÉDECINE.....	8
PRISE EN COMPTE DE L'AVIS DES ÉTUDIANT·E·S	9
ORGANISATION ET STRUCTURE DU CURSUS	10
ORGANISATION DU CURSUS	10
NOMBRE D'ENSEIGNANT·E·S	11
OBJECTIFS ET CONTENU DU PROGRAMME D'ÉTUDE.....	13
PROFILES	13
CHARGE DE TRAVAIL.....	13
INTERPRO	13
TRAVAIL DE MAÎTRISE.....	13
COORDINATION ENTRE ENSEIGNEMENTS	14
PROPORTION ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES ET CLINIQUES	14
COMMENCEMENT DE L'IMMERSION CLINIQUE	15
ÉVALUATION DES ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES	15
ÉVALUATION DES ENSEIGNEMENTS CLINIQUES	16
MÉTHODES ET EXPÉRIENCES PÉDAGOGIQUES.....	17
COMPÉTENCES DE BASE (SOFT SKILLS)	17
INTERACTIVITÉ ET OUTILS DE VOTE	19
ÉVALUATION DES APPRENTISSAGES	20
MODALITÉS D'EXAMEN	20
COHÉRENCE ENTRE ENSEIGNEMENT ET EXAMENS.....	21
PROPORTION D'ÉVALUATIONS SOMMATIVES ET FORMATIVES	22
PROGRESS TEST.....	22
SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LES EXAMENS ÉCRITS (ÉVALUATIONS SOMMATIVES ET FORMATIVES)	23
SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LES EXAMENS DES COMPÉTENCES CLINIQUES (ECOS ET ÉVALUATIONS FORMATIVES).....	23
RESSOURCES D'APPRENTISSAGE ET INFRASTRUCTURE	24
RESSOURCES D'APPRENTISSAGE	24
INFRASTRUCTURE	25
ÉVALUATION GLOBALE	26
RECOMMANDATION DU CURSUS	26
POINTS FORTS DU CURSUS.....	26
POINTS À AMÉLIORER DU CURSUS.....	26
ANNEXE	27

Introduction

Au printemps 2023, l'École de médecine a proposé, pour la 3^{ème} fois, d'évaluer l'ensemble de **son cursus** à ses étudiant·e·s en fin de 2^{ème} année de Master.

Elle garantit l'anonymat du questionnaire et la confidentialité dans le traitement des résultats.

Répondant·e·s

128 étudiant·e·s ont répondu au questionnaire (sur 248 questionnaires envoyés), soit **52%** des étudiant·e·s interrogé·e·s.

Informations personnelles

Genre

70% sont des femmes et **28%** des hommes ; **2%** autre.

Langue maternelle

66% ont comme langue maternelle le français ; **23%** sont bilingues (français et autre) et **10%** ne sont pas francophones (1 sans réponse).

Activité professionnelle lucrative

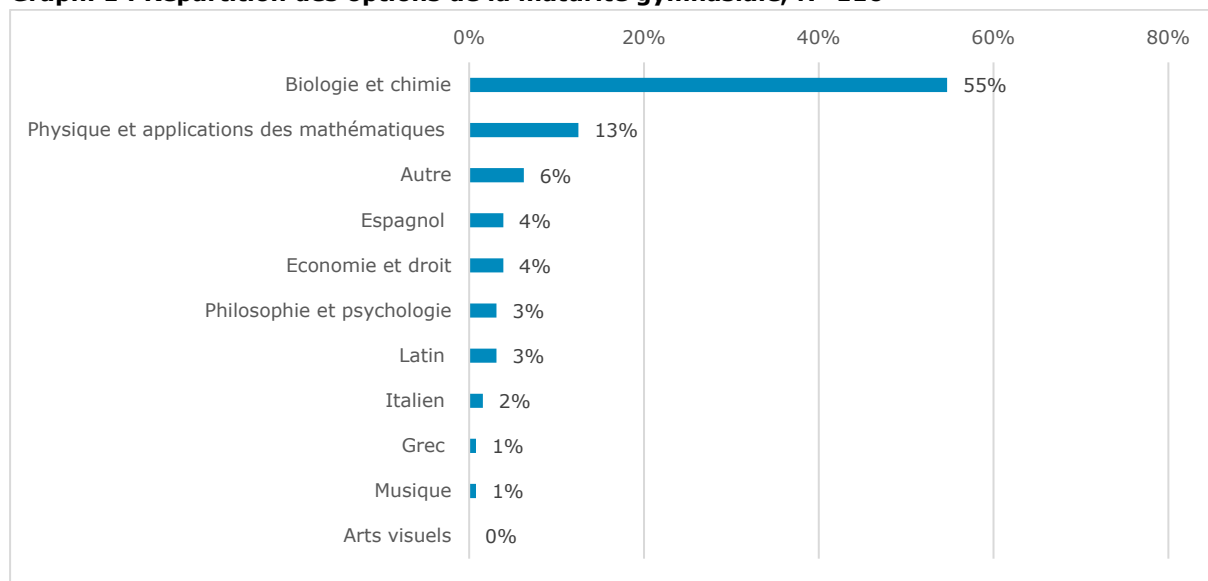
Durant leur cursus, **20%** des étudiant·e·s ont dû exercer une activité professionnelle lucrative pour subvenir à leurs besoins tout le long de leurs études ; **36%** ont exercé une activité lucrative pendant une période et **44%** n'ont jamais exercé ce type d'activité.

Parcours et admission à l'École de médecine

91% des étudiant·e·s (n=116) ont été admis à l'École de médecine sur la base d'une maturité gymnasiale et **9%** (n=11) ont été admis sans maturité gymnasiale (1 sans réponse).

Ci-dessous est présentée la répartition des options spécifiques de la **maturité gymnasiale** des 116 étudiant·e·s (cf. *graph. 1*) :

Graph. 1 : Répartition des options de la maturité gymnasiale, N=116



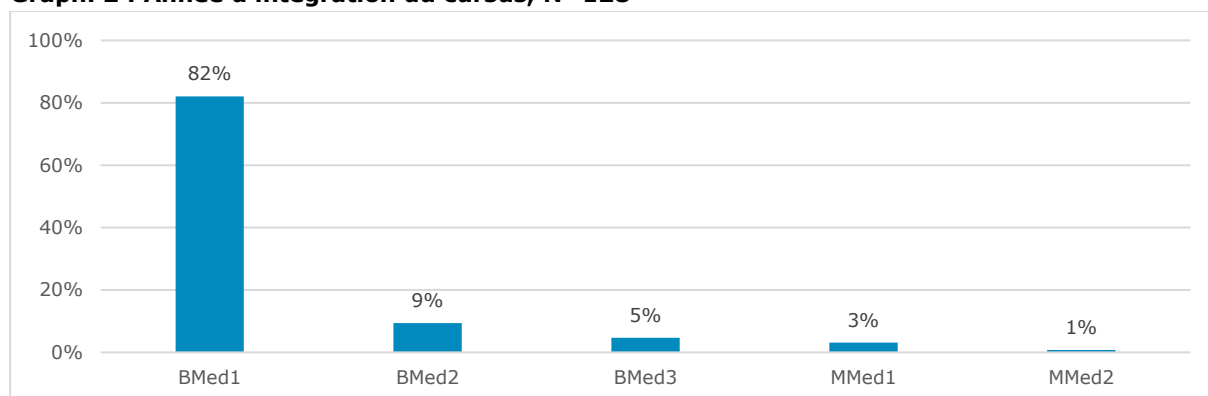
Les réponses des 8 étudiant·e·s ayant répondu *Autre* sont les suivantes :

- *Baccalauréat scientifique français (4x)*
- *Passerelle DUBS*
- *Latin/grec*
- *Langue moderne*
- *Abitur allemand (sans filière spécifique)*

Parmi les 11 étudiant·e·s admi·se·s sans maturité, 3 ont été admi·se·s avec un **examen préalable d'admission** et 8 ont été admi·se·s **sur dossier**.

La majorité des étudiant·e·s (82%) ont intégré le cursus de médecine en **BMed1** (cf. *graph. 2*) ; 5% (n=6) ont intégré le cursus en BMed3, au moyen de la **Passerelle** proposée par la FBM.

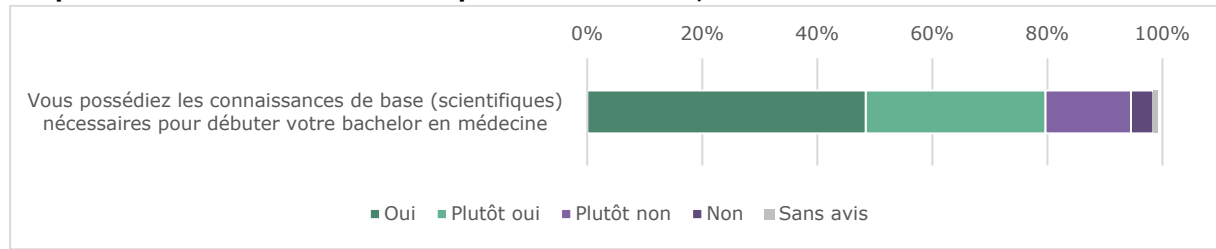
Graph. 2 : Année d'intégration du cursus, N=128



Connaissances de base pour débiter le Bachelor

La majorité des étudiant·e·s possédaient les **connaissances de base** (scientifiques) nécessaires pour débiter leur bachelor en médecine (80% d'accord, cf. graph. 3).

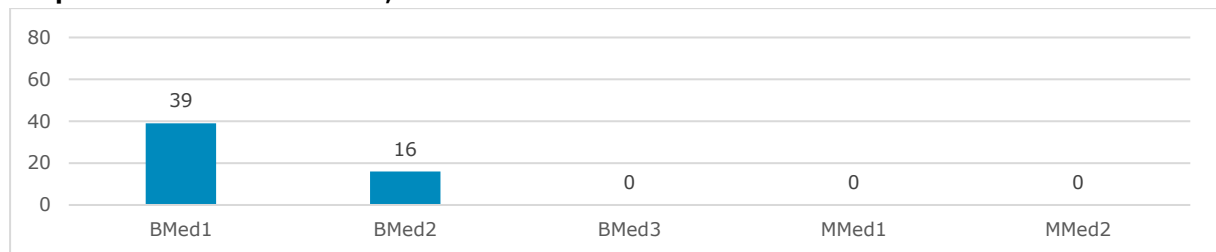
Graph. 3 : Connaissances de bases pour débiter le BA, N=128



Redoublement

36% des étudiant·e·s ont redoublé au moins une année et **64%** n'ont jamais redoublé d'année. Pour la plupart des étudiant·e·s ayant redoublé, il s'agit de la **BMed1** (cf. graph. 4). A noter que 37 étudiant·e·s ont redoublé une seule année et 9 ont redoublé 2 années (BMed1 et BMed2).

Graph. 4 : Années redoublées, N=55

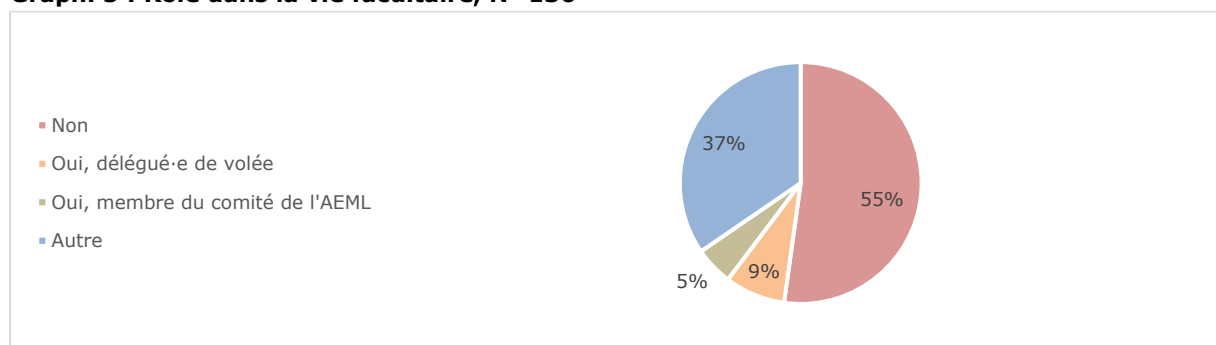


Rôle dans la vie facultaire

45% des étudiant·e·s exercent (ou ont exercé) un rôle dans la vie facultaire pendant leurs études (cf. graph. 5) : 9% en tant que délégué·e de volée ($n=11$) et 5% en tant que membre du comité de l'AEML ($n=7$). Parmi les 37% *Autre* ($n=47$), on retrouve :

- 38 membres de différents comités/associations ;
- 8 assistant·e·s en anatomie / tuteur·trice·s skills ;
- 1 responsable RESCOS.

Graph. 5 : Rôle dans la vie facultaire, N=136

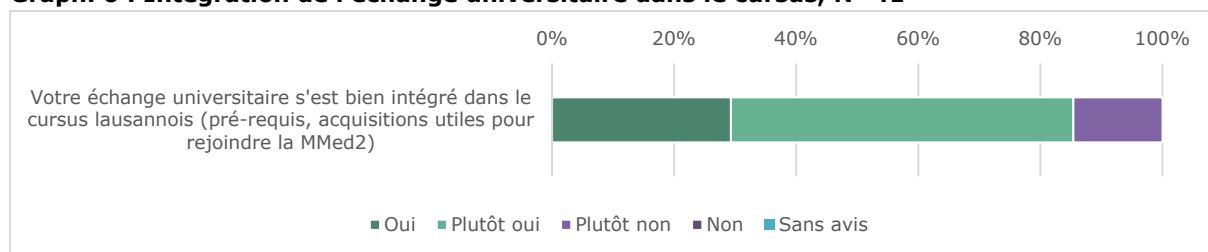


Mobilité

Cf. graph. 6

32% des étudiant·e·s ont effectué une année (ou une demi-année) en **mobilité out** (n=41). **85%** d'entre eux/elles considèrent que cette année s'est bien intégrée dans leur cursus lausannois (pré-requis, acquisitions utiles pour rejoindre la MMed2). Certain·e·s déplorent le fait de manquer la première partie du *généralisme* (4 commentaires).

Graph. 6 : Intégration de l'échange universitaire dans le cursus, N=41



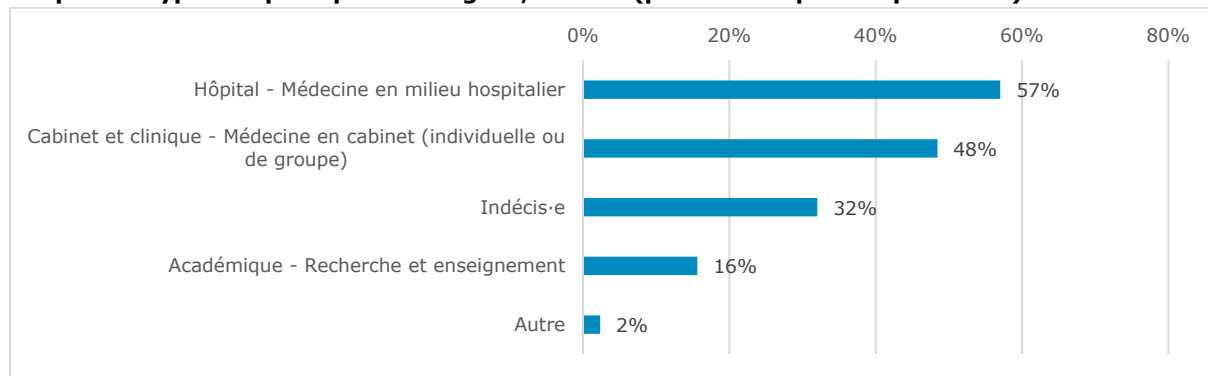
Carrière / avenir professionnel

Cf. graph. 7 et 8

Près de **60%** des répondant·e·s envisagent d'exercer la médecine **en milieu hospitalier** et **50%** en cabinet (individuelle ou de groupe).

Ci-dessous est présentée la répartition des **types de pratique** que les étudiant·e·s envisagent d'exercer à l'avenir.

Graph. 7 : Types de pratique envisagées, N=199 (plusieurs réponses possibles)



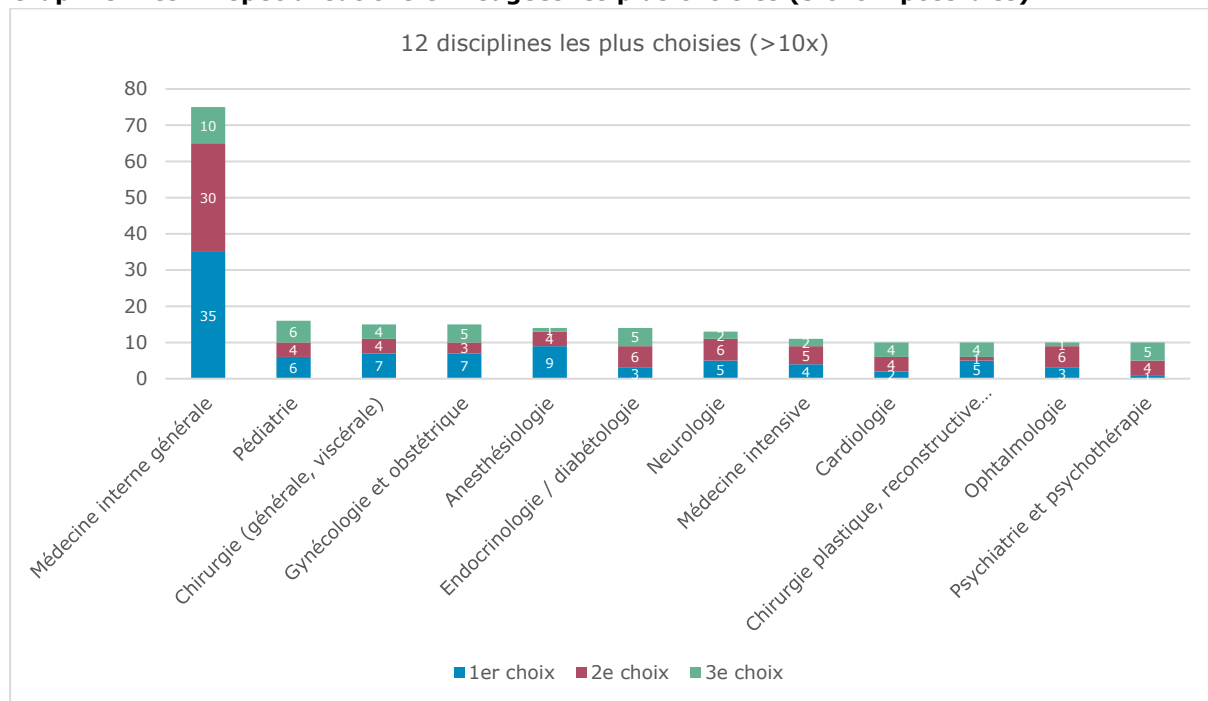
Les réponses des 3 étudiant·e·s ayant répondu *Autre* sont les suivantes :

- *Préhospitalier*
- *Réorientation*
- *Je compte faire un bachelor en Philosophie et ensuite soit intégrer médecine et philo dans une carrière plutôt académique ou bien commencer un assistantat habituel en médecine, plutôt en milieu hospitalier*

60% des répondant·e·s mentionnent la **médecine interne générale** comme un de leur choix de spécialisation.

Ci-dessous est présentée la répartition des **spécialisations** envisagées par les étudiant·e·s ; ils/elles pouvaient sélectionner leurs trois premiers choix parmi les 45 titres de spécialistes de l'ISFM.

Graph. 8 : les 12 spécialisations envisagées les plus choisies (3 choix possibles)*



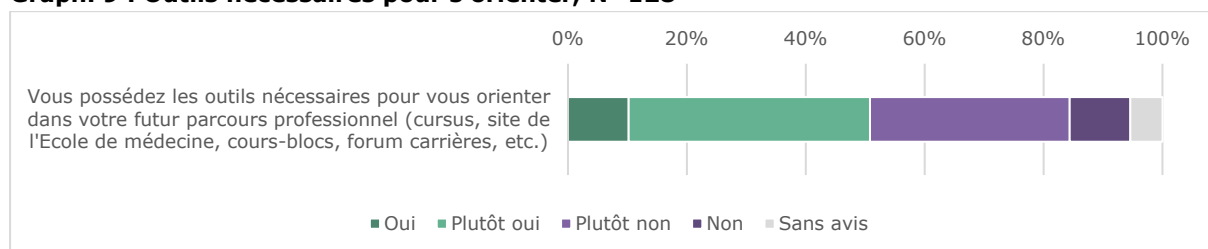
*Le tableau complet des 45 disciplines figure en Annexe, p.27

Selon **44%** des répondant·e·s, ils/elles ne possèdent pas les **outils nécessaires** pour s'orienter dans leur **futur parcours professionnel** (cursus, site de l'École de médecine, cours-blocs, forum carrières médicales, etc., cf. graph. 9).

Dans leurs commentaires, des étudiant·e·s précisent que le Forum Carrières Médicales, les cours-blocs et les séances de l'ASMAV leur permettent une meilleure compréhension du fonctionnement de la formation postgraduée. Toutefois, ils/elles expriment le besoin d'accéder à davantage d'informations concernant le processus de **postulation** et de **recrutement** (notamment les restrictions d'accès aux spécialités, les délais et les démarches à suivre pour postuler, etc., 20 commentaires).

Certain·e·s font remarquer que le **manque d'expérience pratique**, combiné au fait que cette expérience est introduite tardivement dans leur parcours, entrave leur capacité à envisager leur future carrière et à prendre une décision quant à leur spécialisation (9 commentaires).

Graph. 9 : Outils nécessaires pour s'orienter, N=128



Informations et communication avec l'École de médecine

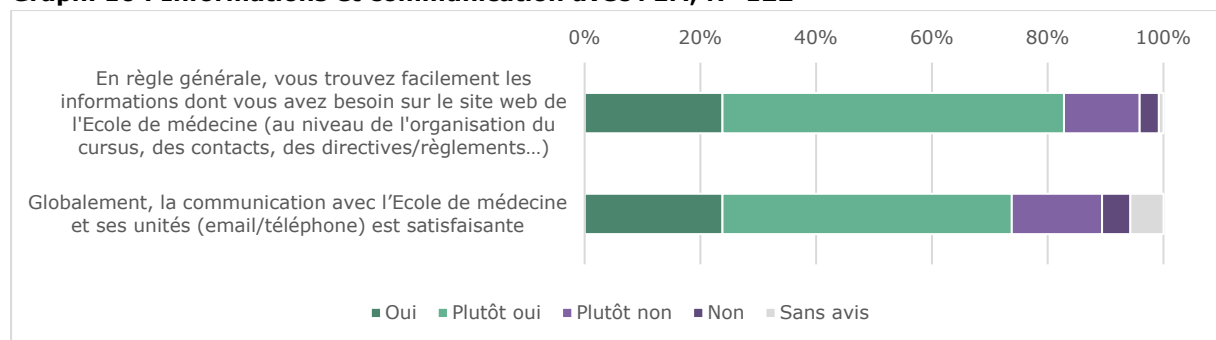
Cf. graph. 10

83% des étudiant·e·s considèrent qu'ils/elles trouvent facilement les informations dont ils/elles ont besoin sur le site web de l'École de médecine et **74%** considèrent que la communication avec l'EM et ses unités est satisfaisante.

A la question : *Avez-vous des exemples d'informations que vous n'avez pas trouvées sur le site de l'École de médecine et dont vous auriez eu besoin*, certain·e·s relèvent :

- Informations et conseils sur la formation **postgraduée** (9 commentaires)
- Informations sur les **stages**, en particulier pour les stages à l'étranger (9 commentaires)
- Informations sur les **examens** (système de notation, etc.) et les **ECOS** (objectifs, 7 commentaires)
- Difficulté de naviguer dans les **sites UNIL et EM** (5 commentaires).

Graph. 10 : Informations et communication avec l'EM, N=122



Prise en compte de l'avis des étudiant·e·s

Cf. graph. 11

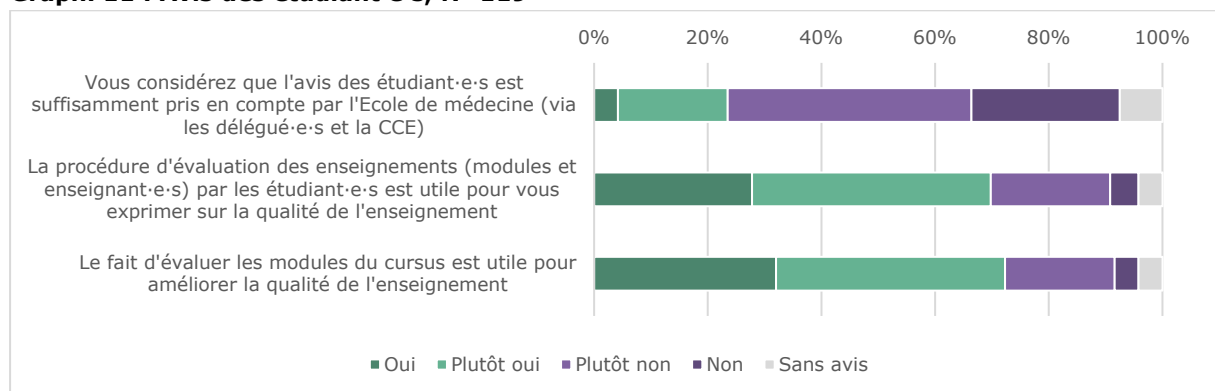
Moins d'**un quart** des étudiant·e·s considèrent que leur avis est suffisamment pris en compte par l'École de médecine (via les délégué·e·s et la CCE, 69% de désaccord).

60% des répondant·e·s estiment que la procédure d'évaluation des enseignements (modules et enseignant·e·s) par les étudiant·e·s est utile pour s'exprimer sur la qualité de l'enseignement (31% de désaccord) et **53%** considèrent que le fait d'évaluer les modules est utile pour améliorer la qualité de l'enseignement (29% de désaccord).

Des étudiant·e·s apprécient la possibilité de s'exprimer à travers des évaluations, mais expriment des réserves quant à leur **impact** et à la prise en considération des remarques formulées. Ils/elles ont le sentiment que les mêmes commentaires reviennent année après année. Ils/elles aimeraient recevoir des retours sur les résultats et les éventuelles adaptations entreprises suite aux évaluations (27 commentaires). Certain·e·s regrettent de ne pas pouvoir formuler systématiquement des **commentaires** (la majorité des questionnaires d'évaluation de module sont composés uniquement de questions fermées, 13 commentaires).

Enfin, quelques étudiant·e·s proposent d'envoyer le questionnaire **à la suite des examens**, une fois qu'ils/elles ont eu l'occasion de réviser leurs cours, afin d'évaluer également la correspondance entre l'enseignement dispensé et les examens (5 commentaires).

Graph. 11 : Avis des étudiant·e·s, N=119



Organisation et structure du cursus

Pour rappel, le cursus est composé d'un socle de deux ans (BMed1 et BMed2) qui apportent aux étudiant·e·s les bases théoriques. Dès la BMed3, le cursus prévoit une intégration progressive de la clinique en parallèle aux cours théoriques.

Organisation du cursus

Cf. graph. 12

79% des répondant·e·s considèrent que l'organisation globale du cursus est cohérente et selon **59%** d'entre eux/elles, les années précliniques les préparent bien aux années cliniques (30% de désaccord).

Dans leurs commentaires, des étudiant·e·s relèvent qu'ils/elles souhaiteraient avoir de la **clinique plus tôt et plus fréquemment** dans le cursus ; ils/elles souhaiteraient également que ces expériences cliniques soient plus *en lien avec les cours théoriques* (ex : ELM cardio-pulmonaire en BMed2 et ORL/gynéco en MMed1), la transition entre théorie et pratique n'étant pas *naturelle* (ex : théorie anatomie en BMed1 et orthopédie en MMed1). En conséquence, les étudiant·e·s estiment ne pas être suffisamment préparé·e·s à l'exercice de leur futur métier (40 commentaires).

« On ne nous apprend pas à être avec un humain mais à chercher son problème médical »
« Faire des cas cliniques au moins 2-3h/semaine afin de s'entraîner à réfléchir sur des situations et réviser nos connaissances »

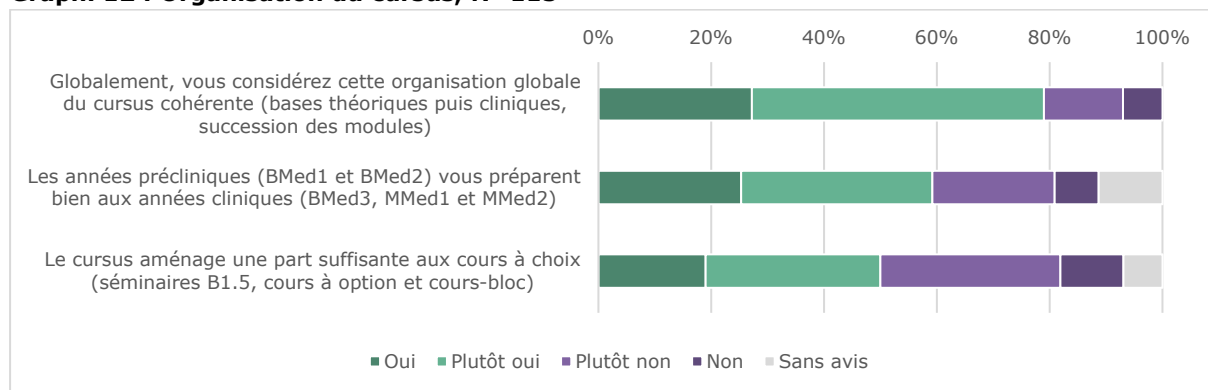
Certain·e·s ont salué l'organisation du cursus au niveau du Bachelor, mais ont relevé une dégradation au niveau du Master, en particulier dans le cadre de la **MMed2**. Ils/elles ont souligné l'absence de *composante clinique*, ainsi que la présence excessive de *détails* et de *répétitions*. Dans cette optique, ils/elles expriment le souhait d'explorer des *cas cliniques* au sein de petits groupes et de consacrer davantage de temps aux *ARC* (10 commentaires). En effet, plusieurs d'entre eux/elles aspirent à renforcer leur aptitude à *réfléchir* de manière critique et à *raisonner* sur des cas cliniques (7 commentaires).

« Il manque une mise à l'épreuve concrète de l'esprit critique clinique de l'étudiant »

En ce qui concerne les modules de **généralisme**, qui sont considérés comme parmi les plus importants, certain·e·s étudiant·e·s suggèrent de les regrouper et de les dispenser en MMed2, dans le but d'optimiser l'apprentissage et la cohérence pédagogique (5 commentaires).

A propos des **cours à choix**, **50%** des répondant·e·s considèrent que le cursus leur aménage une part suffisante (43% de désaccord).

Graph. 12 : Organisation du cursus, N=115



Nombre d'enseignant·e·s

Cf. graph. 13

Les étudiant·e·s ont été confronté·e·s à plus de 470 enseignant·e·s différent·e·s pendant leur cursus (cours en auditoire). Pour **29%**, c'est un avantage ; pour **24%** c'est un inconvénient et pour les autres ce n'est *ni un avantage, ni un inconvénient* (ou sans avis).

Dans les commentaires, il est précisé que le nombre élevé d'enseignant·e·s peut présenter à la fois des avantages et des inconvénients.

D'un côté, cet effectif élevé offre la possibilité de profiter de la **diversité de points de vue** et de bénéficier de *l'expertise de spécialistes* dans chaque domaine, ce qui selon certain·e·s étudiant·e·s leur apporte un *enrichissement* (17 commentaires).

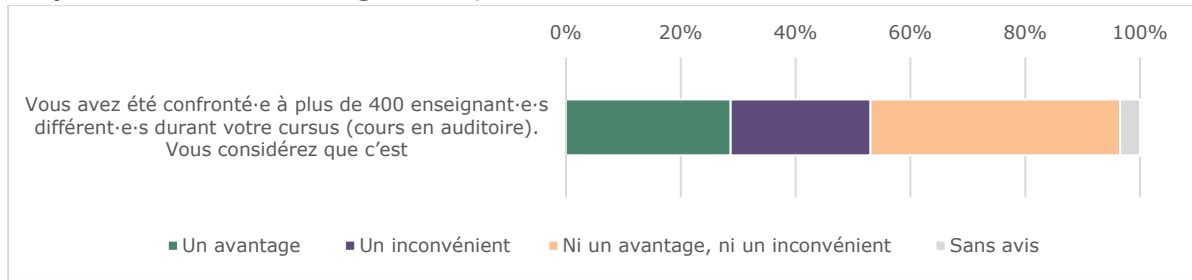
D'un autre côté, cet effectif élevé entraîne un **manque de communication** entre enseignant·e·s. Cela peut aboutir à des **répétitions** ou des **contradictions** dans les contenus enseignés, ainsi qu'à un manque de coordination et de cohérence globale du cursus. Selon certains commentaires, cette situation se traduit par des cours excessivement détaillés, axés sur des informations très spécifiques propres aux spécialistes plutôt qu'aux généralistes, au détriment de l'enseignement des bases essentielles de chaque discipline. Un autre impact du nombre important d'enseignant·e·s est que chaque intervenant·e dispense un nombre restreint d'heures d'enseignement et, par conséquent, s'investit moins dans ce domaine et dans sa formation pédagogique, ce qui peut péjorer la qualité globale de l'enseignement (40 commentaires).

« Il est flagrant que les modules avec beaucoup d'enseignants sont moins bien organisés (cours moins cohérents entre eux, répétitions inutiles, contradictions, pas de fil rouge) par rapport aux modules avec 2-3 enseignants principaux (par exemple modules gynécologie, immunologie, physiologie circulatoire) »

« Moins d'experts, plus de continuité entre enseignant·e·s serait souhaitable. Tout le monde a sa propre manière d'enseigner, à sa propre fil rouge. Souvent les enseignant·e·s ne sont pas du tout conscient de notre niveau de connaissance. Ceci est un problème que l'on diminue si on emploie moins de personnes qui donnent plus de cours. Le pool extraordinaire d'intervenants pourrait à mon avis plutôt être transformé en tuteurices pour des séminaires/ enseignement au lit des patient·e·s/skills/simulations etc). »

« Seuls avantages : on a affaire à des personnes avec des expériences cliniques très différentes, ce qui est enrichissant. Et si un·e enseignant·e ne nous convient pas, ça change rapidement. Inconvénient : les enseignants ne communiquent pas sur le contenu de leurs cours donc parfois soit les cours se répètent beaucoup ou alors au contraire on estime qu'on a déjà vu ces informations alors que non et c'est difficile à suivre. La qualité est parfois médiocre et les enseignant·e·s ne sont pas encouragés à s'améliorer car ne donnent pas assez d'heures. »

Graph. 13 : Nombre d'enseignant·e·s, N=115



Objectifs et contenu du programme d'étude

PROFILES

Cf. graph. 14

51% des répondant·e·s disent ne pas être au clair sur les compétences qu'ils/elles doivent avoir acquises à la fin de la formation (décrits dans le référentiel PROFILES, 47% d'accord).

Charge de travail

Cf. graph. 14

Selon **56%** des étudiant·e·s, la charge de travail était bien équilibrée entre les années (41% de désaccord).

Interpro

Cf. graph. 14

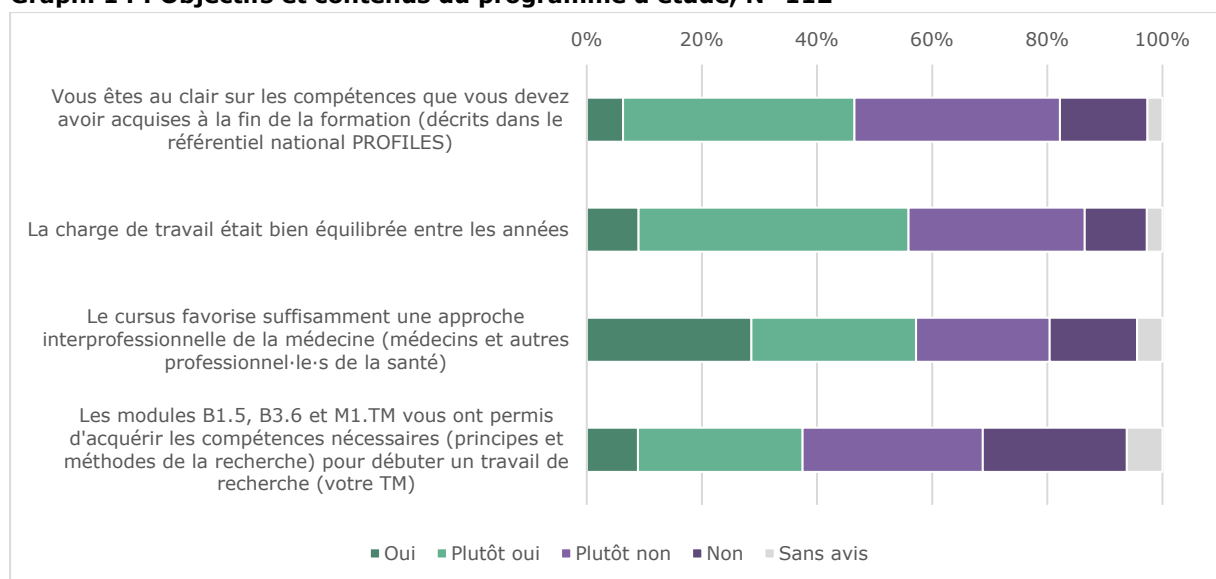
57% des répondant·e·s considèrent que le cursus favorise suffisamment une approche interprofessionnelle de la médecine (médecins et autres professionnel·le·s de la santé, 38% de désaccord).

Travail de Maîtrise

Cf. graph. 14

Enfin, **38%** disent que les modules B1.5, B3.6 et M1.TM leur ont permis d'acquérir les compétences nécessaires (principes et méthodes de la recherche) pour débiter un travail de recherche (56% de désaccord).

Graph. 14 : Objectifs et contenus du programme d'étude, N=112



Coordination entre enseignements

Cf. graph. 15

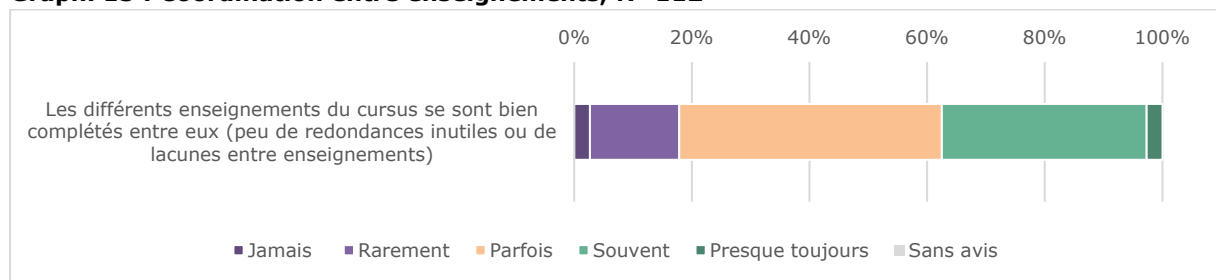
Selon un peu moins de **40%** des étudiant·e·s, les différents enseignements du cursus se sont *souvent / presque toujours* bien complétés entre eux. Pour **45%**, ils se sont *parfois* bien complétés entre eux et, enfin, pour **18%**, ils ne se sont *jamais / rarement* bien complétés entre eux.

Des étudiant·e·s constatent des **redondances** importantes entre les cours, notamment en MMed2. Des exemples concrets de redondances incluent les sujets tels que le *lupus*, *l'anaphylaxie*, *l'épilepsie*, la *dyslipidémie*, entre autres. Certaines de ces redondances semblent être utiles, tandis que d'autres le sont moins, posant un problème surtout lorsqu'elles entrent en **contradiction** les unes avec les autres. Certain·e·s étudiant·e·s suggèrent de remplacer ces cours redondants par des cours plus orientés **stages**, mettant l'accent sur les *prises en charge*, les *cours pratiques*, etc. (28 commentaires).

« Souvent redondances inutiles, voire même des contradictions et peu de cours qui sont vraiment utiles et orientés pour les stages »

Par ailleurs, quelques étudiant·e·s signalent des **lacunes** au niveau de l'enseignement des bases (6 commentaires).

Graph. 15 : Coordination entre enseignements, N=112



Proportion enseignements théoriques et cliniques

Cf. graph. 16

88% des étudiant·e·s considèrent que les enseignements de BMed3 à MMed2 sont (un peu) **trop théoriques**. Pour **10%** la proportion est optimale.

En effet, de nombreux étudiant·e·s estiment que le cursus présente un **excès de cours théoriques** détaillés et un **déficit de cours pratiques ou cliniques**. La transition des cours-blocs de MMed1 aux cours théoriques en auditoire de MMed2 est particulièrement difficile pour certain·e·s, et l'appel est lancé en faveur de plus de mises en situation clinique, de réflexion clinique avec des exercices de raisonnement clinique, des vignettes, etc. De plus, une meilleure intégration de la théorie et de la pratique, ainsi qu'une répartition plus équilibrée de la pratique tout au long du cursus, sont souhaitées (38 commentaires).

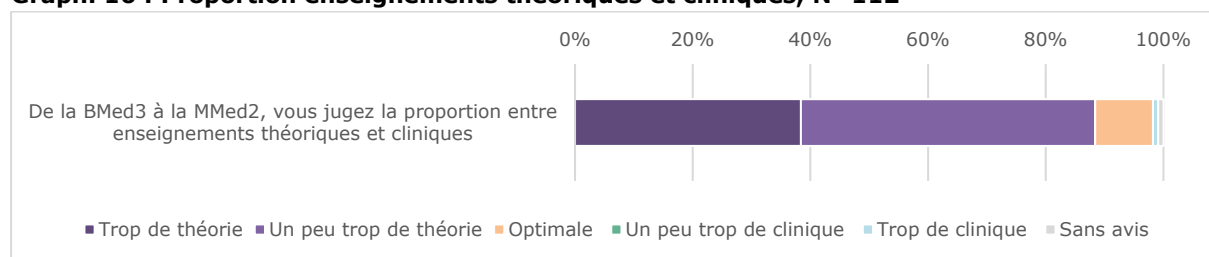
« La théorie est essentielle pour la clinique et nous avons de bons cours dans la plupart des matières. Toutefois nous n'avons presque aucun enseignement clinique qui nous apprend à réfléchir autour d'un cas, qui nous apprend à penser la prise en charge de manière globale (anticiper les problèmes, etc), ou qui nous apprend à faire un status ciblé de qualité. Heureusement l'immersion clinique (cours blocs, stages) nous donne un aperçu de ce à quoi la pratique ressemble. »

« J'aurais voulu plus de réflexion clinique et je trouve qu'il a un peu trop de théorie pure qui est difficile d'apprendre hors du contexte clinique. Je suggère de faire plus de pratique en plus petit groupe où il y a une réflexion autour de cas avec un médecin pour nous apprendre la structure d'une réflexion et je trouve toujours plus facile à retenir la théorie avec des cas. »

« Un exemple concret : on a eu une dizaine de cours qui nous ont parlé du principe ABCDE mais aucune séance pratique pour exercer ces différentes étapes cruciales ! »

En ce qui concerne les modalités d'enseignement clinique (cours skills), certain·e·s suggèrent d'incorporer davantage de **vignettes cliniques**, peut-être de manière régulière chaque semaine. Certain·e·s déplorent le manque d'apprentissage sur la **prise en charge** lorsqu'ils doivent diagnostiquer sans forcément acquérir une compréhension approfondie. Les commentaires mentionnent également que les ELM, ECP et HCT sont souvent *trop courts* et parfois *peu utiles* (9 commentaires).

Graph. 16 : Proportion enseignements théoriques et cliniques, N=112

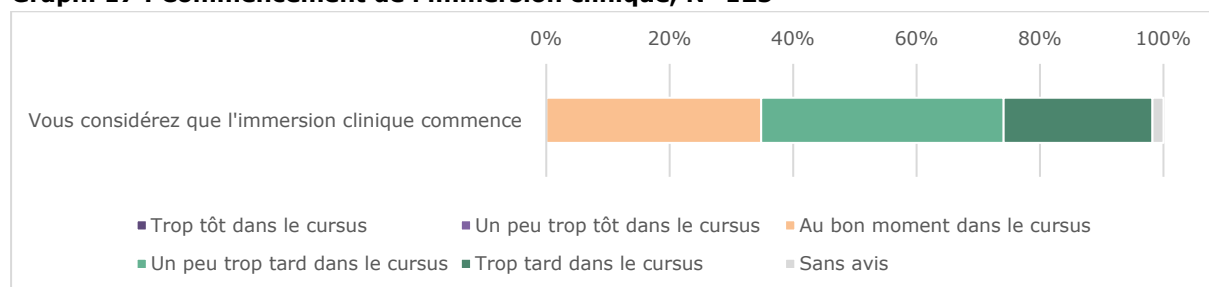


Commencement de l'immersion clinique

Cf. graph. 17

63% des étudiant·e·s considèrent que l'immersion clinique commence (un peu) **trop tard** dans le cursus. Pour **35%**, elle commence au bon moment.

Graph. 17 : Commencement de l'immersion clinique, N=125



Évaluation des enseignements théoriques

Cf. graph. 18

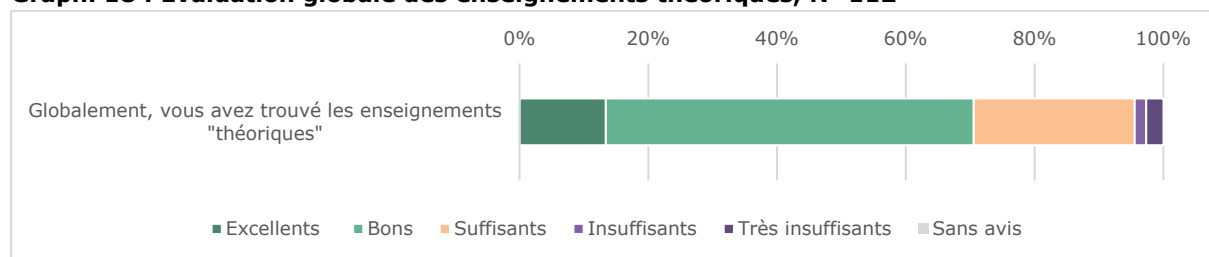
71% des étudiant·e·s ont globalement trouvé les **enseignements théoriques excellents/bons**, **25%** les ont trouvés *suffisants* et **4%** les ont trouvés (*très*) *insuffisants*.

Des étudiant·e·s relèvent la **qualité variable** des enseignant·e·s et des supports de cours (18 commentaires). Certain·e·s enseignant·e·s et supports sont jugés excellents, tandis que d'autres sont considérés comme moins satisfaisants, notamment en raison de cours *trop détaillés* et *mal articulés*. Des commentaires mettent en avant la nécessité d'accorder davantage d'attention aux pathologies **courantes** pour mieux refléter la pratique clinique, plutôt que de se concentrer sur des maladies **rares** ou **peu fréquentes** (8 commentaires). En outre, certain·e·s déplorent que leur formation repose majoritairement sur des **slides** (cf. commentaire ci-dessous).

« La qualité des enseignements se situent sur une large gamme entre excellent et inutile. Globalement, j'ai bien apprécié les enseignements où une seule personne nous enseignait toute une matière (les Prof Liaudet, Stamenkovic ou Schneider en 2ème année). Après il y a des personnes qui se réjouissent d'enseigner et qui ont un sens didactique mais qui apparaissent beaucoup trop peu tandis qu'il y a d'autres qui sont peut-être d'excellents chercheuses mais qui n'ont aucune notion de comment transmettre leur matière à autrui. Je trouve qu'une formation didactique devrait être obligatoire si on veut enseigner à l'université. Les cours donnés par des personnes chercheuses pures devraient être donnés en tant que séminaires de recherche sur leur domaine et non pas en tant que cours théorique de base en grand auditoire. Les matières en soi n'étaient pas équilibrées non plus. Pour le pourcentage de personnes qui ira réalistiquement pratiquer de la pathologie parmi nous, p.ex., il y avait bcp trop de cours accès sur cela et pas du tout assez de cours généraux, intégrés comme ceux du Prof Waeber en 5ème année »

« Je trouve qu'une formation médicale ne devrait pas se baser que sur des slides. On devrait inciter l'étudiant d'acheter des livres médicaux qui lui guident pendant la totalité des ses études et aussi après ses études. C'est difficile d'apprendre que avec des slides qui sont parfois aussi très différentes entre les enseignants. Il manque aussi la transmission du raisonnement médical qui ne peut pas se faire que d'une manière réduite si on compare une apprentissage avec des mots clés soit phrase incomplète (slides) et phrases complètes et coherence du text (livre). Les slides pourront être là pour expliquer les chapitres. Soit aussi pour compléter des informations qui ne seront pas inclus dans un livre »

Graph. 18 : Évaluation globale des enseignements théoriques, N=112



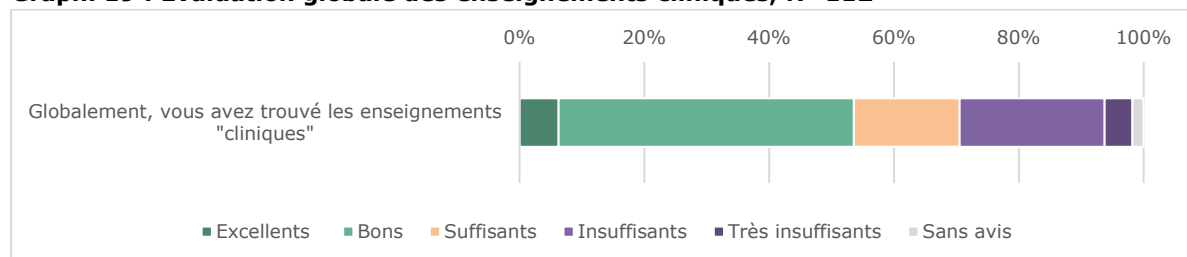
Évaluation des enseignements cliniques

Cf. graph. 19

54% des étudiant·e·s ont globalement trouvé les **enseignements cliniques excellents/bons**, **17%** les ont trouvés *suffisants* et **28%** les ont trouvés *(très) insuffisants*.

Des étudiant·e·s notent la qualité globalement positive des enseignements cliniques, tout en exprimant le désir d'en avoir **davantage** (15 commentaires). Certain·e·s relèvent la **variabilité** des expériences, notamment lors des cours blocs, où malheureusement ils sont parfois *mal accueilli·e·s* et *peu actif·ve·s* (8 commentaires).

Graph. 19 : Évaluation globale des enseignements cliniques, N=112



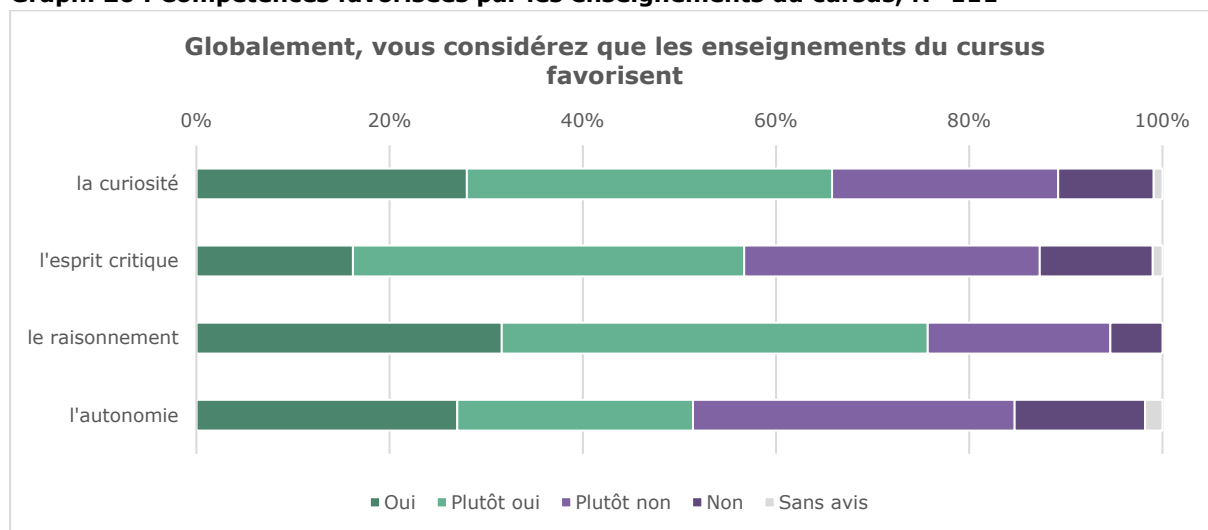
Méthodes et expériences pédagogiques

Compétences de base (soft skills)

Cf. graph. 20

Globalement, **76%** des répondant·e·s considèrent que les enseignements du cursus favorisent le **raisonnement** ; **66%** considèrent qu'ils favorisent la **curiosité** ; **57%** considèrent qu'ils favorisent **l'esprit critique** et **51%** considèrent qu'ils favorisent **l'autonomie**.

Graph. 20 : Compétences favorisées par les enseignements du cursus, N=111



Parmi les autres « compétences » favorisées (ou non) par les enseignements du cursus émises par les étudiant·e·s, on retrouve :

Le cursus favorise...	Le cursus ne favorise pas...
L'apppris par cœur (x3)	L'autonomie (x2) <i>Comme on commence très tard les cours blocs, nous n'avons pas du tout d'autonomie et ça devient un peu une stage d'observation</i> <i>L'autonomie serait favorisée si on nous lâchait un peu la grappe en terme de présence, cf cursus à fribourg par exemple (note : université avec les meilleurs résultats au fédéral cette année)</i>
La rigueur (x3) <i>Le cursus favorise la rigueur de travail car il faut être extrêmement rigoureux tout le long du semestre pour ne pas se retrouver dans une position trop inconfortable pendant les révisions</i>	L'entraide <i>Car très compétitif, classements (notamment progress test)</i>
De se débrouiller tout seul	La collaboration interprofessionnelle (insuffisante)
L'empathie	L'empathie
La formation de spécialistes	La communication des sujets médicaux aux personnes non-médicales n'est pas du tout favorisé par le cursus. La médecine pendant les études est centrée excessivement sur les milieux académiques.
Le savoir <i>On acquière beaucoup de connaissances</i>	La logique et la rhétorique <i>Même si le travail le plus important du médecin est l'anamnèse qui est une conversation avec une autre</i>

	<i>humain. Pour faire ceci je trouve que c'est nécessaire de faire des petites groupes pour discuter certaines choses. Une apprentissage qui se fait que dans le plenum sert pour apprendre des information, mais ne stimule pas la connaissance active des information. L'étudiant peut se cacher dans le plenum, ne doit ni expliquer ses idées ni les défendre envers des questions</i>
La gestion du temps <i>Bcp à faire dans un temps imparti relativement faible</i>	La compréhension
La capacité à aller chercher les informations nécessaires aux bons endroits, lire efficacement un article (surtout avec le travail de master et les stages mais assez peu la mise en pratique d'un paper à un cas fictif ou patient)	Le sens pratique n'est pas du tout exploité. Par exemple comment fonctionne un service, comment rédiger une lettre ou simplement comment prescrire. Les cours des modules .7 pourraient comporter ces aspects plutôt que des nombreuses redites
La discussion entre étudiants et entre profs et étudiants	Le travail d'équipe
La motivation de toujours aller chercher plus loin (et ne pas être content avec la solution/ réponse la plus simple)	L'esprit critique <i>Les cas cliniques en cours devraient être en petit groupe</i>
La resilience	La possibilité de mettre en lien les différentes connaissances acquises. Car manque de temps, car manque de pluridisciplinarité dans les enseignements
La capacité à retenir une énorme quantité d'informations en temps restreint	La réflexion logique
La méthodologie. Il faut avoir une bonne méthode de travail pour réussir sa première année mais aussi tout le long du cursus pour maintenir le rythme	La recherche / idées de développements
L'organisation	L'humilité
	N'intègre pas beaucoup la dimension humaine
	Ne favorise pas l'esprit de recherche de savoir
	Le savoir-être

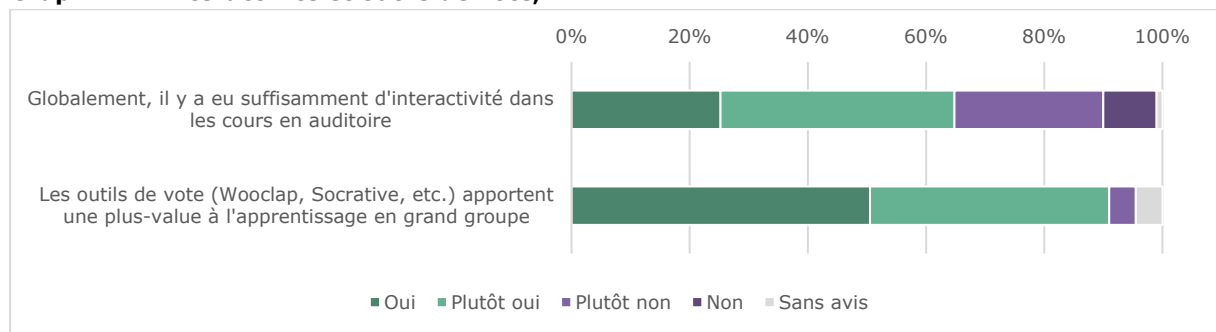
Interactivité et outils de vote

Cf. graph. 21 et 22

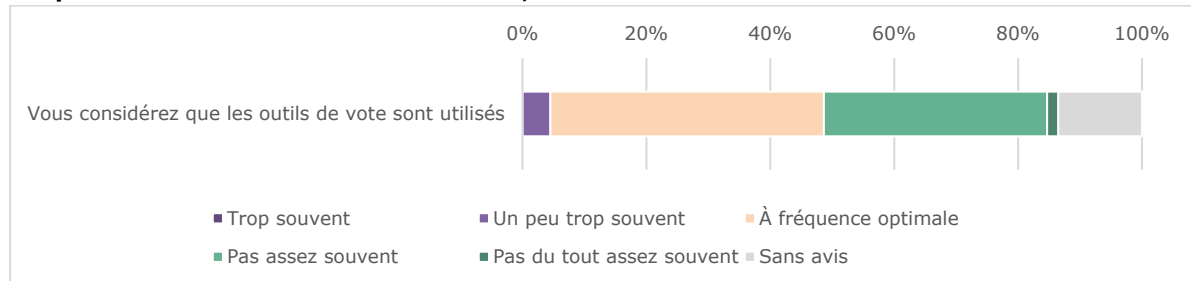
Selon près de **deux tiers** des répondant·e·s, il y a eu suffisamment d'interactivité dans les cours en auditoire (34% de désaccord).

91% considèrent que les **outils de vote** (Wooclap, Socrative, etc.) apportent une plus-value à l'apprentissage en grand groupe (8% de désaccord) et **38%** estiment qu'ils ne sont pas utilisés (du tout) assez souvent ; **44%** pensent qu'ils sont utilisés à fréquence optimale. Des étudiant·e·s mentionnent que ces outils peuvent être *bénéfiques* pour les participant·e·s en *stimulant le raisonnement clinique*, en rendant l'enseignement *plus interactif* et en favorisant la *réflexion* et *l'ancrage des informations importantes* (20 commentaires). Cependant, certain·e·s soulignent l'importance de *bien les utiliser* et avec *modération*, notant que dans certains cas, cela peut entraîner des *pertes de temps* (10 commentaires).

Graph. 21 : Interactivité et outils de vote, N=111



Graph. 22 : Utilisation des outils de vote, N=111



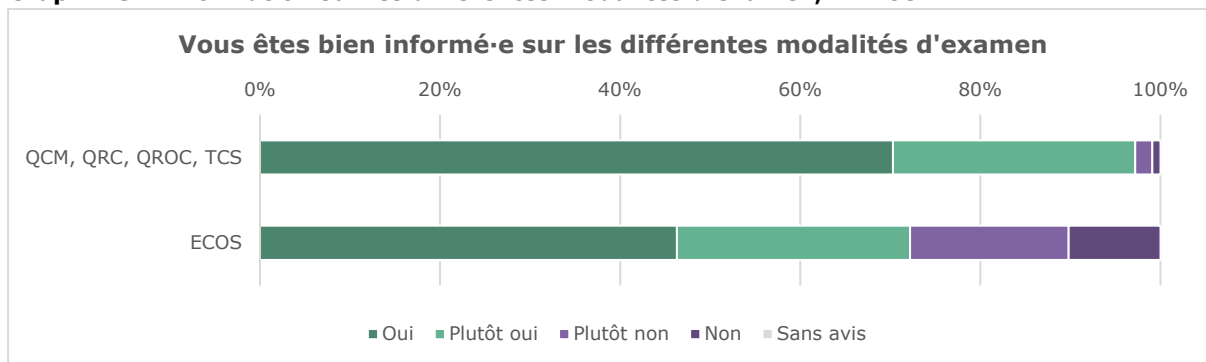
Évaluation des apprentissages

Modalités d'examen

Cf. graph. 23-25

Selon **97%** des répondant·e·s, ils/elles sont bien informé·e·s sur les différentes modalités d'examen écrit (QCM, QRC, QROC et TCS). Par rapport aux ECOS, **72%** disent en être bien informé·e·s.

Graph. 23 : Information sur les différentes modalités d'examen, N=108

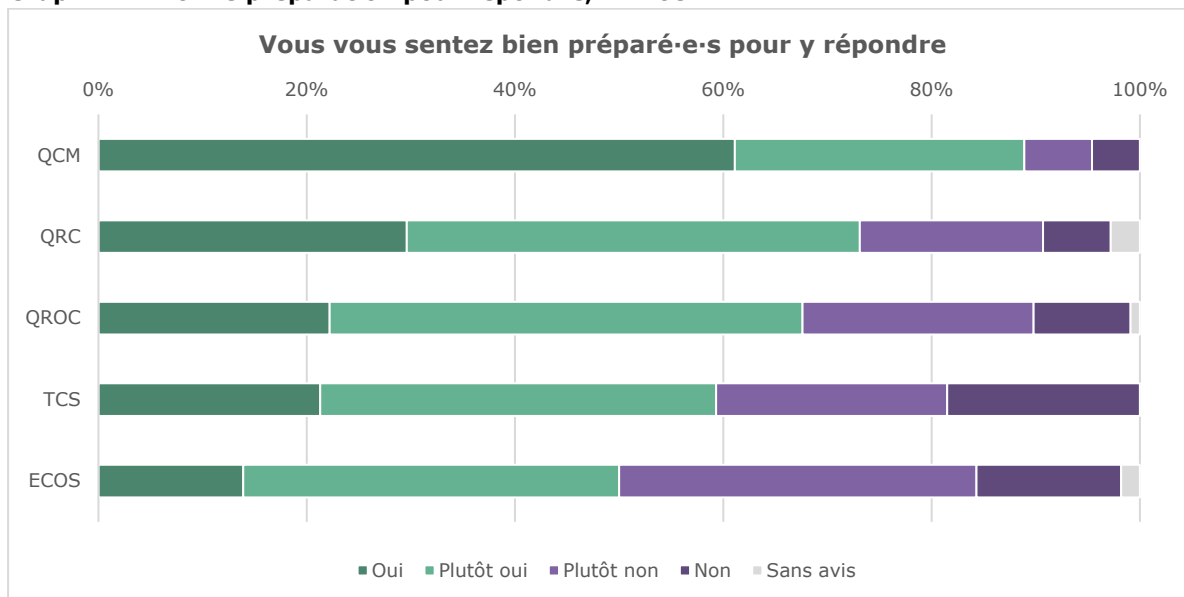


Sentiment d'être bien préparé·e·s aux examens

Pourcentage des étudiant·e·s se sentant bien préparé·e·s à répondre aux différentes modalités (ordre décroissant) :

- QCM **89%**
- QRC **73%**
- QROC **68%**
- TCS **59%**
- ECOS **50%**

Graph. 24 : Bonne préparation pour répondre, N=108

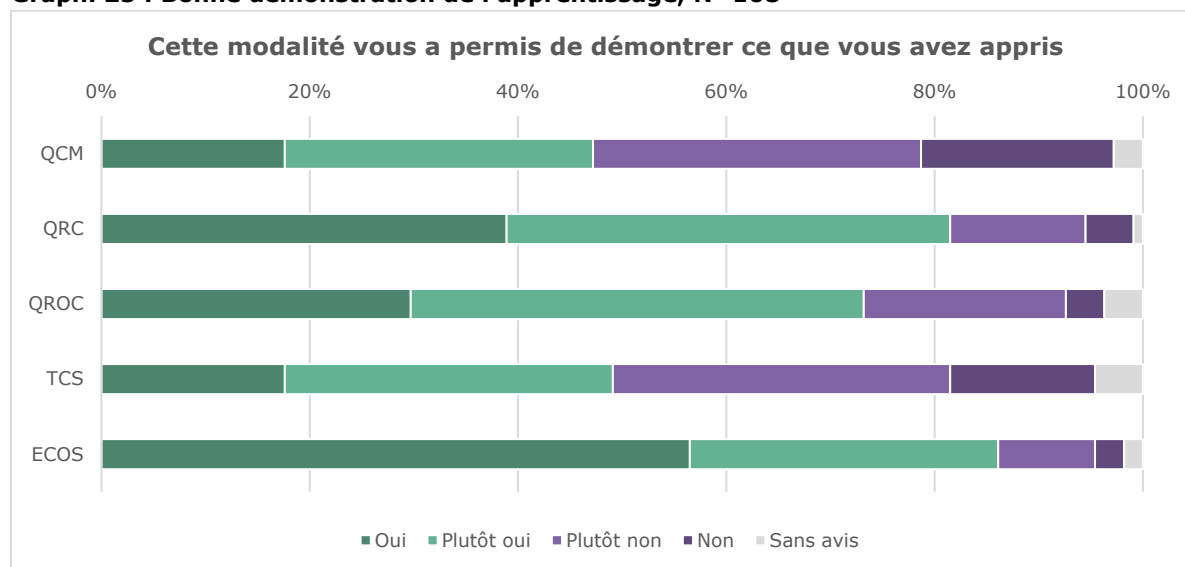


Sentiment d'avoir pu bien démontrer ce qu'ils/elles ont appris

Pourcentage des étudiant·e·s qui considèrent qu'ils/elles ont pu démontrer ce qu'ils/elles ont appris grâce à ces modalités (ordre décroissant) :

- ECOS **86%**
- QRC **82%**
- QROC **73%**
- TCS **49%**
- QCM **47%**

Graph. 25 : Bonne démonstration de l'apprentissage, N=108



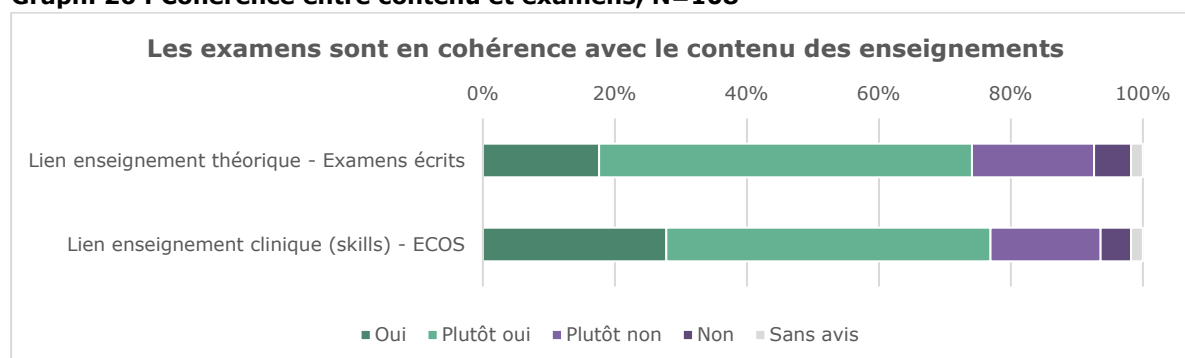
Cohérence entre enseignement et examens

Cf. graph. 26

Selon **74%** des étudiant·e·s, les **examens écrits** sont en cohérence avec le contenu des enseignements théoriques (24% de désaccord, *cf. graph. 29*).

Selon **77%** des étudiant·e·s, les **ECOS** sont en cohérence avec le contenu des enseignements cliniques (21% de désaccord).

Graph. 26 : Cohérence entre contenu et examens, N=108



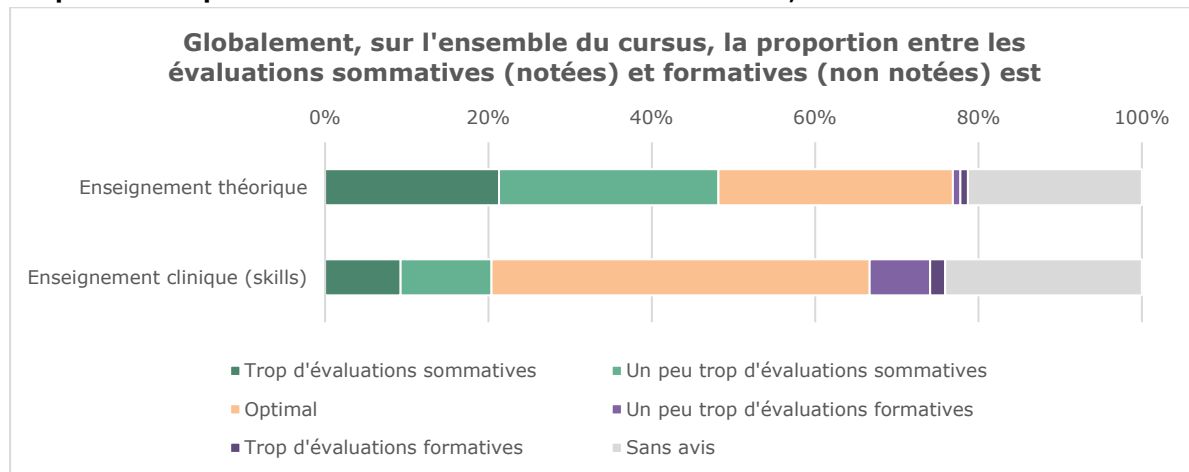
Proportion d'évaluations sommatives et formatives

Cf. graph. 27

Selon **48%** des étudiant·e·s, il y a (*un peu*) *trop d'évaluations sommatives* dans le cadre de l'enseignement théorique (cf. graph. 30).

Selon **46%** des étudiant·e·s, la proportion entre évaluations sommatives et formatives dans le cadre de l'enseignement clinique est *optimale*.

Graph. 27 : Proportion évaluations sommatives et formatives, N=108

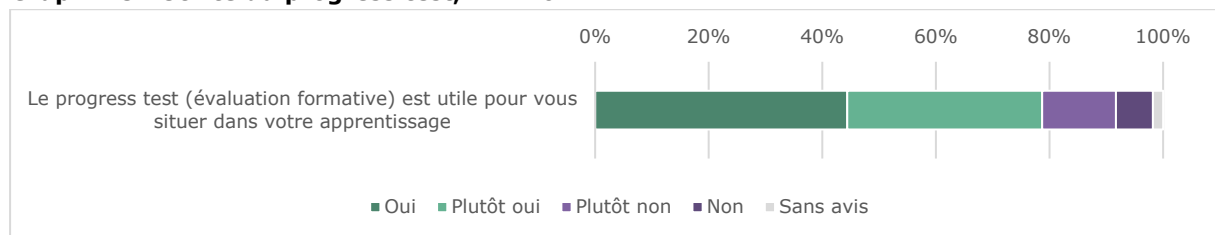


Progress test

Cf. graph. 28

Selon **79%** des étudiant·e·s, le progress test est utile pour se situer dans leur apprentissage (20% de désaccord, cf. graph. 31).

Graph. 28 : Utilité du progress test, N=116



Suggestions pour améliorer les examens écrits (évaluations sommatives et formatives)

- Encourager l'intégration de questions axées sur le **raisonnement clinique**, favorisant la réflexion et la compréhension ; pouvoir être testé sur sa capacité à raisonner et moins sur sa capacité à apprendre par cœur (beaucoup de questions sur des **détails**), en particulier en Master (28 commentaires)
- Renforcer la **cohérence** entre les questions posées et les enseignements de l'année en cours, en évitant les références à des matières des années précédentes (15 commentaires)
- Introduire davantage **d'évaluations formatives**, incluant des *examens à blanc* pour clarifier les attentes, voire remplacer certaines évaluations sommatives par des évaluations formatives obligatoires (12 commentaires)
- Améliorer la **clarté des questions** et éviter les erreurs dans les questions (questions incomplètes, à double, etc.), les faire relire (10 commentaires).

« Je ne comprends pas l'utilité de faire autant d'examens sommatifs en master. Lors de mon erasmus, j'ai fait l'expérience d'avoir beaucoup d'examens formatifs et peu de sommatifs et je me suis rendu compte que les étudiants étaient plus motivés à apprendre et plus curieux car ils apprenaient pour apprendre réellement et non pour les examens. Souvent dans le cursus lausannois, on peut avoir l'impression d'apprendre uniquement pour les examens car ceux-ci sont très exigeants peu importe l'année. Selon moi, ce serait pertinent de plutôt faire des examens de résolution de cas clinique de temps en temps plutôt que toujours ces qcms sur chaque module. »

Suggestions pour améliorer les examens des compétences cliniques (ECOS et évaluations formatives)

- Avoir plus **d'entraînements** pour les ECOS, de type RESCOS, plus de **pratique clinique**, d'évaluations **formatives** et sommatives, avoir une salle à disposition pour pouvoir s'entraîner entre étudiant·e·s (51 commentaires)
- Avoir des **objectifs plus clairs** pour les ECOS (exemples de **grilles** d'évaluation et de vignettes), avoir un **document écrit** avec ce qu'il faut savoir pour les ECOS et une meilleure cohérence entre l'enseignement des skills et les ECOS, s'entraîner pendant les skills avec des vignettes de style ECOS (17 commentaires).

« En avoir plus, déjà. Plus d'évaluations formatives et sommatives. Ceci sont les seules modalités qui reflètent de manière plus ou moins acceptable notre savoir faire - ainsi que notre savoir théorique dans les postes avec post-encounter. A mon avis les stations où il y a un dialogue entre expertex et étudiantex sont super - elles fonctionnent comme des mini examens oraux et permettent de montrer nos connaissances théoriques bien mieux que cela n'est possible lors d'un QCM ou d'autres modalités d'examen écrit. Je suis d'avis qu'il faut beaucoup plus d'entraînement aux ECOS. Davantage de skills, de situations simulées, la mise à disposition de salles pour s'entraîner avec du matériel à disposition de manière régulière tout le long des semestres. Avoir des RESCOS et ensuite des ESCOS organisés par l'école de médecine chaque semestre à partir de la 2ème année serait magnifique. Cela permettrait un réel apprentissage et une réelle amélioration lors des ECOS, une préparation solide pour l'ECOS fédéral mais avant tout du savoir faire solide pour la vie de médecin après les études. »

« Plus de préparations et mises en situation en amont. Les ecos sont des moments où l'on apprend beaucoup sur nous même et notre manière de réfléchir, cela devrait être lors d'exercices et pas seulement lors d'un examen. »

Ressources d'apprentissage et infrastructure

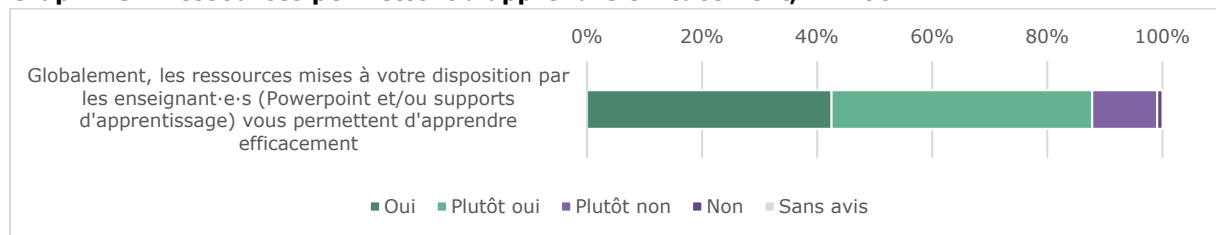
Ressources d'apprentissage

Cf. graph. 29-31

Selon **89%** des étudiant·e·s, les ressources mises à leur disposition par les enseignant·e·s (ppt et/ou supports d'apprentissage) leur permettent d'apprendre efficacement (cf. graph. 32).

Des étudiant·e·s reconnaissent l'utilité des **supports de cours** pour l'apprentissage (7 commentaires), mais ils/elles souhaiteraient une amélioration de leur *qualité* et de leur *homogénéisation* : mise en évidence plus marquée des *notions essentielles* par les enseignant·e·s, une construction *plus cohérente* des supports et la nécessité de *limiter le nombre de slides par période* (15 commentaires). Enfin des étudiant·e·s suggèrent l'instauration d'une *base d'apprentissage commune*, telle qu'un livre par matière, afin d'améliorer l'apprentissage et regrettent le manque d'accès à des plateformes d'apprentissage telles que *Amboss* avant la MMed3, soulignant leur valeur ajoutée par rapport aux supports ; ils/elles appellent encore à une meilleure mise en avant des contenus sur *Moodle* et sur le *site de formation du CHUV* (6 commentaires).

Graph. 29 : Ressources permettent d'apprendre efficacement, N=106



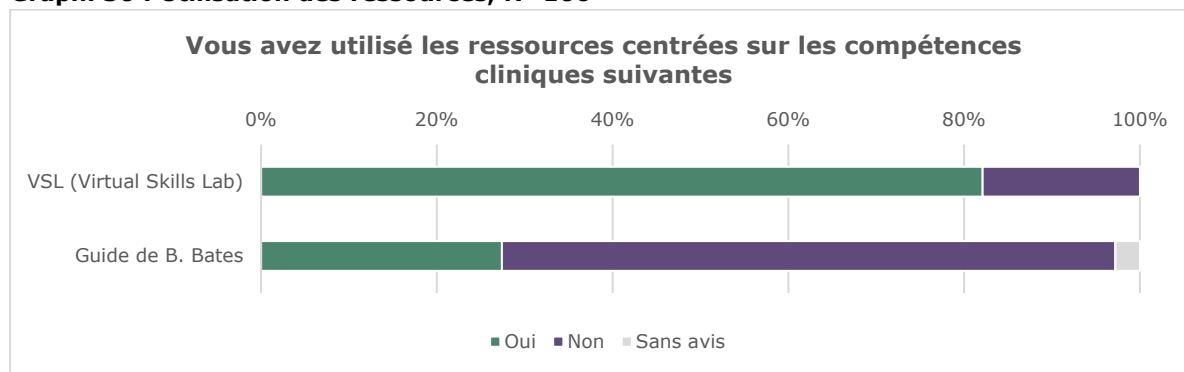
Concernant les deux ressources centrées sur les compétences cliniques proposées, **82%** des étudiant·e·s ont utilisé VSL et **27%** ont utilisé le guide de B. Bates (cf. graph.33).

94% des étudiant·e·s ayant utilisé VSL l'ont trouvé **utile** et **79%** des étudiant·e·s ayant utilisé Bates l'ont trouvé **utile** (cf. graph.34).

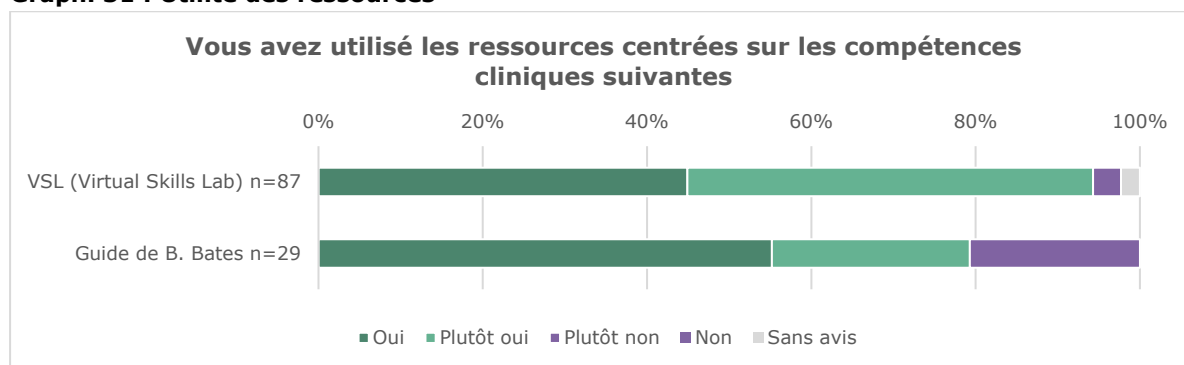
Concernant **VSL**, bien que des étudiant·e·s trouvent les vidéos globalement *bien faites* et *utiles* (11 commentaires), certain·e·s suggèrent de les *mettre à jour*. Ils/elles considèrent que les vidéos sont *vieilles*, *trop longues*, sans possibilité de *regarder en accéléré* (29 commentaires). De plus, certain·e·s regrettent que ces vidéos ne soient parfois *pas ajustées* aux enseignements skills actuels : pas complets – ex ortho – ou trop détaillés, ou encore pas en lien à ce qui est attendu d'eux/elles (11 commentaires).

« Les vidéos sont particulièrement datées, ce serait vraiment appréciable d'avoir des chapitres dans toutes les vidéos et de pouvoir les mettre en accéléré, surtout celles qui ne vont pas directement au but avec un jingle au début. Elles expliquent bien mais ne sont pas réalistes par rapport au temps attribué pour faire ces tâches dans la pratique (ni à l'ECOS). »

Graph. 30 : Utilisation des ressources, N=106



Graph. 31 : Utilité des ressources



Infrastructure

Cf. graph. 32

Selon **57%** des étudiant·e·s, la qualité des infrastructures de l'EM est excellente/bonne. Pour **13%** d'entre eux/elles, elle est (très) insuffisante.

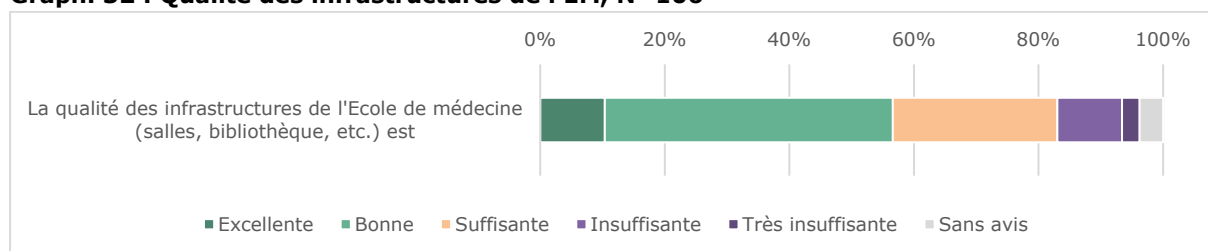
En ce qui concerne la **bibliothèque**, bien qu'ils/elles la trouvent globalement *excellente*, les étudiant·e·s regrettent le *manque de places disponibles* (22 commentaires).

De manière plus générale, certain·e·s regrettent l'absence de **cafétéria** ou d'espace pour manger (9 commentaires).

Des étudiant·e·s soulignent également l'ancienneté de l'auditoire de la **Maternité** et le manque de *prises* (7 commentaires).

Enfin, des étudiant·e·s suggèrent d'avoir des salles équipées à disposition pour **s'entraîner aux skills** (avec le matériel nécessaire, 6 commentaires).

Graph. 32 : Qualité des infrastructures de l'EM, N=106

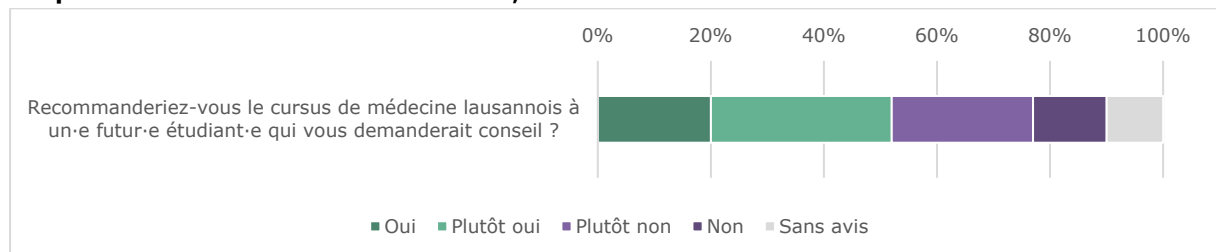


Évaluation globale

Recommandation du cursus

52% des étudiant·e·s recommanderaient le cursus de médecine lausannois à un·e futur·e étudiant·e qui leur demanderait conseil ; **38%** ne le leur recommanderaient (plutôt) pas.

Graph. 33 : Recommandation du cursus, N=100



Points forts du cursus

Les répondant·e·s ont eu la possibilité de relever les 3 points forts du cursus qu'ils/elles indiqueraient à ce·tte futur·e étudiant·e (minimum 10 commentaires) :

- La **qualité globale de l'enseignement théorique et des enseignant·e·s**, qui permet d'acquérir de bonnes connaissances théoriques, ce qui est bien pour la recherche (73 commentaires)
- **L'ambiance de volée**, l'entraide et la solidarité entre les étudiant·e·s, la vie facultaire et associative très développée (32 commentaires)
- **L'immersion clinique et la formation pratique** (skills), le CHUV : stages, cours-blocs, entraînements avec patients·e·s simulé·e·s, etc. (31 commentaires)
- **L'organisation du cursus**, cohérent, structure en modules (21 commentaires)
- Le **lieu d'études** et les **infrastructures** : la localisation à Lausanne (11 commentaires)
- L'absence de **numerus clausus** en 1^{ère} année (10 commentaires).

Points à améliorer du cursus

Les répondant·e·s ont eu la possibilité de relever les 3 points à améliorer du cursus qu'ils/elles indiqueraient à ce·tte futur·e étudiant·e (minimum 10 commentaires) :

- Le **manque de clinique/pratique** qui apparaît trop tard dans le cursus et **l'excès de théorie** – trop détaillée, redondante, manque de réflexion ; rend la charge de travail très lourde (123 commentaires)
- Les **examens** : difficiles avec un niveau de détails demandé trop important, présence d'erreurs, pas de rattrapage, manque de feedback (surtout ECOS), taux d'échec à l'examen fédéral, etc. (33 commentaires)
- Beaucoup de **stress**, de pressions, de sacrifices, impact des études et des examens sur la santé mentale (18 commentaires)
- Sentiment de **peu de considération** des étudiant·e·s et de ne pas être écouté·e·s par l'École de médecine/la FBM (15 commentaires)
- **L'organisation du cursus** : la clinique qui intervient trop tard, le TM, la MMed2, etc. (15 commentaires).

Annexe

Question : Si vous envisagez une spécialisation, laquelle. Sélectionnez vos trois premiers choix parmi les 45 titres de spécialistes de l'ISFM listés ci-dessous.

