

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Jules VILLEMANT

Né le 29/01/1998 à DIEPPE (76)

TITRE

Intérêt d'un ECOS formatif personnalisé incluant un débriefing individuel pour les étudiants en médecine en second cycle en difficultés lors de leur stage en médecine générale.

Présentée et soutenue publiquement le 24 avril 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Fabrice GUERIF, Biologie et Médecine du développement et de la reproduction, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Boris SAMKO, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Agathe EDELINE, Médecine Générale, CCU, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Loïc DRUILHE, Médecine Générale - Tours

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESSEURS
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie

Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde

Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid

Orthophoniste

IMBERT Mélanie

Orthophoniste

SIZARET Eva

Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je
rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes
confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Fabrice Guerif

Monsieur le Professeur, je suis très honoré que vous présidiez le jury de cette thèse. Recevez ici toute ma reconnaissance ainsi que mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Boris Samko

Monsieur le Professeur, votre présence au sein du jury est un honneur. Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous consacrez à ce travail.

À Madame le Docteur Agathe Edeline

Agathe, je te remercie d'avoir accepté de faire partie du jury et de relire ce travail.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Loïc Druilhe

Loïc, je suis reconnaissant d'avoir pu réaliser ce travail sous ta direction. Ce fut un honneur de collaborer avec toi. Merci pour ta bienveillance, ta disponibilité et tes encouragements qui ont été précieux tout au long de ce parcours.

À Madame le Docteur Cécile Renoux

Madame, je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre aide précieuse. Votre expertise, votre bienveillance et votre disponibilité ont grandement contribué à ce travail. Votre engagement auprès des étudiants et la qualité de votre enseignement ont été pour moi une source d'apprentissage précieuse et stimulante tout au long de mon internat. Je vous remercie sincèrement pour votre dévouement dans la formation des futurs médecins.

À Monsieur le Docteur Frédéric Lebeau

Frédéric, j'ai eu la chance d'être ton interne en niveau 1, une expérience qui a profondément marqué ma pratique. Mon passage dans ton cabinet demeure une référence dans mon parcours, et je continue à m'inspirer de tes conseils. J'ai également beaucoup apprécié te remplacer et je te suis sincèrement reconnaissant. Je te souhaite le meilleur pour la suite.

À Monsieur le Docteur Clément Becker

Clément, mon SASPAS à tes côtés a été une expérience marquante. J'ai énormément appris grâce à ton approche EBM et à tes débriefings toujours riches d'enseignements. Merci pour ton engagement désintéressé en tant que MSU et pour tout ce que tu m'as transmis. Je te souhaite une très bonne continuation.

À Madame le Docteur Caroline Chick

Caroline, je garde un excellent souvenir de mon SASPAS dans ton cabinet. J'ai beaucoup appris à tes côtés et j'ai apprécié ton accueil, ta bienveillance et ta bonne humeur. Merci pour ces précieux enseignements et pour l'ambiance chaleureuse que tu sais créer. J'en profite également pour remercier Justine, avec qui j'ai adoré travailler.

À Madame le Docteur Sandrine Dewitte

Sandrine, merci pour tes enseignements, pour ton accueil et ta bienveillance.

Table des matières

RESUME EN FRANÇAIS.....	11
RESUME EN ANGLAIS.....	12
INTRODUCTION	13
MÉTHODE.....	14
Type d'étude	14
Critères d'inclusion.....	14
Repérage des étudiants.....	14
Réalisation de l'ECOS	15
Entretien à distance de l'ECOS	15
Aspect éthique	16
RÉSULTATS.....	16
I. Généralités :	16
Une formation privilégiée et un ECOS adapté aux attentes des étudiants.....	16
Une meilleure organisation et des consignes plus claires.....	17
Un retour personnalisé, positif permettant une prise de confiance en soi.	18
II. Quatre profils d'étudiants ont émergé de l'analyse des discours :	19
1. L'Émotif : vulnérabilité et réactivité émotionnelle	19
2. Le Perfectionniste : l'exigence de la performance et le poids du stress	22
3. Le technicien : la rigueur méthodique au détriment de la relation.....	25
4. Le Désinvolte : un engagement minimaliste	28
DISCUSSION.....	30
Résultats principaux : une expérience formatrice et différenciée selon les quatre profils découverts.	30
Comparaison avec la littérature :	31
A. ECOS : Un outil reproductible et standardisé.....	31
B. Intégration de l'ECOS en formation médicale	32
C. L'ECOS formatif n'est pas le seul outil de simulation utilisé en formation médicale...33	
Analyse critique des résultats.....	33
Perspectives : vers un accompagnement personnalisé et multimodal.....	35
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXES :	39

RESUME EN FRANÇAIS

Intérêt d'un ECOS formatif personnalisé incluant un débriefing individuel pour les étudiants en médecine en second cycle en difficultés lors de leur stage en médecine générale.

Contexte : Le stage en médecine générale du deuxième cycle permet aux étudiants d'être supervisés par un maître de stage des universités, favorisant ainsi l'observation et la pratique encadrée des consultations. Ce cadre offre une opportunité privilégiée pour identifier d'éventuelles difficultés chez l'étudiant, qu'elles concernent la communication, la relation médecin-patient, l'examen clinique ou le raisonnement clinique.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser le ressenti des étudiants ayant participé à un Examen Clinique Objectif et Structuré (ECOS) formatif incluant un débriefing individualisé dans les suites d'un stage en médecine générale dans lequel ils ont présenté des difficultés.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec une approche interprétative phénoménologique, menée auprès d'étudiants en médecine de 4e et 5e année. Les étudiants sélectionnés ont participé à une séance d'ECOS formatif suivie d'un débriefing individuel. Deux mois plus tard, des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès des étudiants volontaires afin de recueillir leur ressenti.

Résultats : Les étudiants ont perçu l'ECOS formatif et le débriefing comme une expérience structurante, appréciant la clarté des consignes, le cadre bienveillant et le retour individualisé, qui ont renforcé leur confiance et favorisé leur progression. L'analyse des entretiens menés auprès de 17 étudiants a permis d'identifier quatre profils distincts d'étudiants. L'émotif, submergé par le stress et le doute ; le perfectionniste, en quête d'excellence ; le technicien, focalisé sur la rigueur méthodique ; le désinvolte, peu impliqué.

Conclusion : L'ECOS formatif, associé à un débriefing individuel, s'est révélé être un outil efficace pour accompagner ces étudiants en fonction de leurs besoins spécifiques. Son intégration dans la formation pourrait renforcer la remédiation pédagogique, mais une évaluation à plus grande échelle est nécessaire pour confirmer ses bénéfices à long terme sur les compétences cliniques et relationnelles des futurs médecins.

Mots clés : Examen Clinique Objectif Structuré

RESUME EN ANGLAIS

Value of a Tailored Formative OSCE with Individualized Debriefing for Struggling Medical Students in General Practice Placements

Background: The general practice placement during the second cycle of medical education allows students to be supervised by university-accredited general practitioner tutors. This setting promotes observation and guided practice of consultations, offering a privileged opportunity to identify potential student difficulties, whether in communication, the doctor–patient relationship, physical examination, or clinical reasoning.

The primary objective of this study was to explore the experiences of students who participated in a formative Objective Structured Clinical Examination (OSCE) that included individualized debriefing following a general practice placement during which difficulties were observed.

Methods: This was a qualitative study using an interpretative phenomenological approach, conducted among 4th- and 5th-year medical students. The selected students took part in a formative OSCE session followed by a personalized debriefing. Two months later, semi-structured interviews were conducted with volunteer participants to explore their perceptions.

Results: Students perceived the formative OSCE and debriefing as a valuable and constructive experience. They appreciated the clarity of instructions, the supportive environment, and the individualized feedback, which helped build their confidence and support their progress. Analysis of interviews with 17 students led to the identification of four distinct student profiles: the emotive, overwhelmed by stress and self-doubt; the perfectionist, driven by a pursuit of excellence; the technician, focused on methodological rigor; and the uninvolved, displaying limited engagement.

Conclusion: The formative OSCE, combined with individualized debriefing, proved to be an effective tool to support students based on their specific needs. Its integration into medical training may enhance pedagogical remediation; however, further large-scale evaluation is needed to confirm its long-term benefits on the clinical and interpersonal competencies of future physicians.

Keywords: Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

Intérêt d'un ECOS formatif personnalisé incluant un débriefing individuel pour les étudiants en médecine en second cycle en difficultés lors de leur stage en médecine générale.

Druilhe Loïc, Villemant Jules, Edeline Agathe, Dibao-Dina Clarisse et Renoux Cécile.

INTRODUCTION

Le stage en médecine générale est obligatoire dans la formation des étudiants en deuxième cycle des études médicales en France (1). Lors de ce stage, l'étudiant est en binôme avec un maître de stage des Universités (MSU). Cette dualité crée une opportunité singulière pour l'étudiant d'observer le MSU puis de réaliser quelques consultations sous sa supervision directe. Ces conditions sont optimales pour dépister d'éventuelles difficultés présentées par l'étudiant dans ses compétences de communication, de relation, d'examen clinique ou de raisonnement clinique.

L'Examen Clinique Objectif et Structuré (ECOS) a été conçu comme un outil d'évaluation structuré permettant d'identifier les lacunes des étudiants dans les universités anglo-saxonnes (2). L'utilisation de l'ECOS repose sur des principes de standardisation qui garantissent une évaluation plus objective des compétences des étudiants. Cet examen permet d'évaluer à la fois les compétences techniques et relationnelles dans des conditions simulées (Harden et al., 1975).

La réforme du deuxième cycle des études médicales de 2021 a renforcé l'approche par compétences et le développement du raisonnement clinique (3,4). L'ECOS fait partie des outils sommatifs et formatifs rendus obligatoires par cette réforme (5). Il a ainsi été mis en place en formant les enseignants et les étudiants à cet outil.

Une revue de la littérature menée par Bianquis en 2022 a montré que l'ECOS était particulièrement efficace pour évaluer les compétences en communication et en relation avec les patients, en les confrontant à des mises en situation réalistes et standardisées (6). De plus, une étude de Sibert et al. en 2022 a souligné que cet outil permettait non seulement d'évaluer les compétences cliniques des étudiants mais aussi de repérer les difficultés qu'ils rencontraient en termes d'examen clinique et de raisonnement clinique, facilitant ainsi la mise en place d'un accompagnement pédagogique adapté (7).

Cependant, bien que l'ECOS ait prouvé son utilité dans l'évaluation des compétences techniques et relationnelles, il existe encore peu de données concernant son application comme outil d'accompagnement pédagogique, notamment pour les étudiants en difficulté lors de leurs stages. Une étude quantitative interventionnelle, comparative et contrôlée parue en 2013 a mis en évidence des effets positifs à court et long terme de l'ECOS sur la formation des étudiants, suggérant son potentiel dans le renforcement des apprentissages (8).

Par ailleurs, Lopez et al. en 2021 soulignaient que l'organisation et la structuration de l'ECOS permettaient d'en faire un levier pédagogique efficace, à condition d'adapter les scénarios aux besoins spécifiques des étudiants en difficulté (9). Le développement de cet outil pédagogique est ainsi une

opportunité d'évaluer son impact sur l'accompagnement des étudiants et de proposer une solution adaptée à ceux rencontrant des difficultés lors de leurs stages de médecine générale (6,7).

Dans ce contexte, l'objectif principal de cette étude était d'analyser le ressenti des étudiants ayant participé à un ECOS formatif incluant un débriefing individuel dans les suites d'un stage en médecine générale où ils ont présenté des difficultés dans les compétences de communication, de relation, d'examen clinique ou de raisonnement clinique.

MÉTHODE

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative avec une approche interprétative phénoménologique (IPA). Elle a été menée auprès d'étudiants en deuxième cycle des études de médecine, en 4e et 5e année pour lesquels des difficultés ont été repérées lors de leur stage en médecine générale.

Critères d'inclusion

La population incluse était les étudiants repérés en difficulté par leur MSU en stage de médecine générale dans des compétences de communication, de relation, d'examen clinique ou de raisonnement clinique.

Repérage des étudiants

Le repérage des étudiants en difficultés était effectué avec l'aide d'une fiche d'évaluation de stage réalisée à partir des compétences du Livret de Suivi des Apprentissages (LiSA) et validée par consensus par les membres du Département Universitaire de Médecine Générale de Tours (10). Cette fiche évaluait chaque compétence à l'aide d'une échelle de Likert de 1 à 4, avec des commentaires libres possibles. Cette fiche était complétée en présence de l'étudiant par son MSU en fin de stage et évaluée secondairement par deux enseignants du département de médecine générale (DUMG). Le repérage était réalisé pendant l'année universitaire 2022-2023. La fiche LiSA n'identifiait pas de profils d'étudiants en difficultés.

Un étudiant était considéré en difficulté s'il remplissait un ou plusieurs des critères suivants : son MSU était inquiet quant au déroulement de son stage et contactait directement le DUMG, la grille d'évaluation évoquait une ou plusieurs difficultés particulières et une majorité d'items était cochée à 1 ou 2 sur 4 sur la grille d'évaluation.

Ainsi, l'échantillonnage était raisonné et homogène, choisissant des étudiants en difficultés ayant participé à la même séquence ECOS et avec un debriefing individuel.

Pour chaque étudiant signalé en difficulté, un membre du DUMG appelait son MSU pour un retour plus précis sur les difficultés rencontrées. L'étudiant était ensuite convoqué à un entretien individuel au cours duquel un diagnostic pédagogique de ses difficultés était établi. Si les difficultés relevaient d'un problème médical ou d'ordre personnel, les étudiants étaient dirigés respectivement vers le Service de Santé Universitaire ou bien vers la Commission d'Aide aux Etudiants. L'ECOS était proposé aux

étudiants présentant des difficultés d'ordre théorique ou pratique. À la suite d'une décision du conseil de la faculté de Tours, l'entretien et la séance d'ECOS étaient imposés aux étudiants, à moins que ces derniers ne choisissent de refaire un stage en médecine générale.

Réalisation de l'ECOS

La séance d'ECOS était organisée au centre de simulation de la faculté de Tours MediSim par deux enseignants de médecine générale du DUMG, dont un était formé à la simulation. Les vignettes d'ECOS étaient personnalisées en décrivant des consultations de médecine générale adaptées aux difficultés de chaque étudiant. Le cadre était similaire à l'ECOS sommatif et formatif de la faculté de Tours, la durée prévue était de 7 minutes. Les vignettes d'ECOS avaient été, au préalable, relues par des patients enseignants afin d'améliorer la crédibilité des séances. Chaque vignette d'ECOS a été personnalisée en fonction des difficultés repérées chez les étudiants grâce à la fiche LiSA remplie en stage. Les stations ECOS ont été construites en suivant les principes méthodologiques décrits par Lopez et al. (2022) (9,11). Chaque séance était suivie immédiatement d'un débriefing individuel d'une durée de 14 minutes par un enseignant du DUMG formé à la simulation.

Entretien à distance de l'ECOS

L'IPA a été choisie car elle permettait une analyse structurée du discours et de mieux cerner le vécu de certaines situations particulières. Elle donne accès au monde interne du sujet (représentations, croyances, perceptions) grâce aux mots utilisés par ce dernier pour le décrire. L'étude a été construite afin de satisfaire les critères de qualité de la grille COREQ (12).

Les entretiens semi-dirigés ont été conduits environ deux mois après l'ECOS, exclusivement auprès des étudiants volontaires, sans obligation de participation. Bien que l'approche interprétative phénoménologique (IPA) privilégie traditionnellement des entretiens ouverts, le choix du format semi-dirigé a été motivé par la volonté de structurer l'échange, tout en laissant émerger les représentations et ressentis des étudiants (13).

L'enquêteur avait bénéficié d'une formation spécifique à la recherche qualitative dans le cadre de l'École de Printemps de la Fédération des Acteurs de la recherche en Médecine Générale (FAYR-GP).

Cette approche, privilégiant un enquêteur plus proche des étudiants que les médecins expérimentés, visait à favoriser un climat d'échange plus naturel et authentique. La conduite des entretiens s'est également appuyée sur les recommandations méthodologiques de l'ouvrage 'Initiation à la recherche qualitative en santé' du Pr Lebeau, garantissant une approche rigoureuse et adaptée aux spécificités de l'ECOS formatif (14). Le guide d'entretien revenait sur leur ressenti de la séance d'ECOS et sur les éventuels changements constatés par l'étudiant après la séance, notamment lors de leurs stages. Les entretiens ont été entièrement enregistrés, retranscrits et anonymisés.

Un double codage des données a été effectué par l'enquêteur principal et un autre interne en médecine générale, tous deux formés à la recherche qualitative. Le directeur de thèse a supervisé le codage.

Aspect éthique

Chaque participant a signé un consentement éclairé pour l'utilisation et la publication anonyme des données. Les enregistrements audios ont été détruits après retranscription et anonymisation.

Cette étude étant anonyme, une inscription au registre interne de la Commission Nationale Informatique et Liberté n'était pas requise.

L'Espace de Réflexion Éthique de la Région Centre (ERERC) a émis un avis favorable à la réalisation de cette étude sous le numéro 2024 074 en date du 19/12/2024.

RÉSULTATS

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre juin 2023 et février 2024 auprès des étudiants volontaires ayant participé à la séance d'ECOS. Les premières sessions d'entretiens ont eu lieu les 15 juin (étudiants 1 à 3) et 22 juin 2023 (étudiant 4), suivies des sessions des 19 octobre (étudiants 5 à 7), 10 novembre (étudiants 8 et 9), 17 novembre (étudiant 10) et 30 novembre 2023 (étudiants 11 à 13). Les derniers entretiens ont été conduits le 15 février 2024 (étudiants 14 à 17). Avant la dernière session, l'analyse des entretiens avait montré que la saturation des données était atteinte (14). Par conséquent, les huit derniers étudiants n'ont pas été sollicités pour l'entretien.

Ainsi, 24 étudiants ont reçu une proposition d'entretien, et 17 d'entre eux ont accepté d'y participer. La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes et 36 secondes. L'entretien le plus court a duré 16 minutes et 06 secondes, tandis que le plus long a atteint 27 minutes et 58 secondes.

Seul un étudiant (numéro 15) n'avait jamais fait d'ECOS auparavant dans sa formation, tous les autres avaient au moins participé à une session d'ECOS à la faculté ou en stage. Deux d'entre eux (étudiants 8 et 11) étaient moniteur ECOS dans leur promotion d'étudiants avec pour chacun plus de quinze stations réalisées.

I. Généralités :

Une formation privilégiée et un ECOS adapté aux attentes des étudiants.

Beaucoup d'étudiants ont apprécié l'opportunité de se former, même dans des situations inattendues ou déstabilisantes, ce qui les a aidés à renforcer leur confiance en eux et en leurs compétences.

Certains étudiants ont exprimé un sentiment de privilège et de satisfaction d'avoir eu accès à cet entraînement, qu'ils considéraient comme une occasion privilégiée par rapport à leurs pairs qui n'avaient pas eu cette opportunité.

« enfin j'étais contente de l'avoir fait et je me sentais aussi privilégiée par rapport à d'autres étudiants qui ont voulu le faire » (E2).

D'autres ont particulièrement apprécié d'être confrontés à des situations auxquelles ils ne s'attendaient pas, comme la psychiatrie, et ont trouvé cela stimulant pour leur apprentissage.

« J'étais plutôt contente de l'avoir fait [...] c'était de la psychiatrie [...] je m'attendais absolument pas à ça et j'étais contente de tomber sur ça » (E4).

Les étudiants ont également apprécié que certaines stations ECOS soient spécifiquement centrées sur l'échange avec le patient, plutôt que sur des tâches techniques comme l'interprétation de radiographies. Cette focalisation leur a permis de mieux travailler leur communication et leur relation avec le patient.

« Euh j'ai trouvé ça cool le fait d'avoir une station sur justement que de la parole de la recherche de l'interrogatoire plutôt que d'avoir des stations où c'est par exemple lire des radios et cetera donc plus communication relation avec le patient » (E9).

« Ça m'a permis de m'entraîner, de gagner en confiance pour faire une annonce, chose que les externes ne font pas habituellement. C'est bien d'être formé sur ça avant de rentrer dans l'internat » (E11).

Une meilleure organisation et des consignes plus claires.

L'ECOS formatif a été perçu comme plus accessible, car les consignes étaient mieux définies et les attentes clairement énoncées. Contrairement à l'ECOS facultaire, qui demande parfois de nombreuses actions en un temps restreint, ces stations permettaient aux étudiants de se concentrer sur un objectif précis :

« C'était beaucoup plus clair [...] je trouve que des fois, ils demandent beaucoup de choses qui sont très peu réalisables en sept minutes » (E4).

L'allègement des tâches à accomplir dans chaque station a aussi été perçu comme un élément facilitateur. Les étudiants ont apprécié de ne pas être submergés par plusieurs tâches simultanées, ce qui leur a permis de mieux structurer leur raisonnement clinique et de répondre aux attentes de l'examen de manière plus efficace :

« y avait il y avait pas 4 choses à faire en 7 min, c'était vraiment juste faire l'interrogatoire et le diagnostic donc ça permettait de pas s'éparpiller et rester focus sur l'objectif » (E10).

L'un des éléments les plus appréciés était la cohérence des scénarios et des attentes pédagogiques. Les étudiants ont relevé que, contrairement à certains ECOS facultaires où les objectifs pouvaient sembler flous ou trop larges, ceux du formatif permettaient une meilleure progression et une exécution plus fluide :

« mais en vrai, elle était bien faite, surtout qu'après on a eu le retour, oui, puis ça partait pas dans tous les sens, on avait un objectif précis » (E10).

Un retour personnalisé, positif permettant une prise de confiance en soi.

Les étudiants ont apprécié le débriefing qui leur permettait de mieux comprendre leurs erreurs et leurs points forts. Contrairement à l'ECOS facultaire où seule une note est attribuée, le débriefing ici était vu comme un véritable outil de progression. Comme le souligne un étudiant :

« Chose qui est pas du tout fait pour les autres ECOS où en général ils nous donnent pas nos grilles du tout... on a juste une note à la fin » (E2).

Ce retour détaillé a permis aux étudiants de mieux ancrer leurs connaissances et d'apprendre à ajuster leur comportement en situation réelle :

« surtout le fait d'avoir le le retour de de la patiente qui était plutôt positif c'est c'est rassurant » (E7).

« Il y a beaucoup de bah de médecins quand ils nous font faire les ECOS après ils nous disent non faut dire comme ça alors que là c'était plus Bah t'as dit Ça comme ça [...] Quelle est la manière dans laquelle on pourrait le redire ? » (E14).

Plusieurs étudiants ont apprécié les retours constructifs et positifs :

« Pendant l'évaluation, même s'il émettait des critiques, c'était constructif et c'était très bien » (E13).

Le débriefing a rassuré beaucoup d'étudiants sur leurs capacités, les aidant à prendre confiance en eux. Par exemple, un étudiant mentionnait :

« Ça m'a un peu réconforté, c'est que moi je suis plus à l'aise à aller voir des patients seuls » (E9).

Ce sentiment de progression, associé à des retours constructifs, a contribué à diminuer le stress lié aux consultations futures, en particulier celles impliquant des situations complexes ou émotionnelles :

« Ça m'a permis de m'entraîner, de gagner en confiance pour faire une annonce, chose que les externes ne font pas habituellement. C'est bien d'être formé sur ça avant de rentrer dans l'internat » (E11).

« ça m'a permis de prendre confiance de me dire que plus tard je pourrais faire enfin un enfin je pourrais annoncer oui je pourrais annoncer à une patiente mon patient une pathologie grave sans forcément douter de mes capacités » (E7).

Réflexion sur la communication et les compétences relationnelles :

Un autre aspect central a été la prise de conscience de l'importance de la communication. Plusieurs étudiants soulignaient que cet ECOS formatif leur permettait de se concentrer sur la relation médecin-patient, une compétence souvent négligée dans les formations classiques. Comme l'expliquait un étudiant :

« C'est vrai qu'on a pas beaucoup de formations sur ça... donc c'est toujours un plus » (E10).

II. Quatre profils d'étudiants ont émergé de l'analyse des discours :

L'étude a mis en évidence la diversité des expériences et des réactions des étudiants en difficulté face à l'ECOS.

Malgré des différences marquées entre les profils identifiés, plusieurs éléments transversaux ont émergé : une prise de conscience de leurs points faibles, une amélioration de leur capacité à recevoir et intégrer un feedback, ainsi qu'un gain en confiance en situation de consultation simulée.

L'importance du débriefing individuel a été unanimement soulignée, permettant un retour structuré et une prise de recul essentielle sur la performance. Certains étudiants ont rapporté une amélioration dans leur approche clinique et leur gestion du stress, tandis que d'autres ont exprimé le besoin d'un accompagnement plus long pour consolider ces bénéfices.

La répartition des profils suivant les 17 étudiants était la suivante : 7 étudiants émotifs (entretien 1, 2, 4, 5, 6, 12, 15), 5 perfectionniste (3, 7, 8, 9), 3 techniciens (10, 11, 14) et 2 désinvoltes (16 et 17)

1. L'Émotif : vulnérabilité et réactivité émotionnelle

Le profil de l'étudiant émotif regroupait des étudiants confrontés à une gestion difficile de leurs émotions en situation clinique. Ce profil se caractérisait par une forte charge émotionnelle, une tendance au stress intense et un manque de confiance en soi, qui peuvent nuire à la fluidité de l'entretien médical.

A. Une forte charge émotionnelle en situation clinique

L'étudiant émotif se distinguait par sa sensibilité exacerbée aux situations émotionnellement chargées. Il pouvait être submergé par le stress, en particulier lorsqu'il était confronté à la souffrance du patient ou à des annonces médicales difficiles.

Lorsqu'un patient exprimait une détresse, l'étudiant émotif pouvait se sentir démuni et éprouver une gêne intense, incapable d'adopter l'attitude professionnelle attendue :
« *Quand la patiente a commencé à pleurer, je me suis senti mal à l'aise, je ne savais pas quoi dire ni comment réagir. J'aurais dû la laisser pleurer, mais ça me mettait trop mal à l'aise* » (E5).
« *Moi, du haut de mes 22 ans, entendre des enfants qui ont subi des misères, c'était pas facile et je savais pas trop comment réagir à tout ça* » (E12).

Lors des consultations difficiles, certains étudiants rapportaient un blocage total face à la situation, illustrant la difficulté à combiner empathie et distance professionnelle :
« *C'était une annonce très dure à faire, et je me suis dit : qu'est-ce que je fais là ? Je suis encore trop jeune pour gérer ça, et en plus c'était vraiment triste* » (E12).
« *En fait, elle a commencé à pleurer et moi je ne savais pas quoi faire. Ça m'a mis mal à l'aise* » (E5).

B. Un stress intense influençant la performance

L'émotif était souvent en proie à une anxiété marquée avant et pendant les évaluations cliniques, ce qui pouvait affecter son raisonnement médical. La peur de mal faire et le manque de confiance en soi alimentaient un cercle vicieux où l'émotion prenait le pas sur la réflexion.

Cette anticipation négative pouvait perturber l'étudiant dès le début de la consultation :
« Si elle disait que j'allais par exemple faire l'interrogatoire, ça me stressait déjà avant que le patient rentre. Ah oui, ah oui, clairement, j'étais là : qu'est-ce que je vais dire ? » (E15).
« J'étais tellement stressé que je n'arrivais pas à réfléchir correctement, je n'aimais pas du tout laisser des blancs » (E15).

L'angoisse de ne pas être à la hauteur était systématique chez ces étudiants, qui doutaient de leurs capacités diagnostiques :
« Je me dis peut-être que c'est ça, mais il y a toujours cette question du doute, de faire mal, de ne pas avoir le bon diagnostic. C'est très stressant. » (E15).
« Pendant le stage, je stressais tellement que je n'arrivais plus à réfléchir correctement pendant les consultations » (E15).

Ce stress pouvait être amplifié par la présence d'un évaluateur ou d'un supérieur, rendant l'étudiant encore plus vulnérable à ses propres émotions :
« Même si je trouve que j'ai plus confiance en moi quand il n'y a pas quelqu'un qui nous juge automatiquement, même quand il y a un interne avec nous, ça me stresse » (E15).

C. Un manque de confiance en soi affectant la prise de décision

L'étudiant émotif doutait fortement de ses compétences et avait du mal à s'affirmer dans son raisonnement clinique. Cette insécurité se manifestait particulièrement dans la formulation des diagnostics et la gestion des interactions avec les patients.

Lorsqu'il était amené à poser un diagnostic, l'étudiant hésitait, n'osant pas s'affirmer par peur de se tromper :
« J'ai douté et j'ai eu peur, et j'ai donné un diagnostic... enfin, très bancal. J'ai dit 'peut-être que c'est' alors que j'aurais dû affirmer 'je pense que c'est' » (E15).
« Après, c'est le diagnostic qui m'a posé problème parce que je doute. J'ai douté et j'ai eu peur, et j'ai donné un diagnostic sur... enfin, très bancal » (E15).

Le manque de confiance en soi était également présent dans la gestion des entretiens médicaux, où l'étudiant peinait à se sentir légitime face au patient :
« J'ai très peu confiance en moi et du coup je me dis que je ne vais pas forcément y arriver devant les patients, que je ne vais pas savoir répondre aux questions » (E4).
« Parfois... ça dépendait du patient. Quand le patient interagissait avec moi, me demandant en quelle année j'étais, j'étais un peu plus à l'aise, je me sentais un peu plus confiante, donc j'y allais » (E15).

Ce manque d'aisance pouvait être aggravé par une rigidité dans l'approche clinique, l'étudiant ayant tendance à apprendre par cœur les questions à poser pour ne pas perdre pied : « *Je me sentais stressée car j'apprenais les questions par cœur avant l'interrogatoire pour ne pas me tromper* » (E15).

Le profil de l'étudiant émotif mettait en lumière la difficulté de concilier empathie et distance professionnelle, surtout en début d'apprentissage clinique. Son hyperréactivité émotionnelle et son manque de confiance en lui peuvent initialement entraver sa progression, en affectant sa capacité à gérer les entretiens médicaux de manière fluide.

2. Le Perfectionniste : l'exigence de la performance et le poids du stress

L'étudiant perfectionniste se distinguait par une exigence élevée envers lui-même et une quête constante d'excellence. Il cherchait à répondre parfaitement aux attentes académiques et cliniques, mais cette rigueur s'accompagnait d'un stress important, alimenté par la crainte de l'échec et un besoin accru de validation externe. Cette pression pouvait nuire à sa spontanéité et à sa capacité d'adaptation en situation clinique, l'amenant parfois à privilégier la maîtrise technique au détriment de l'interaction humaine.

A. Un stress de performance omniprésent

Le perfectionniste considérait chaque consultation comme une mise à l'épreuve de ses compétences, où chaque détail comptait. Cette approche rigoureuse, bien que bénéfique pour la précision clinique, pouvait générer une anxiété excessive, freinant parfois son raisonnement médical :

*« J'ai toujours cette idée que si je ne fais pas parfaitement, ça ne va pas aller » (E9).
« J'avais peur de ne pas savoir quoi dire, de me tromper » (E8).*

La pression était d'autant plus forte lors de l'ECOS, où il se sentait jugé en permanence. La simple présence d'un évaluateur pouvait déstabiliser son aisance en consultation, l'amenant à surcontrôler son discours et limiter l'interaction spontanée :

*« Le fait de savoir que quelqu'un me regardait et évaluait tout ce que je faisais, ça me paralysait parfois » (E8).
« J'avais peur qu'on me demande quelque chose que je ne savais pas, que je sois pris au dépourvu » (E9).*

Ce besoin de contrôle le poussait à éviter les sujets où il se sentait moins à l'aise :

*« Pendant l'ECOS, je n'ai pas utilisé le mot 'anorexie' parce que je n'étais pas sûr... et ça m'a bloqué » (E9).
« J'avais peur de dire quelque chose de faux, de ne pas être crédible face au patient ou à l'évaluateur » (E13).*

B. Une dépendance marquée à la validation externe

L'étudiant perfectionniste tirait une grande partie de sa confiance des retours de ses encadrants, recherchant une confirmation explicite de ses compétences. Toutefois, il avait tendance à accorder plus de poids aux remarques négatives qu'aux encouragements, renforçant ainsi son auto-exigence :

« Pendant le débriefing, ils m'ont dit que j'avais bien fait, mais je retenais surtout les remarques négatives » (E9).

Cette autosatisfaction difficile à atteindre entraînait un cercle vicieux : malgré ses compétences, il doutait constamment de lui-même et peinait à reconnaître ses réussites :

« *À la fin de la consultation, je me suis dit que j'aurais pu faire mieux.* » (E13).
« *Je voulais vraiment que mon interrogatoire soit plus complet... il y avait des points que j'avais oubliés* » (E8).

C. Un perfectionnisme parfois rigide dans l'approche clinique

L'obsession du détail technique pouvait amener l'étudiant perfectionniste à négliger la prise en charge globale du patient. Il préférait s'assurer de la justesse de chaque mot et de chaque geste plutôt que d'adopter une posture plus fluide et relationnelle :

« *J'ai tendance à trop structurer mes entretiens et à ne pas assez m'adapter au patient* » (E9).

Cette approche rigide se traduisait aussi par une anticipation excessive des difficultés, ce qui générait du stress et pouvait freiner la spontanéité :

« *Annoncer un diagnostic grave, ça me faisait peur, je redoutais ce moment avant même d'entrer en consultation* » (E7).

D. Une évolution positive grâce à une prise de confiance en soi

Malgré son stress, le perfectionniste est le profil qui bénéficiait pleinement de l'ECOS formatif, lui permettant de prendre conscience de ses progrès et de gagner en assurance :

« *C'était la confirmation de mes progrès en médecine générale, que ce n'était pas juste une idée de moi, mais que ça m'avait vraiment améliorée* » (E9).
« *Ça m'a réconforté sur le fait que je m'étais amélioré sur la communication et à tenir un entretien avec quelqu'un qu'on ne connaît pas* » (E9).

En intégrant progressivement plus de flexibilité dans sa pratique, il apprenait à équilibrer performance technique et qualité relationnelle :

« *J'ai appris à laisser des temps de pause après l'annonce d'un diagnostic, ce qui est essentiel pour laisser le patient assimiler* » (E9).
« *Après cette session, je suis plus attentif au non-verbal et à poser les bonnes questions* » (E8).

Grâce à l'ECOS formatif, le perfectionniste a pu prendre conscience de ses forces en compétences communicationnelles :

« *Ça m'a permis de me dire que je pourrais annoncer une pathologie grave sans forcément douter de mes capacités* » (E7).

« Avec les ECOS, je sais maintenant à quoi m'attendre, et ça me rend plus à l'aise pour les stages »
(E3).

L'étudiant perfectionniste était un apprenant motivé et rigoureux, mais dont l'exigence excessive pouvait entraver son épanouissement. Son besoin de validation extérieure, combiné à une auto-évaluation sévère, alimentait un stress de performance, réduisant parfois son aisance en consultation.

3. Le technicien : la rigueur méthodique au détriment de la relation

Le technicien se distinguait par une approche presque mécanique de la consultation. Structuré et méthodique, ce profil préférait se concentrer sur la maîtrise technique des étapes cliniques, souvent au détriment de la relation avec le patient. Cette approche s'expliquait par son besoin de contrôle et de rigueur, qui lui permettait de réduire le stress et d'assurer une performance optimale. L'ECOS était ainsi perçu avant tout comme un exercice structuré et standardisé, favorisant une progression par l'entraînement.

A. Un exercice méthodique et structuré avant tout

L'étudiant technicien abordait l'ECOS avec un état d'esprit pragmatique, axé sur l'entraînement et la répétition des schémas appris. Il ne s'agissait pas d'une simulation de la réalité pour lui, mais plutôt d'un cadre rigide dans lequel il devait cocher les cases d'un protocole prédéfini. Comme l'expliquait un étudiant :

« Bah du coup honnêtement juste un entraînement » (E9).
« C'était juste pour moi une façon enfin l'occasion de m'entraîner une fois de plus aux ECOS et en plus une situation de MG qui est un truc qu'on voit pas énormément quoi à part pendant le stage » (E9).
« Bah c'est un entraînement en plus, plus standardisé je dirais, c'était vraiment bien cadré » (E14).

Cet attachement à la structure se traduisait par une exécution rigoureuse des étapes, sans prise en compte des spécificités individuelles des patients :

« J'ai un peu une manière de faire systématique quoi. Je passe des points, points, points » (E10).
« En soi, les ECOS ça nous force à toujours penser en systématique à tout ce qu'il faut demander » (E14).

B. Une relation directive et un contrôle des échanges

Le technicien exerçait une forme de contrôle strict sur l'échange avec le patient, qui se traduisait par une directivité marquée et une tendance à ne pas laisser de place aux aléas de la discussion. La relation médecin-patient devenait alors une séquence de questions-réponses imposées :

« Si le patient il commence à me raconter pourquoi il est là, je lui dis : Ah oui, on va en reparler un peu plus tard, parce que actuellement ça vient pas dans ma liste... » (E10).

Cette approche pouvait être perçue comme efficace d'un point de vue clinique, mais elle limitait les interactions spontanées et l'écoute active. Certains étudiants admettaient même induire les réponses pour garder le contrôle :

« Je parle vite et souvent je réponds à la place du patient. Enfin, je réponds, j'induis des questions où on est obligé de me dire oui... » (E14).

De plus, le technicien cherchait souvent à combler les silences, considérant ces moments comme des interruptions inutiles plutôt que comme des opportunités d'expression du patient :

« On m'a reproché de ne pas laisser le temps aux patients de répondre, je comblais les vides » (E11).

C. Une recherche de performance et une volonté d'amélioration ciblée

Le technicien était avant tout en quête de performance, cherchant à améliorer certains aspects bien définis de sa pratique, souvent liés aux critères évalués par l'ECOS :

« J'attendais de m'entraîner, de m'améliorer sur des points spécifiques, surtout le social » (E10).

Cette volonté d'amélioration ne concernait cependant pas spontanément la dimension humaine de la consultation. Le technicien se focalisait sur l'optimisation de sa méthode et la gestion rigoureuse du déroulement de l'entretien :

« Puis après, je gère bien bah du coup sur la forme de l'entretien forcément. Vu que je... bloque sur l'ordre dans lequel je pose mes questions et donc bah du coup ça structure bien » (E14).

Toutefois, certains reconnaissaient une frustration face aux attentes communicationnelles, qui ne correspondaient pas toujours à leur mode de fonctionnement :

« Oui, car j'ai fait mon annonce de la même manière même si ça ne me plaît pas et le médecin disait que c'était une bonne façon d'annoncer, mais moi ça ne me plaisait pas » (E10).

D. Une difficulté à gérer l'imprévu et l'émotionnel

L'une des principales limites du technicien résidait dans son manque de flexibilité face aux situations imprévues, qui nécessitaient une adaptation rapide et un ajustement de son cadre rigide. Un étudiant rapportait ainsi une difficulté à s'ajuster à un cas où la patiente ne répondait pas selon ses attentes :

« On avait du mal à lui sortir les infos. J'ai vraiment dû poser des questions... Puis j'ai eu un blocage parce qu'elle ne m'a pas dit... pourquoi... » (E14).

Le technicien pouvait également éprouver des difficultés à se mettre à la place du patient, notamment lorsqu'il était confronté à une souffrance émotionnelle forte :

« J'ai une patiente qui venait pour métrorragie et était enceinte sur un parcours de PMA... Elle avait peur de la fausse couche donc elle était stressée mais d'une manière très forte... Elle en venait même à me dire si je tousse je vais peut-être perdre l'enfant, que je me suis dit mais c'est un peu bizarre quoi » (E14).

Cette distanciation émotionnelle pouvait être perçue comme un atout dans certaines situations, mais elle peut aussi poser problème lorsque le patient attend une empathie plus marquée.

E. Une appréciation de l'ECOS freinée par la théorie

Le technicien appréciait généralement la standardisation et le cadre structuré de l'ECOS, qui correspondait à son besoin de rigueur :

« Bah c'est un entraînement en plus, plus standardisé je dirais, c'était vraiment bien cadré » (E14).

Cependant, certains aspects des mises en situation ont pu générer des doutes et des hésitations lorsque les conditions ne correspondaient pas entièrement aux pratiques enseignées *« J'ai trouvé que les acteurs jouaient très bien. J'aurais juste précisé que la patiente était par exemple accompagnée de son mari en salle d'attente, car nous on nous a toujours appris à ne pas annoncer un cancer à quelqu'un seul, donc c'est pour ça que j'ai hésité à l'annoncer... » (E11).*

4. Le Désinvolte : un engagement minimaliste

Le profil "désinvolte" se distinguait par un faible investissement dans la préparation à l'ECOS une attitude passive face à l'apprentissage et une perception minimaliste des enjeux de formation.

A. Une implication minimale et un engagement passif

Le premier trait marquant de ce profil était l'absence d'investissement actif dans l'ECOS et dans la formation en général. Plusieurs témoignages illustraient cette attitude distante : « *J'y allais juste parce que c'était obligatoire* » (E16), traduisant ainsi une motivation extrinsèque plutôt qu'une volonté d'apprentissage. Cette posture s'accompagnait d'un manque de présence en stage, révélant une approche superficielle de la formation clinique : « *Moi, le stage, j'y suis pas non plus allé énormément... ça a duré 3 semaines à 3 jours par semaine. 9 jours quoi* » (E17).

Ce manque d'implication dans la pratique clinique se répercutait sur la capacité à structurer les consultations simulées lors de l'ECOS. L'étudiant adoptait une attitude passive, attendant des retours plutôt que d'engager une démarche proactive : « *Je m'étais dit que si elle avait des choses à me dire, elle me dirait. Du coup, c'était plutôt à moi de demander a priori* » (E17). Cette dépendance à l'encadrement est symptomatique d'un engagement minimaliste et d'un manque d'autonomie dans l'apprentissage.

B. Une préparation lacunaire et une absence de stress

L'une des caractéristiques saillantes du profil désinvolte était l'absence de préparation à l'ECOS. Certains étudiants n'ont pas effectué de stage depuis plusieurs semaines avant l'évaluation, ce qui nuisait à leur organisation et à leur performance : « *Ça faisait 5-6 semaines que j'avais pas été en stage, que j'étais plus trop dedans donc OK j'étais un petit peu désorganisé dans comment faire l'interrogatoire* » (E17).

En dépit de cette absence de préparation, ces étudiants ne ressentaient pas de stress significatif. L'ECOS formatif était perçu comme une simple formalité sans enjeu : « *Il n'y avait pas trop de pression car ce n'était pas évalué* » (E16).

C. Une vision simpliste de la réussite

Le profil désinvolte adoptait une perception minimaliste des exigences académiques et cliniques. Certains considéraient qu'une simple lecture rapide des référentiels suffirait à assurer la réussite : « *Si je lis une ref' 2 minutes avant de rentrer en ECOS, bah je vais réussir à l'ECOS* » (E17).

Cette attitude se retrouvait également dans la perception des compétences cliniques, où une approche intuitive et simpliste était privilégiée : « *Mais en ayant un peu d'empathie et en posant les questions, on pouvait s'en sortir* » (E16). Cette affirmation révélait une sous-estimation de la complexité de la communication clinique et du raisonnement médical, qui nécessitent un entraînement régulier et rigoureux.

D. Un exercice perçu comme déconnecté des enjeux professionnels

Enfin, le profil désinvolte se distinguait par une incompréhension des enjeux de l'ECOS et une absence de souvenirs marquants de l'exercice. Certains étudiants exprimaient une confusion sur le but même de l'évaluation : « *On comprenait pas trop en fait ce qu'on allait y faire. Est-ce que c'était un rattrapage ? ... potentiellement on pouvait redoubler dessus ?* » (E17).

Cette perception déconnectée était accentuée par l'absence de démarche réflexive sur la performance et l'apprentissage. L'étudiant désinvolte ne remettait que rarement en question ses compétences ou ses difficultés : « *Je me posais pas de questions à la fin pour savoir si ça avait été ou pas* » (E17).

Le profil désinvolte mettait en lumière les limites de l'ECOS formatif pour certains étudiants, dont l'attitude passive et le manque de préparation réduisaient l'impact pédagogique de l'exercice. Ces étudiants ne percevaient pas nécessairement l'importance de l'ECOS dans leur formation et adoptent une stratégie d'évitement ou de réduction de l'effort.

DISCUSSION

Résultats principaux : une expérience formatrice et différenciée selon les quatre profils découverts.

Les étudiants ayant participé à cette étude ont majoritairement perçu l'ECOS formatif comme une expérience formatrice et structurante, leur offrant un cadre rassurant et propice à l'apprentissage. Contrairement à l'ECOS facultaire, ils ont apprécié la clarté des attentes, l'environnement bienveillant et le retour personnalisé, qui leur ont permis d'identifier leurs points forts et axes d'amélioration.

L'analyse des entretiens a permis d'identifier quatre profils d'étudiants ayant des réactions contrastées face à l'ECOS formatif :

Les étudiants au profil émotif ont particulièrement bénéficié du cadre sécurisant et structuré de l'ECOS, qui les a aidés à mieux gérer leur stress et à renforcer leur confiance en eux.

Les étudiants au profil perfectionniste ont trouvé dans l'ECOS un moyen d'accepter l'erreur, de rationaliser leur stress et de progresser en bénéficiant d'un retour structuré.

Les étudiants au profil technicien ont su exploiter l'aspect méthodique et standardisé de l'ECOS, bien que leur difficulté principale reste le manque d'adaptabilité relationnelle avec le patient.

Les étudiants au profil désinvolte se sont montrés peu impliqués et ont eu une réceptivité limitée à cet exercice.

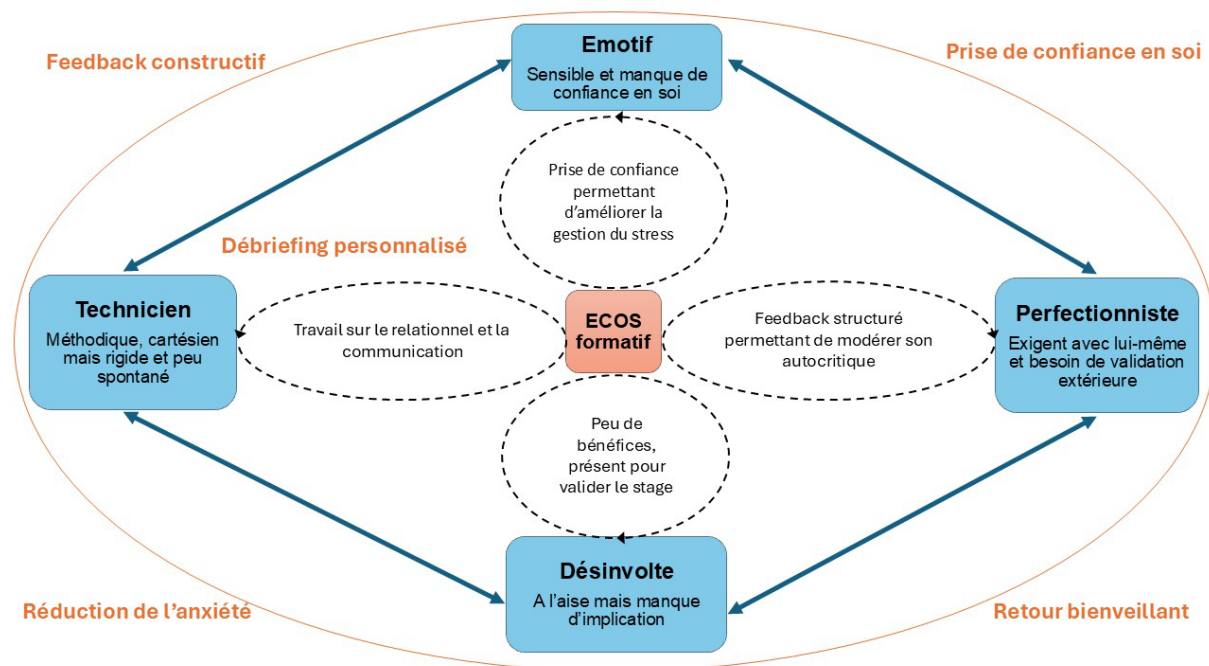


Figure 1 : Présentation des résultats

Comparaison avec la littérature :

A. ECOS : Un outil reproductible et standardisé

Depuis leur conception par Harden et al. (1975), les ECOS ont démontré leur pertinence en médecine notamment grâce à leur standardisation et leur capacité à objectiver les compétences cliniques des étudiants (2,7,15–17). Dans notre étude, le choix de vignettes cliniques standardisées et d'un passage structuré en centre de simulation s'inscrivait dans cette démarche, garantissant une évaluation homogène et reproductible. Cette approche est confortée par une revue systématique menée par Brannick et al. (2011), qui a confirmé la fiabilité élevée des ECOS pour l'évaluation des compétences cliniques en en faisant un outil pertinent aussi bien pour l'évaluation formative que certificative (18). ECOS et accompagnement des étudiants en difficulté

Deneuve a mis en évidence en 2017 les besoins et les modalités de détection des étudiants en difficulté nécessitant un accompagnement spécifique, ce qui rejoint notre démarche de différenciation des profils étudiants identifiés lors de l'ECOS formatif (19). Dans son étude, la détection reposait principalement sur des signaux institutionnels tels que le redoublement, la survenue d'au moins deux rattrapages par an, un échec de stage, ou encore l'auto-signallement de l'étudiant.

Notre protocole s'inscrit dans une logique similaire d'identification des étudiants vulnérables, mais avec un repérage plus précoce et structuré. Les étudiants étaient sélectionnés à partir d'une fiche d'évaluation de stage fondée sur les compétences LiSA, chaque compétence étant notée sur une échelle de Likert.

Ce repérage ciblé permettait d'identifier non pas uniquement les étudiants en échec manifeste, mais aussi ceux montrant des fragilités plus subtiles dans leurs compétences cliniques, relationnelles ou communicationnelles, bien en amont d'un éventuel échec académique.

Chambe et al. (2014) ont également décrit les procédures de validation du DES de médecine générale, insistant sur l'importance d'une formation progressive et adaptée aux besoins individuels (20). Leur étude met en évidence l'importance d'un accompagnement pédagogique structuré et différencié selon les besoins des étudiants. Elle souligne également la nécessité d'un suivi personnalisé et d'une remédiation ciblée ce qui fait écho aux besoins particuliers des étudiants en difficultés.

Nos résultats, qui mettent en évidence quatre profils d'étudiants aux besoins contrastés, soulignaient l'intérêt d'une approche différenciée de l'accompagnement. Les étudiants au profil émotif ont bénéficié d'un cadre structurant et d'un débriefing individualisé pour mieux gérer leur stress ; les perfectionnistes ont tiré profit d'un retour détaillé leur permettant de mieux accepter l'erreur et d'ajuster leur niveau d'exigence ; les techniciens ont nécessité un travail sur les compétences relationnelles et la flexibilité dans leur raisonnement et les étudiants désinvoltes, moins engagés, semblaient avoir besoin d'un cadre plus contraignant et incitatif pour s'impliquer pleinement. Ces résultats concordent avec les travaux de Deneuve et de Chambe, en soulignant l'intérêt d'un ECOS formatif associé à un débriefing individuel

comme outil pertinent pour adapter l'accompagnement pédagogique aux besoins spécifiques de chaque étudiant en difficulté (19,20).

B. Intégration de l'ECOS en formation médicale

L'ECOS ne se limite pas à une évaluation académique : il s'inscrit dans un mouvement plus large d'intégration de la simulation en pédagogie médicale. Vanpee a rappelé en 2022 que la simulation était désormais essentielle dans la formation initiale des médecins, tandis que Jaffrelot et Pelaccia ont décrit en 2016 les nombreux outils et méthodologies permettant d'optimiser son impact en incluant explicitement les ECOS parmi les formes de simulation standardisée avec patient simulé (21,22). Lorsqu'il est associé à un débriefing structuré, l'ECOS devient un dispositif pédagogique à part entière, au service de l'apprentissage (21,22). Plus récemment, une étude de Quesnel et al. parue en 2024 a mis en avant les bénéfices de la simulation pour renforcer les compétences cliniques, communicationnelles et la gestion du stress en situation clinique. Nos résultats confirment ces apports, en suggérant que l'ECOS formatif aiderait particulièrement les étudiants à mieux anticiper leurs réactions, renforcer leur confiance, et accepter l'erreur comme un levier d'apprentissage (23).

L'intégration de la simulation dans la formation médicale permet aux étudiants de mieux gérer les situations émotionnellement complexes tout en développant leurs compétences cliniques. Le profil émotif décrit dans notre étude, caractérisé par une forte sensibilité au stress et une difficulté à maintenir une distance professionnelle face aux situations chargées émotionnellement, a particulièrement bénéficié de notre dispositif. Le cadre structuré de l'ECOS formatif, associé à un débriefing individuel, a permis aux étudiants répondant à ce profil émotif de mieux anticiper leurs réactions, de renforcer leur confiance en eux et de développer des stratégies pour gérer leur stress en situation clinique. Nos résultats rejoignent ceux d'Appriou-Ledesma et al. (2020), qui ont souligné que la simulation jouait un rôle clé dans l'amélioration de la performance en santé en aidant les étudiants à mieux appréhender le stress inhérent aux situations médicales complexes (23). Ainsi, notre étude suggère que la simulation, lorsqu'elle est accompagnée d'un retour structuré, constitue un levier efficace pour accompagner les étudiants les plus vulnérables à l'anxiété clinique.

Nos résultats corroborent ceux d'études antérieures en identifiant quatre profils inédits d'étudiants en difficulté lors de l'ECOS formatif. L'étude de Sibert et al., parue en 2022, forte de 13 années d'expérience à Rouen, a mis en évidence la capacité de l'ECOS à détecter efficacement les étudiants les moins performants sur le plan clinique. Grâce à une distribution asymétrique des scores et à une structuration rigoureuse des grilles d'évaluation, les auteurs ont montré que l'ECOS permettait non seulement de classer les étudiants, mais aussi de repérer ceux présentant des fragilités cliniques ou relationnelles non décelées par les examens plus théoriques comme les ECNi (7). Cette fonction de repérage rejoint pleinement notre démarche : au-delà d'une simple évaluation, l'ECOS formatif s'est révélé un outil puissant pour mettre en lumière des vulnérabilités souvent invisibles en stage ou dans les évaluations

classiques. Notre approche a ainsi permis d'objectiver des profils spécifiques – émotif, perfectionniste, technicien, désinvolte – qui pourraient bénéficier de modalités d'accompagnement pédagogique différenciées.

C. L'ECOS formatif n'est pas le seul outil de simulation utilisé en formation médicale.

D'autres dispositifs pédagogiques basés sur la simulation ont montré leur intérêt pour le développement des compétences cliniques et communicationnelles des étudiants en médecine. Par exemple, l'outil CoSiR a été développé pour les étudiants en troisième cycle de médecine générale et repose sur une mise en situation avec un comédien jouant le rôle du patient, suivie d'un débriefing structuré par des enseignants formés à la communication (24). Cette approche a permis d'améliorer la prise de conscience des étudiants sur leurs propres compétences communicationnelles et a favorisé une meilleure intégration des apprentissages.

Notre session ne faisait pas appel à des acteurs professionnels, ce qui permettait de limiter les coûts. Le rôle du patient était tenu par un enseignant universitaire qui pratiquait la médecine générale, favorisant ainsi une mise en situation plus conforme à des situations de la médecine générale. Destinée aux étudiants du deuxième cycle, cette approche pourrait faire l'objet d'une réflexion en vue d'un développement auprès des internes.

Nos résultats suggèrent ainsi que l'intégration de l'ECOS formatif dans un parcours pédagogique structuré et multimodal pourrait renforcer leur impact et optimiser l'accompagnement des étudiants en difficulté.

Analyse critique des résultats

Notre étude présentait plusieurs limites inhérentes à la recherche qualitative, qui doivent être prises en compte pour interpréter nos résultats.

Tout d'abord, l'analyse interprétative des discours exposait nécessairement le chercheur à un risque de subjectivité dans le codage et l'analyse. La recherche de significations profondes pouvait parfois conduire à une surinterprétation, au détriment d'éléments plus objectifs. Toutefois, cette approche permettait également de saisir avec finesse la complexité du vécu des étudiants en difficulté, en accédant à des dimensions peu explorées de leur expérience. Pour limiter le biais interprétatif, notre démarche s'appuya sur une analyse thématique rigoureuse, associée à un double codage et à une triangulation des données, renforçant la crédibilité des résultats et assurant une analyse plus objective.

La méthode d'entretien semi-dirigé, bien qu'elle structurât l'échange, pouvait orienter les réponses des participants, notamment si ceux-ci cherchaient à répondre à ce qu'ils percevaient comme les attentes du chercheur. Ce biais de désirabilité sociale constituait une limite notable. Néanmoins, plusieurs éléments furent mis en place pour en réduire l'impact. Les entretiens furent réalisés par un interne en médecine générale, et non par un enseignant ou un évaluateur, favorisant un climat de confiance et de libre expression. Les étudiants étaient par ailleurs plutôt à l'aise, en témoigne les formulations de phrases parfois familières. Par ailleurs, les questions ouvertes de l'entretien permirent d'explorer en profondeur les représentations, tout en garantissant une homogénéité des thématiques abordées, essentielle pour la comparaison des discours.

Le processus de recrutement, reposant sur le volontariat, introduisait un biais d'auto-sélection : les étudiants les plus engagés ou réflexifs étaient plus enclins à participer, tandis que les plus en difficulté ou les moins investis dans leur formation pouvaient être sous-représentés. Ce biais limitait la représentativité de l'échantillon. Toutefois, cette caractéristique offrait aussi un avantage méthodologique : les étudiants interrogés étaient particulièrement concernés par leurs difficultés, ce qui permit une analyse approfondie des leviers pédagogiques. Par ailleurs, l'échantillonnage fut suffisant pour atteindre une saturation des données, garantissant que les résultats reflétaient une diversité d'expériences et de perceptions.

L'utilisation d'une grille de repérage qualitative validée par le DUMG de Tours renforçait la fiabilité des observations et permit une analyse approfondie des profils des étudiants (12).

La typologie proposée pour identifier les profils d'étudiants en difficulté repose sur une catégorisation structurante, utile pour orienter la remédiation pédagogique. Toutefois, cette classification comporte une part de simplification : plusieurs étudiants présentent des profils composites, mêlant des caractéristiques de différents types. En particulier, les profils "émotif" et "perfectionniste" partagent une centration forte sur l'émotion, rendant leur distinction parfois ténue. Il arrive qu'un même étudiant oscille d'un profil à l'autre selon la situation ou la nature de la station d'ECOS rencontrée.

De plus, bien que le profil désinvolte fût faiblement représenté, cette donnée renvoyait à une réalité pédagogique : ce type de profil était souvent moins enclin à s'engager dans une démarche réflexive ou formative, ce qui constituait en soi un résultat pertinent sur le plan institutionnel.

Le recours à l'ECOS comme outil d'évaluation et de remédiation constituait un choix méthodologique. L'ECOS permet d'objectiver certaines compétences cliniques et communicationnelles tout en offrant un retour formatif structuré. L'adaptation des scénarios aux besoins spécifiques des étudiants, dans le cadre d'un centre de simulation, favorisait une remédiation ciblée et efficace. Ces éléments étaient en accord avec les recommandations de l'UNESS (2022) et les conclusions de la méta-analyse de Bianquis et al. (2020), qui soulignait la robustesse de l'ECOS pour l'évaluation formative (6,11). Cette étude a souligné que lorsqu'il était intégré de manière répétée et accompagné de retours formatifs structurés, l'ECOS améliorait significativement les performances des étudiants. Cet aspect est particulièrement pertinent dans le cadre de la préparation aux Épreuves Dématérialisées Nationales (EDN), où l'ECOS constitue un exercice incontournable. Ce type d'entraînement ciblé permet ainsi non seulement d'évaluer les compétences cliniques et communicationnelles des étudiants, mais aussi de les familiariser avec une épreuve clé de leur cursus, renforçant ainsi leur préparation globale.

Perspectives : vers un accompagnement personnalisé et multimodal

Notre étude est, à notre connaissance, la première à proposer une typologie de profils d'étudiants en difficulté lors des ECOS, identifiant quatre figures distinctes : les émotifs, les désinvoltes, les techniciens et les perfectionnistes. Bien que la littérature existante aborde les difficultés rencontrées par les étudiants en médecine, peu d'études vont jusqu'à formaliser des profils aussi différenciés, intégrant à la fois les dimensions émotionnelles, motivationnelles, relationnelles et techniques.

Cette typologie novatrice offre une perspective inédite sur les défis rencontrés par les étudiants en médecine et pourrait servir de base pour développer des stratégies pédagogiques adaptées à chaque profil.

Nos résultats suggèrent donc que l'intégration de l'ECOS formatif dans un parcours multimodal et personnalisé pourrait renforcer son impact, notamment pour les étudiants présentant des difficultés communicationnelles ou un manque d'investissement dans leur formation. Cette approche permettrait également de mieux accompagner les profils les plus passifs et d'optimiser leur engagement pédagogique.

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence quatre profils distincts d'étudiants en difficulté lors de leur stage en médecine générale : l'émotif, le perfectionniste, le technicien et le désinvolte. L'ECOS formatif, associé à un débriefing individuel, a démontré son utilité en tant qu'outil pédagogique permettant d'accompagner ces étudiants dans leur progression.

Les étudiants émotifs ont particulièrement bénéficié du cadre sécurisant de l'ECOS, leur permettant de mieux gérer leur stress et d'améliorer leur confiance en eux. Les perfectionnistes, bien que parfois en difficulté face à l'évaluation, ont pu développer une meilleure acceptation de l'erreur et une gestion plus sereine des retours constructifs. Les techniciens, quant à eux, ont renforcé leur méthodologie mais ont dû apprendre à accorder davantage d'attention à la relation patient-médecin. Enfin, les étudiants désinvoltes sont restés les moins réceptifs à cette approche, soulignant la nécessité d'une prise en charge pédagogique adaptée pour favoriser leur engagement.

Les résultats de cette étude suggèrent que l'intégration systématique de l'ECOS formatif dans la formation en médecine générale pourrait améliorer la remédiation des étudiants en difficulté. Toutefois, l'impact de cette approche doit être évalué sur le long terme et à plus grande échelle afin de mesurer les bénéfices durables sur les compétences cliniques et relationnelles des futurs médecins.

En conclusion, cette étude met en lumière l'importance de dispositifs pédagogiques personnalisés pour répondre à la diversité des besoins des étudiants en médecine. L'ECOS formatif, par son approche individualisée et interactive, apparaît comme un levier efficace pour favoriser l'apprentissage et la progression des étudiants en difficulté, tout en soulignant la nécessité d'un accompagnement différencié selon les profils identifiés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine. Publié au JORF le 20 Novembre 2015 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031497605>
2. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. Br Med J. 22 févr 1975;1(5955):447-51.
3. Enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 8 févr 2025]. Rentrée 2021 : poursuite de la réforme des études de santé. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/rentree-2021-poursuite-de-la-reforme-des-etudes-de-sante-50984>
4. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Réforme du 2e cycle des études médicales Vade-mecum pour les référents enseignants et étudiants. Mars 2021 Disponible sur <https://www.uness.fr/nos-projets/reformes-universitaires/reforme-du-2eme-cycle-des-etudes-medicales>
5. Arrêté du 28 septembre 2023 portant modification de l'arrêté du 21 décembre 2021 relatif à l'organisation des épreuves nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048158805>
6. Bianquis C. Évaluation des examens cliniques par objectifs structurés (ECOS) comme moyen d'évaluation de l'empathie des étudiants en santé – revue systématique. 2020;
7. Sibert L, Schneider P, Liard A, Lefevre-Scelles A, Menard JF, Auquit-Auckbur I, et al. L'examen clinique objectif structuré (ECOS) comme examen validant des compétences cliniques des étudiants en médecine français : 13 ans d'expérience rouennaise. Pédagogie Médicale. 2022;23(1):69-84.
8. Ibrahim T, Maalouly G, Nemr E, Haddad E, Yazbeck C, Haddad F. Étude préliminaire des effets à court et long terme d'un dispositif de formation à la communication d'une mauvaise nouvelle. Pédagogie Médicale. août 2013;14(3):187-201.
9. Lopez A, Moll-Lobell K, Amouyal M, Clary B, Carbonnel F. Concevoir une station ECOS. Exercer.
10. LiSA : de nouvelles fonctionnalités pour les étudiants et enseignants | UNESS [Internet]. 29 février 2024 [cité 8 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.uness.fr/actualites/lisa-de-nouvelles-fonctionnalites-pour-les-etudiants-et-enseignants>
11. Moll-Lobell K, Lopez A, Amouyal M, Clary B, Carbonnel F. Organiser un circuit d'ECOS. Exercer. 2021;
12. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.
13. Antoine Bioy, Marie-Carmen Castillo, Marie Koenig. Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie [Internet]. 2021 [cité 8 févr 2025]. (dunod). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/methodes-qualitatives-en-psychologie-clinique-et-psychopathologie>
14. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris: Global Média santé; 2021.
15. Pr Benoît Veber (Pilote), Pr Isabelle Laffont, Pr Olivier Lambotte, Pr Louis Sibert. Construire la station d'ECOS et le circuit d'ECOS [Internet]. Groupe national ECOS; 2022. Disponible sur: <https://cerf.radiologie.fr/sites/cerf.radiologie.fr/files/medias/Vademecum%20ECOS-2.pdf>

16. Buchon D, Buisson JG. Un ECOS formatif. Exercer.
17. Bonijoly A. Évaluation des patients standardisés lors des ECOS : validation en français de la « Maastrich Assessment of Simulated Patient ». 24 nov 2022;41.
18. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. Med Educ. déc 2011;45(12):1181-9.
19. Deneuve R. Étudiants en médecine en difficulté : besoins, modalités de détection et de mise en oeuvre de l'aide. 14 sept 2017;60.
20. Chambe J, Maisonneuve H, Leruste S, Renoux C, Huas C. État des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. Exercer. 2014;
21. Vanpee D. La formation par la simulation en formation initiale. Louvain médical. 2022;141(4):250.
22. Jaffrelot M, Pelaccia T. La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. Recherche et formation. 30 sept 2016;(82):17-30.
23. Thierry Quesnel, Gilles Cholley, Jean-Jacques Lehot. La simulation en santé : méthodes et approches. ResearchGate, Elsevier [Internet]. 21 nov 2024 [cité 8 févr 2025]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/332319359_Simulation_in_health_care_methods_and_approaches
24. Lucille Pellerin, Paul Thillard, Benjamin Soudais, Mylène Théot, Églantine Ferrand-Devouge,, Blandine Billet. Apport d'une consultation simulée suivie d'une rétroaction entre un comédien et un étudiant de 3e cycl. Exercer.

ANNEXES :

Fichier supplémentaire : Avis du groupe d'éthique



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Jules VILLEMANT et Dr DRUILHE

Titre du projet de recherche : Intérêt d'un ECOS formatif incluant un débriefing personnalisé pour les étudiants en médecine de second cycle en difficulté lors de leur stage de médecine générale

N° du projet : 2024 074

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

☒ **FAVORABLE**

☐ **DÉFAVORABLE**

☐ **SURSIS A STATUER**

☐ **DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2024 074

A Tours, le 19/12/2024

**Dr Thomas Léonard
Président du Groupe Ethique Clinique**

Fichier supplémentaire : Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Introduction :

Vous participez à une étude qualitative à la suite de votre stage en médecine générale.

L'objectif de cette étude est d'analyser votre ressenti après la session d'ECOS formative de Médecine générale que vous avez effectué.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits de façon anonyme et confidentielle. Une fois retranscrits, ils seront détruits. Les retranscriptions seront gardées de façon sécurisée jusqu'à la fin de l'analyse des données.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse de Jules Villemant et peuvent éventuellement être publiés, de façon strictement anonyme.

Au total :

- Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus ainsi qu'avoir eu la possibilité de poser les questions que je voulais.
- Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
- Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
- Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
- Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Date_____

Nom_____

Prénom_____

Signature_____

Fichier supplémentaire : Guide d'entretien

Thématique	Formulation ouverte	Notes
Brise-glace	Raconte-moi, comment s'est passé ton stage de médecine générale ?	
Entretien initial	Comment s'est passé l'entretien initial avec les Dr. Druilhe et Dibao ? Lors de cet entretien, qu'est-ce qui a été mis en évidence selon toi ? En quoi cela correspondait à ce qui s'était passé en stage ?	Reformuler le ressenti exprimé sur l'E. Initial.
ECOS	Quelles étaient tes attentes de cet ECOS ? Comment s'est passée la session d'ECOS ? Raconte-moi qu'est-ce que l'ECOS t'a apporté ? Est-ce que cela correspondait selon toi aux attentes émises lors de l'entretien initial ?	Reformuler le ressenti sur l'ECOS.
Debriefing individuel	Raconte-moi la séance de debriefing individualisé ?	Reformuler le ressenti sur le Debriefing
Feedback	Qu'est-ce que cela a changé dans ta pratique ou tes apprentissages ? Quel intérêt a eu pour toi cette session ? Qu'est-ce que tu modifierais dans ta pratique ?	Reformuler
Parcours de l'étudiant	Est-ce que tu as déjà eu un ECOS ? Si oui, quelle différence par rapport à celui-ci ? Promotion Période de réalisation du stage de MG (DATE) Stages réalisés avant Stages réalisés après	
Remerciements		

Vu, le Directeur de Thèse

Druilhe Loïc

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours Tours, le**

VILLEMANT Jules

45 pages – 1 figure

RESUME :

Contexte : Le stage en médecine générale du deuxième cycle permet aux étudiants d'être supervisés par un maître de stage des universités, favorisant ainsi l'observation et la pratique encadrée des consultations. Ce cadre offre une opportunité privilégiée pour identifier d'éventuelles difficultés chez l'étudiant, qu'elles concernent la communication, la relation médecin-patient, l'examen clinique ou le raisonnement clinique.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser le ressenti des étudiants ayant participé à un Examen Clinique Objectif et Structuré (ECOS) formatif incluant un débriefing individualisé dans les suites d'un stage en médecine générale dans lequel ils ont présenté des difficultés.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec une approche interprétative phénoménologique, menée auprès d'étudiants en médecine de 4e et 5e année. Les étudiants sélectionnés ont participé à une séance d'ECOS formatif suivie d'un débriefing individuel. Deux mois plus tard, des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès des étudiants volontaires afin de recueillir leur ressenti.

Résultats : Les étudiants ont perçu l'ECOS formatif et le débriefing comme une expérience structurante, appréciant la clarté des consignes, le cadre bienveillant et le retour individualisé, qui ont renforcé leur confiance et favorisé leur progression. L'analyse des entretiens menés auprès de 17 étudiants a permis d'identifier quatre profils distincts d'étudiants. L'émotif, submergé par le stress et le doute ; le perfectionniste, en quête d'excellence ; le technicien, focalisé sur la rigueur méthodique ; le désinvolte, peu impliqué.

Conclusion : L'ECOS formatif, associé à un débriefing individuel, s'est révélé être un outil efficace pour accompagner ces étudiants en fonction de leurs besoins spécifiques. Son intégration dans la formation pourrait renforcer la remédiation pédagogique, mais une évaluation à plus grande échelle est nécessaire pour confirmer ses bénéfices à long terme sur les compétences cliniques et relationnelles des futurs médecins.

Mots clés : Examen Clinique Objectif Structuré, simulation, pédagogie, repérage.

Jury :

Président du Jury : **Professeur Fabrice GUERIF**

Membres du Jury : **Professeur Boris SAMKO**
Docteur Agathe EDELINE

Directeur de Thèse : **Docteur Loïc DRUILHE**

Date de soutenance: 24 avril 2025