



HAL
open science

Stage d'immersion brève en soins primaires ambulatoires de médecine générale : quels objectifs de formation et moyens pédagogiques pour des étudiants en troisième année de médecine ?

Milad Sanavi

► To cite this version:

Milad Sanavi. Stage d'immersion brève en soins primaires ambulatoires de médecine générale : quels objectifs de formation et moyens pédagogiques pour des étudiants en troisième année de médecine ?. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00845756

HAL Id: dumas-00845756

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845756v1>

Submitted on 17 Jul 2013

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

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

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

SANAVI Milad

Né le 16/09/1984 à Téhéran (IRAN)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 JUILLET 2013

**Stage d'immersion brève en soins primaires ambulatoires de médecine
générale :**

**Quels objectifs de formation et moyens pédagogiques pour des étudiants en
troisième année de médecine ?**

PRESIDENT DU JURY: Professeur Benoît Veber

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Pierre Fainsilber

MEMBRES DU JURY : Professeur Eric Verin

Docteur Remi Hédouin

Docteur Yveline Sevrin

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO - J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique

M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dével. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie

Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques

Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

**III –
MEDECINE
GENERALE**

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

**HCN - Hôpital Charles Nicolle
LAUME**

**CB - Centre HENRI BECQUEREL
sé du Rouvray**

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUIL-

CHS - Centre Hospitalier Spéciali-

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT Minérale	Chimie Générale et
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB la Santé	Législation, Economie de
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**
moléculaire

Biochimie et biologie

(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**
moléculaire

Biochimie et biologie

(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**
humaine

Génétique moléculaire

(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**
1076)

Physiologie (Unité Inserm

Mme Isabelle **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**
ADEN)

Physiologie (Groupe

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

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

A Monsieur le Professeur Benoît Veber,

Professeur en Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse,

Je vous exprime l'assurance de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre Fainsilber

Professeur associé en médecine générale

Je vous adresse ma reconnaissance pour votre apprentissage lors des enseignements dirigés, fait avec passion et rigueur.

Je vous remercie pour votre confiance et votre accompagnement dans ce travail.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur Eric Verin

Professeur en médecine physique et de réadaptation, chef de service du centre Les Herbiers

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury,
C'est un grand honneur de vous compter parmi les membres de ce jury,

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Remi Hédouin

Docteur en médecine générale à Barentin

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse,

Vous avez appris, grâce à votre enseignement, à me faire aimer la médecine générale et ne pas regretter mon choix,

Vous êtes un exemple pour moi,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

A Madame le Docteur Yveline Sevrin

Docteur et chef de clinique en médecine générale

Pour avoir accepté de juger mon travail et vos conseils précieux,
Vous êtes un exemple pour les internes en médecine générale,
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux docteurs Gaétan Thenard et Sophie Martin-Sisteron,

Pour leurs enseignements du métier et leurs sympathies,

Aux médecins généralistes enseignants français, suisse et belge,

Pour avoir accepté de participer à l'étude,

A mon épouse Claire,

pour le soutien et le bonheur que tu m'apportes jour après jour.

A mon garçon,

je t'ai pas encore trouvé de prénom mais je t'aime déjà plus que tout, vivement que tu sois parmi nous.

A mes parents,

qui me soutiennent dans mes études depuis le départ et qui croient en moi, merci.

A mon frère,

que la réussite professionnelle et personnelle t'accompagne, nous sommes fier de toi.

A ma famille en Iran et éparpillé dans le monde,

pour tous ces bons moments passés, vous me manquez.

A mes amis,

pour tous ces souvenirs qui nous rapprochent et ces moments de fêtes.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	18
INTRODUCTION	19
I. <u>Contexte</u>	
A. Les études médicales en France	22
1. L'externat et la médecine générale	22
2. La formation en médecine générale	23
B. Définitions	
1. Les soins primaires	25
a) Les soins primaires : base de la pyramide des soins	26
b) Soins primaires : soins ambulatoires et de proximité	26
2. La médecine générale, l'omnipraticien et la médecine de premier recours	27
3. Définition du modèle : procédure Delphi	29
4. Guide du Calgary Cambridge	30
C. Travail préparatoire	30
II. <u>Les modèles francophones</u>	32
1. Le modèle Belge	32
2. Le modèle Suisse	34
III. <u>Notre Etude</u> : Stage d'immersion brève en soins primaires ambulatoires de médecine générale : Quels objectifs de formation et moyens pédagogiques pour des étudiants en troisième année de médecine ?	

1.	Matériel et méthode	36
2.	Résultats	37
a.	Objectifs de formation.....	37
b.	Moyens pédagogique	54
3.	Discussion	76
a.	Méthode	76
b.	Résultats	77
c.	Biais	78
4.	Conclusion	79
ANNEXES		80
TABLES DES ILLUSTRATIONS		100
	Tableaux	
BIBLIOGRAPHIES		104
RESUME		
MOTS CLES		

Abréviations

ANEMF: Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire

CNGE : Congrès Nationale des Généralistes Enseignants

DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

DES: Diplôme d'Études Spécialisées

DESC: Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DFGSM3 (ex DCEM1) : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3ème année

PACES : Première Année Commune des Études de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Introduction

De nombreux déterminants influencent le choix des externes pour leur spécialité en fin de deuxième cycle. Concernant la médecine générale en France, l'on assiste à un double constat : d'une part, de nombreux postes d'internes (500 à 600) de médecine générale restent vacants faute de volontaire chaque année et d'autre part, le taux d'installation des jeunes médecins généralistes est en baisse au profit d'une activité de remplacement de plus en plus longue. Ces constatations peuvent trouver une part d'explication au travers de la formation même des étudiants en médecine.

Tout d'abord, en 2011 seul 50% (cf travail préparatoire) des externes français ont la possibilité de bénéficier d'un stage au sein d'un cabinet libéral de médecine générale durant leurs 3 années d'externat (d'une durée de 5 à 6 semaines en moyenne). Sans doute par méconnaissance, certains étudiants s'orientent donc inconsciemment vers d'autres spécialités dites hospitalières découvertes durant leur formation.

Ensuite, pour ceux qui font le choix de la médecine générale, le moment d'une installation est retardé puisque la découverte de l'exercice libéral de médecine général s'effectue exclusivement durant l'internat. Ce retard induit naturellement chez les étudiants un sentiment d'immaturation professionnelle et un frein à l'installation définitive.

L'université qui a donc sa part de responsabilité dans cette désaffection doit pouvoir se donner les moyens d'agir pour corriger ce défaut. Nous nous sommes alors interrogés sur la possibilité de suivre les expériences fructueuses belges et suisses d'immersion brève en soins primaires.

En effet, il convient idéalement de présenter précocement aux étudiants toute la diversité de la pratique médicale en mettant en œuvre des stages en médecine générale pour tous les étudiants. Cependant, la cible de 100% d'externes pouvant bénéficier d'un stage en soins primaires semble peu réaliste à court terme. C'est pourquoi nous souhaitons développer un stage d'immersion en soins primaires ambulatoire de médecine générale destiné idéalement à

tous les étudiants durant leur troisième année d'études et ce pour plusieurs raisons.

- Tout d'abord il faut savoir que l'arrêté du 4 mars 1997 relatif aux études médicales stipule que pour valider son deuxième cycle d'étude, chaque étudiant doit avoir validé un stage auprès d'un médecin généraliste. En l'état actuel des choses, cette obligation légale n'est pas respectée notamment faute d'un nombre de maître de stage suffisant. Ce stage d'immersion, plus court et moins contraignant qu'un stage d'externe de 5 à 6 semaines, permettrait selon toute vraisemblance de recruter un nombre plus élevé de Maître de stage qui par ce biais pourront découvrir l'activité d'enseignement et venir grossir les rangs des généralistes enseignants pour un stage d'externat (4). La représentation en nombre des médecins généralistes enseignants permettrait de plus une valorisation de cette spécialité aux yeux des étudiants (2 ; 3).

- D'autre part, ce stage en DFGSM3 permettrait de sensibiliser ces stagiaires aux soins primaires ambulatoires avant qu'il ne soit baigné dans le monde hospitalier pour qu'ils puissent se faire une opinion favorable du versant ambulatoire des soins médicaux (1 ; 5). Si ce contact intervient tôt dans le cursus universitaire, nous pouvons légitimement espérer qu'il incite les étudiants à faire un stage d'externat en médecine générale puis, à plus long terme, à faire le choix de la médecine générale comme spécialité (6).

- Enfin, ce stage permettrait également de faire connaître la médecine générale à de futurs médecins spécialistes, améliorant d'avantage la relation avec leurs confrères généralistes.

Notre travail visant à la mise en place de ce stage d'immersion brève en soins primaires ambulatoire de médecine générale destiné aux DFGSM3 s'est déroulé en plusieurs étapes.

Tout d'abord, nous avons cherché à définir un certain nombre d'objectifs de formation pour la réalisation de ce stage. Une étude préliminaire grâce à atelier productif tri-national (Français, Belge et Suisse) s'est ainsi déroulée durant le CNGE de Bordeaux en novembre 2011. Le choix d'inclure les enseignants belges et suisses à ce travail était de tirer profit de leur expérience positive pour la mise en place de ce type de stage, qui fonctionne de manière efficace dans leurs

universités. Nous avons dans un deuxième temps prolongé ce travail le 9 février 2012 lors d'un deuxième atelier auquel une dizaine d'enseignants de médecine générale rouennais ont participé. L'ensemble de ces enseignants avaient comme bagage l'expérience du stage d'externe qui est réalisé de manière confidentielle dans notre faculté depuis quelques années. Ce fut l'occasion d'une part de la synthèse des objectifs de formation définis au cours de notre premier atelier et d'autre part de l'intégration à ces objectifs de formation de la définition de la médecine générale selon la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Un certain nombre de moyens pédagogiques correspondant ont également été mis en place.

Nous souhaitons ensuite par ce travail de thèse évaluer la pertinence des objectifs et moyens pédagogique ainsi définis. Cette évaluation se fait grâce à la réalisation de 2 procédures Delphi pour lesquelles les experts étaient des enseignants de médecine générale de Rouen, Liège et Lausanne.

Notons enfin que depuis juin 2013 les modalités pratiques de réalisation de ce stage d'immersion brève en soins primaires ambulatoire de médecine générale destiné aux DFGSM3 sont en cours de rédaction. Elles se basent, en partie, sur ce travail théorique préliminaire et les objectifs de formation qu'il a définis. Un tel stage pourrait ainsi prendre la forme d'une immersion de 4 journées :

- un séminaire théorique « aller » d'une demi-journée
- 3 jours en immersion pratique dans un cabinet médical de soins primaires
- un séminaire théorique « retour » permettant un partage d'expérience et une théorisation des connaissances apprises d'une demi-journée.

I. Contexte

A) Les études médicales en France

Actuellement, les études médicales sont composées de trois cycles qui portent les études de 9 à 11 années suivant la filière choisie. Deux concours ponctuent le cursus : celui de fin de la PACES qui sert à la sélection d'entrée dans les études médicales et celui de fin de deuxième cycle qui oriente les étudiants vers leur filière professionnelle.

1) L'externat et la médecine générale

Il existe six années d'études médicales durant lesquelles l'étudiant suit une formation théorique et une formation pratique avec un stage pratique de premier recours en médecine générale théoriquement obligatoire depuis l'arrêté du 4 mars 1997 :

« Chaque étudiant doit effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale dont la durée et les modalités sont fixées par arrêté. Ce stage est réalisé sur la base d'un projet pédagogique, élaboré par le conseil de l'unité de formation et de recherche de médecine sur les propositions du département de médecine générale ou de la commission de coordination et d'évaluation du troisième cycle de médecine générale visés à l'article 6 du décret du 7 avril 1988 susvisé. Ce projet fait l'objet d'un contrat entre le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine, le médecin généraliste et le directeur du centre hospitalier régional et universitaire quand il s'agit des étudiants de troisième et quatrième années de deuxième cycle. ... Art. 12. » Pour valider la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, le candidat doit avoir :

- validé l'enseignement théorique ;
- validé les stages hospitaliers ;
- participé aux séminaires sur les thèmes d'enseignement jugés prioritaires ;
- validé trente-six gardes ;

- validé le stage auprès d'un médecin généraliste ;
- validé le certificat de synthèse clinique et thérapeutique(7)

Pendant ses 10 premières années d'existence, ce stage n'a été organisé que par un faible nombre de facultés de médecine ; deux autres arrêtés ont alors été publiés, l'un en novembre 2006, l'autre le 18 juin 2009, visant à démocratiser la réalisation de ce stage.

En 2010 et malgré des efforts récents, la proportion d'étudiants en DCEM qui a pu bénéficier de ce stage d'initiation à la médecine générale reste cependant faible (37%), malgré une étude qui montre l'impact positif de ce stage sur le ressenti des étudiants et donc le bénéfice qu'il pourrait apporter à la médecine générale. (8)

D'après une étude de l'ANEMF réalisée en 2010 seule 18 facultés sur 36 proposent le stage de médecine générale au cours du cursus universitaire des étudiants de deuxième cycle d'études médicales (cf tableau 1 : récapitulatif des résultats de cette étude).

2) La formation en médecine générale

C'est après la seconde guerre mondiale que l'on voit émerger une formation spécifique à la médecine générale. En 1969, aux États-Unis et au Canada, la médecine générale devient une nouvelle discipline, sous le nom de "médecine de famille". Au début des années 70, les structures académiques de médecine générale se regroupent dans une organisation mondiale, la WONCA, afin de définir des tâches professionnelles, des compétences et le rôle du médecin généraliste. La WONCA permet donc de définir la discipline de médecine générale et de donner onze caractéristiques fondamentales qui vont être le socle de notre étude. Ces onze caractéristiques, que nous avons rappelées dans la partie résultats de notre étude, se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent se rassembler en six compétences fondamentales : (cf annexe 5)

1. La gestion des soins de santé primaires
2. Les soins centrés sur la personne
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
4. L'approche globale
5. L'orientation communautaire
6. L'adoption d'un modèle holistique (9)

En France, l'enseignement théorique en médecine générale porte donc sur différents domaines :

- la médecine générale et son champ d'application ;
- gestes et techniques en médecine générale ;
- situations courantes en médecine générale ; stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation ;
- conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé ;
- préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la formation médicale continue et à la recherche en médecine générale.

Dans leur contenu, les enseignements sont généralement centrés sur des situations fréquemment rencontrées dans la pratique de la médecine générale.

Le support de cette formation théorique est spécifique d'une faculté à l'autre mais est ainsi harmonisée quant à son contenu. (10)

Les méthodes pédagogiques sont avant tout fondées sur l'interactivité, la présentation et la discussion de cas en situation. Cet enseignement est assuré par des généralistes parfois aidés par des intervenants extérieurs appartenant ou non à des professions de santé.(11)(12)

Concernant la formation pratique, le modèle Rouennais s'effectue dans le cadre d'une maquette devant être respectée. L'étudiant devra effectuer sa première année dans un service de médecine interne ou de gériatrie, et un service d'urgence. La deuxième année devra se dérouler dans un service de pédiatrie ou gynécologique et un stage chez le praticien. La troisième année s'effectuera en stage de soins primaires ambulatoire de façon autonome ou d'un deuxième stage chez le praticien, et d'un stage libre (suivant la maquette du DES ou d'un DESC)

B) Définitions

1) Les soins primaires

Lors de la conférence d'Alma-Ata organisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1978 le rôle essentiel des soins primaires au sein de la société a été souligné et jugé indispensable :

« Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale toute entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale. » (13)

a) Les soins primaires : base de la pyramide des soins :

Les soins primaires sont souvent présentés comme la base de la pyramide des soins, se différenciant ainsi des soins secondaires et tertiaires. Le niveau primaire est donc non segmenté, ni par âge, ni par sexe, ni par type de problèmes de santé. Il doit pouvoir répondre à 90 % des problèmes de santé. Inversement, les niveaux secondaire et tertiaire sont spécialisés et donc segmentés. Le niveau secondaire regroupe la médecine spécialisée au sens large (en ville ou à l'hôpital), et le niveau tertiaire est celui de la médecine de haute technologie (hôpitaux universitaires).

Les soins primaires, constituent donc la porte d'entrée dans le système de soin fournissant des soins généralistes, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. La fonction de *gatekeeping* (gardien de la porte) attribuée au médecin généraliste, voire au centre de santé, traduit cette organisation hiérarchique en niveaux de soins.

b) Soins primaires : soins ambulatoires et de proximité:

Du point de vue des services, les soins primaires se définissent comme des soins de nature ambulatoire et directement accessible aux patients, avec une dimension généraliste et communautaire. Ils sont centrés sur l'individu dans son contexte familial et social.

Les soins primaires peuvent également se fonder sur l'éventail des soins dispensés, avec trois aspects essentiels :

- la prise en charge des problèmes communs (le « tout venant ») au moyen d'une combinaison de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation ;
- une dimension « intégrée », la maladie étant appréhendée dans un contexte socio-économique plus large ;
- l'organisation et la rationalisation des ressources dites « spécialisées ».

L'expression *soins primaires* est souvent utilisée de façon plus limitative soulignant son caractère opérationnelle : elle s'intègre alors dans une perspective d'organisation du système de soins dans son ensemble. Dans ce cas, la notion de « *primary care* » a tendance à se restreindre aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires (soins de premier recours, d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins en lien avec les autres secteurs). Les médecins généralistes en sont généralement des acteurs essentiels mais d'autres professionnels s'y intègrent également.(14)

Les soins primaires selon cette définition sont organisés sur une base territoriale, soit à l'échelle municipale comme les services de soins infirmiers à domicile et une partie des centres de santé, soit à l'échelle départementale comme la PMI et les services départementaux d'incendie et de secours.(15)

2) **La médecine générale, l'omnipraticien et la médecine de premier recours :**

La médecine générale se définit comme une médecine de premier recours. « Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médicosocial;
- s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

- veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- participer à la mission de service public de permanence des soins;
- contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Néanmoins au sein même du groupe des médecins généralistes qui se consacrent pleinement aux soins de premier recours, les caractéristiques du métier varient selon les territoires, les patientèles, et aussi les modalités de prise en charge des patients. Les tâches à accomplir peuvent être différentes compte tenu des éléments épidémiologiques locaux et des spécificités du territoire. L'existence d'établissements de santé avec hébergement et plateaux techniques, la proximité de confrères d'autres spécialités, les choix de pratique des médecins constituent des facteurs supplémentaires de variabilité de l'exercice. Aussi, les médecins généralistes peuvent, en fonction de ces différents déterminants, avoir un exercice libéral, salarié ou mixte, isolé ou regroupé, exclusif ou non de la médecine de 1er recours.

Il existe donc 67 % des 103 759 médecins généralistes exerçant en 2010 qui sont à titre libéral, 11 % sont salariés du secteur privé et 22 % du secteur public, soit environ respectivement 70 000, 11 000 et 23 000 médecins.

Alors que les médecins généralistes exerçaient majoritairement en France leur métier de façon isolée, plus que dans d'autres pays, l'exercice en groupe est devenu récemment majoritaire. En effet, la part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009. Cette augmentation est en partie générationnelle : elle est très marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe.

On estime aujourd'hui à 40% les diplômés de médecine générale qui n'exercent pas une activité de soins primaires. Près de 107 000 généralistes diplômés recensés par l'Ordre des médecins en 2007 seuls 56 750 exerceraient effectivement la médecine générale de premier recours. Les autres omnipraticiens n'exerçant pas le premier recours exercent soit en milieu hospitalier, soit détiennent des compétences spécialisées qui les éloignent des soins primaires (gynécologie médicale, gériatrie- gérontologie...).(2)(16)

3. Définition du modèle : procédure Delphi

Dans le domaine de la recherche médicale en médecine générale, différentes méthodes de synthèse de l'information peuvent se présenter.

Lorsque l'information publiée est insuffisante, une synthèse qualitative, reposant sur la recherche d'un consensus, est le plus souvent envisagée. (17)

Pour développer notre concept nous avons travaillé sur une procédure Delphi.

La méthode de consensus utilisée lors de la procédure Delphi relève de procédure itérative (questionnaires) intégrant le jugement et l'expérience d'un panel de participants. Elle apparaît plus intuitive que rationnelle à certains égards. Ces derniers sont habituellement des personnes représentatives de la profession, reconnues comme expertes.

Le but de cette méthode consiste à faire évoluer l'opinion des membres d'un groupe de travail vers un consensus de groupe en résolvant les éventuels désaccords observés afin d'obtenir une convergence des idées.(18) (19)

4. Guide du Calgary Cambridge (cf annexe 4)

L'approche du Calgary Cambridge permet une étude détaillée de la structure d'une consultation médicale. La consultation peut être divisée en plusieurs phases:

- accueillir le patient : saluer le patient, s'assurer de son identité, et créer un environnement favorable pour le bon déroulement de la consultation (s'assurer que le patient soit bien installé)
- phase sociale: montrer un intérêt général envers le patient, s'intéresser sa vie et non seulement à sa maladie, être empathique. L'importance de la communication non verbale se manifeste dès cette étape : gestes, attitude, mimique (langage corporel).
- déterminer les motifs de consultations
- trouver un terrain d'entente pour mieux gérer le problème
- miser sur la prévention des maladies et la promotion de la santé
- clôturer l'entretien, planifier les prochains rendez-vous. (20) (21)

C) Travail préparatoire

Pour justifier la mise en place de ce stage ambulatoire de médecine générale en DFGSM3, nous proposons un questionnaire destinés aux responsables pédagogique de médecine générale des différentes facultés de médecine en France, visant à faire l'état des lieux de l'enseignement de médecine générale en deuxième cycle et confronter nos résultats à ceux retrouvés.

Ce questionnaire vise à évaluer la durée de formation et le pourcentage d'externes participants à un stage pratique et/ou théorique en soins de premier recours, et sur la mise en place ou non d'un stage d'immersion (cf tableau 2).

Nous obtenons des réponses pour 17 facultés sur 32 soit 53% de réponses (cf tableau 3).

Sur ces 17 facultés aucune ne pratique le stage primaire ambulatoire en DFGSM3, et environ 1 externe sur 2 ne réalise pas le stage de médecine générale pendant son externat.

Il faut savoir également qu'environ 20 heures de formation théorique concernent les soins primaires durant l'externat et qu'elles ne sont suivies que par 1 externe français sur 2.

La suite du travail préparatoire s'est poursuivie par un premier atelier productif international au CNGE de Bordeaux en novembre 2011. Une présentation de l'enseignement à Liège puis à Lausanne a été faite nous permettant de nous rendre compte de leur avancée en pédagogie médicale sur les soins primaires. Ensuite un travail par petits groupe nous a permis de faire ressortir quelques objectifs de formation, mais faute de temps nous n'avons pas pu finir le travail.

Un deuxième atelier fut nécessaire regroupant onze médecins généralistes enseignants de la faculté de médecine de Rouen en février 2012 permettant de poursuivre et terminer le travail initié par le premier atelier. Lors de cet atelier une synthèse regroupant les caractéristiques de la WONCA fut distribuée aux participants afin de définir un objectif de formation et un moyen pédagogique correspondant. Après quelques minutes de réflexion chacun des intervenants proposaient un objectif et un moyen à tour de rôle.

Un certains nombres de propositions en sont ressortis de cet atelier nous permettant de débiter le travail Delphi.

II. Les modèles francophones

1) Le modèle Belge.

Lors du CNGE de bordeaux en Novembre 2011, nos confrères belges nous ont fait part de leur expérience concernant la réalisation d'un stage de médecine générale en première année de deuxième cycle.

Il se compose d'un cours de 6 heures sur les fonctions du médecin généraliste, d'un stage pratique de 3 demi-journées et d'une séance de débriefing par sous-groupes.

Durant leur stage pratique les étudiants doivent se rendre par deux, pendant une demi-journée, au domicile d'un patient seul. L'objectif est de mesurer les liens entre le praticien et le patient qui peuvent être différents d'une consultation au cabinet. L'étudiant peut ainsi se rendre compte des différentes pratiques du généraliste.

Les étudiants belges ont eu différents ressentis suite à cette expérience :

- Ils ont ressentis une confiance accordée par procuration :
« on avait l'impression que, comme nous étions envoyées par le Dr A., nous devons forcément être des gens bien... »
- Ils ont eu des difficultés de centrer le débat sur le médical... :
« ...ce qui est accessoire du point de vue médical, ne l'est pas forcément pour le patient... »
- Ils ont eu des difficultés à gérer l'entretien, y mettre fin :
« il fallait insister, tourner les questions autrement pour avoir des réponses complètes » ; « la difficulté majeure était de clore la séance... »
- Ils ont eu des difficultés de pénétrer l'intimité :
« difficulté d'entrer dans des détails personnels et d'affronter l'émotion des patients »

- Ils ont des difficultés à trouver la juste distance... :

« il est difficile de mettre des distances affectives »

- Ils ont eu des difficultés à gérer l'émotion :

« comment ne pas mélanger les sentiments face aux patients ? J'ai été touché par leur histoire... »

Malgré les difficultés ressenties par ces étudiants, probablement dues à leur manque de maturité et d'expérience, cette approche originale semble cependant avoir un effet bénéfique puisque à la suite de cette expérience, une étude qualitative a permis d'en démontrer l'impact.

Avant la mise en place de ce type de stage la perspective d'orientation des étudiants montrait que 10,8% se destinaient à la médecine générale, 66,2% à une spécialité et 22,7% étaient indécis.

Après la mise en place de ce stage 9,2% se destinaient à la médecine générale, 43,1% à une spécialité et 47,4 étaient indécis.

On constate ainsi une diminution de l'intérêt des étudiants pour les spécialités et une augmentation des indécis. Cette tendance peut vraisemblablement faire penser qu'il pourrait alors se tourner vers la médecine générale.

Au final, après cette expérience l'on constate que les étudiants apprécient le dispositif, portant un intérêt plus important à la médecine générale, et qu'il modifie leurs perspectives d'orientation.(22)

2) Le modèle Suisse.

Les enseignants Suisses nous ont également fait part de leur expérience lors de ce congrès.

Il s'agit alors d'un stage d'un mois au cours duquel l'étudiant devra rédiger un travail personnel écrit et oral sur un patient vu au cabinet. En fin de stage, les étudiants se réunissent une journée pour présenter leur travail et discuter de la spécificité de la médecine générale et de la formation.

Les buts de cette formation sont multiples :

- illustrer la complémentarité de la médecine générale et de la médecine spécialisée
- favoriser la reconnaissance réciproque médecin généraliste spécialiste
- familiariser l'étudiant à la pratique de la médecine générale ambulatoire
- sensibiliser l'étudiant à la prise en charge globale des patients dans le court et le long terme
- sensibiliser l'étudiant à la prévalence des affections en médecine générale
- illustrer la collaboration interprofessionnelle(23)

Le travail personnel présenté en fin de stage doit être développé à partir de 5 axes :

- l'axe patient : plaintes annoncées, anamnèse, antécédents
- l'axe scientifique : raisonnement clinique, examens complémentaires, traitements
- l'axe critique : confrontation de la pratique avec la littérature, adéquation des soins, économicité et qualité de la prise en charge
- l'axe communautaire : travail en réseau interdisciplinaire
- l'axe entreprise : rôle des différents intervenants, répercussion du patient sur le médecin et le personnel, réflexion sur une prise en charge optimale au cabinet.

Cette présentation d'une situation vécue par l'étudiant permet un échange, une réflexion entre étudiants et avec le généraliste enseignant aboutissant à la découverte l'étendue des spécificités de la médecine générale. Partager l'expérience de ce stage permet de plus à l'étudiant de faire un bilan, de comparer les pratiques et d'établir une évaluation de son propre stage.(24)

III. Notre étude : Stage d'immersion brève en soins primaires ambulatoires de médecine générale : Quels objectifs de formation et moyens pédagogiques pour des étudiants en troisième année de médecine ?

1) Matériel et méthode

Ces 2 procédures Delphi se sont déroulées entre juillet et novembre 2012 incluant 14 enseignants (Rouennais, Liégeois, Lausannois) faisant appel à 2 questionnaires.

Ces questionnaires étaient soumis aux experts par mail grâce au serveur Google Document.

L'objectif était d'obtenir un consensus sur ces questionnaires après 2, 3 ou 4 tours de soumission aux experts. Chaque item a été individualisé pour permettre l'attribution d'une « note » ou « degré d'accord » pour chacun d'entre eux. Un espace de texte était réservé aux remarques visant l'amélioration du libellé de l'objectif ou du moyen et le rendre ainsi plus consensuel lors du tour suivant.

Le degré d'accord était évalué grâce à une échelle ordonnée comprise entre 1 et 9 où 1 représentait l'accord le plus faible et 9 l'accord le plus élevé.

Plusieurs situations se présentaient :

- Un consensus était établi lorsque le score médian de l'accord était supérieur ou égal à 7 en l'absence de désaccord (un désaccord était défini comme plus de 30 % des scores individuels repartis entre 1 et 3 et plus de 30 % entre 7 et 9).
- L'absence de consensus était établie lorsque le score médian de l'accord était inférieur ou égal à 3 en l'absence de désaccord.
- En présence d'un désaccord la proposition pouvait être réévaluée au tour suivant.

- Un score médian compris entre 4 et 6 était considéré comme une réponse équivoque, et la proposition était également réévaluée au prochain tour.

Le premier questionnaire mis en ligne correspondait aux objectifs de formation du stage d'immersion en soins ambulatoires de médecine générale. Nous avons pu mettre en évidence 16 objectifs à partir des référentiels de la WONCA.

Le deuxième questionnaire mise en ligne correspondait aux moyens pédagogiques envisagés pour atteindre les objectifs définis par la première procédure Delphi. Nous avons pu proposer 20 moyens pédagogiques répondant aux objectifs de formation choisis.

Entre les 2 questionnaires, les résultats obtenus ont été transmis aux experts participants avec un résumé des remarques.

3) Résultats

1. Procédure Delphi 1 : Questionnaire 1, les objectifs de formation

Concernant le premier questionnaire, 10 participants sur 14 ont répondu, soit 71% de réponses.

A partir des différents points entrant dans la définition européenne de la médecine générale selon la WONCA, des objectifs de formation ont été défini et soumis à la procédure Delphi ayant ainsi permis de développer ces derniers.

Nous avons décidé de présenter les résultats de la même façon à chaque fois sous le format d'un tableau et histogramme pour des raisons de lisibilité.

1.a) L'ACCÈS AUX SOINS :

Item de la définition de la WONCA retenu :

« Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. »(25)

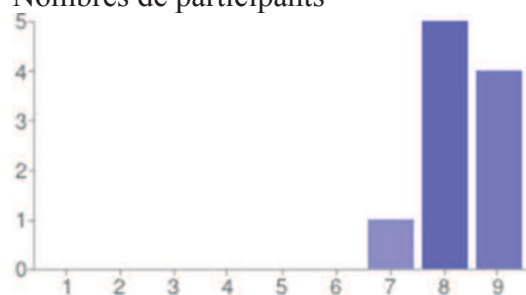
Objectif de formation 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant saura repérer la diversité des usagers entrant en contact avec le service de soins primaires. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	7	9	0	100	OUI	OUI

ACCES AUX SOINS - Objectif de formation 1 :

Nombres de participants



Degré d'accord

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	50%	40%	à inclure absolument

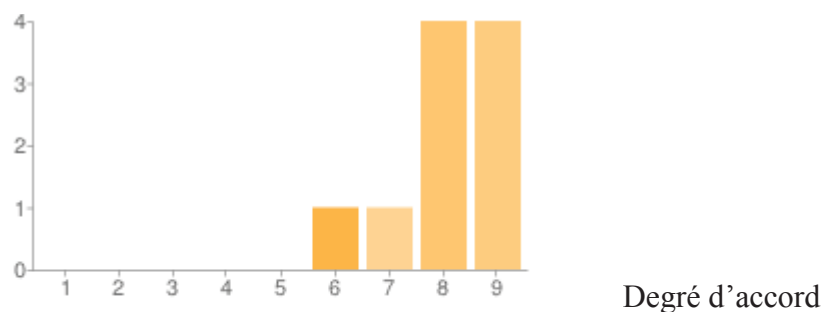
Objectif de formation 2 élaboré par le groupe :

« L'étudiant saura repérer les différents motifs de recours aux soins. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	6	9	0	90	Oui	Oui

ACCES AUX SOINS - Objectif de formation 2 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	0%	10%	10%	40%	40%	à inclure absolument

1.b) LA COORDINATION DES SOINS :

Item de la définition de la WONCA retenu :

« Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient. »(25)

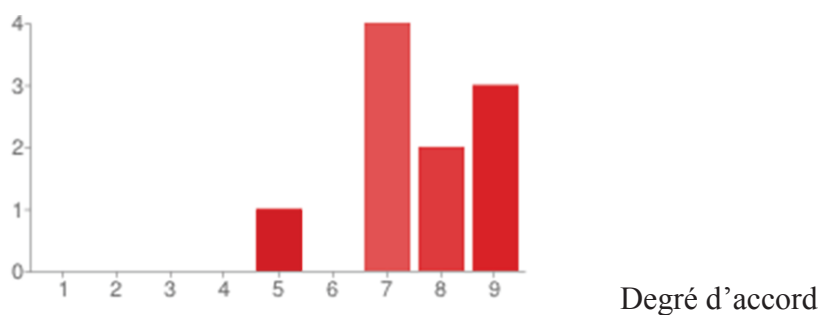
Objectif de formation élaboré par le groupe:

« L'étudiant identifie les différents professionnels intervenant dans la prise en charge du patient. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7.5	5	9	0	90	OUI	OUI

COORDINATION DES SOINS - Objectif de formation

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	10%	0%	40%	20%	30%	à inclure absolument

1.c) UNE APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT

Item de la définition de la WONCA retenu :

« Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires. »(25)

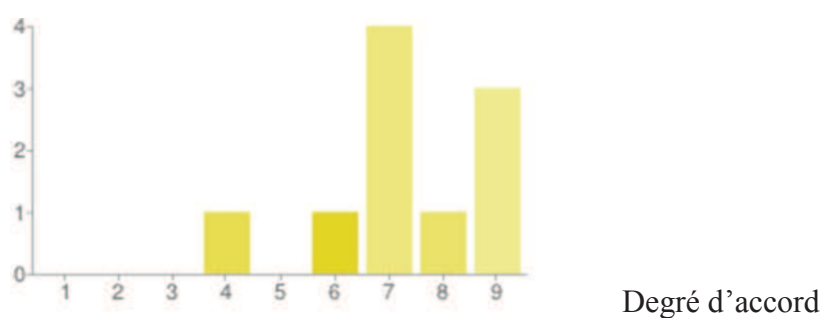
Objectif de formation 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra repérer et justifier auprès du maître de stage le retentissement du problème de santé sur la vie personnelle, familiale et sociale du patient. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7	4	9	0	80	OUI	OUI

APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT- objectif de formation 1 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	10%	0%	10%	40%	10%	30%	à inclure absolument

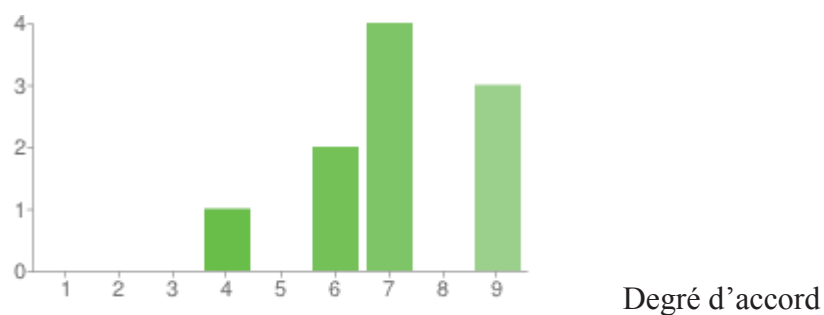
Objectif de formation 2 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra repérer des éléments d'information sur la qualité de vie du patient. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7	4	9	0	70	OUI	OUI

APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT- objectif de formation 2 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	10%	0%	20%	40%	0%	30%	à inclure absolument

1.d) RELATION MEDECIN/PATIENT

Item de la définition de la WONCA retenu :

« Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. »(25)

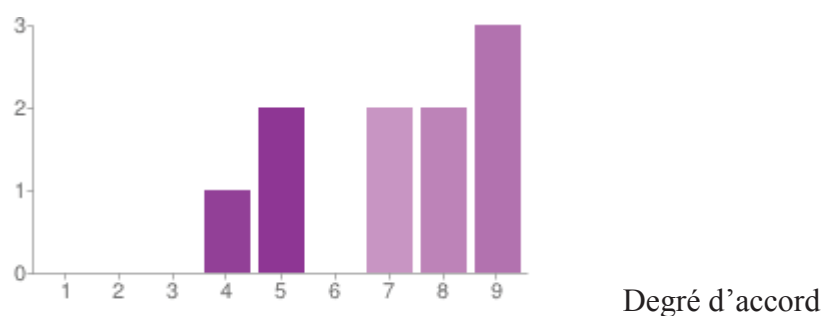
Objectif de formation 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra justifier l'intérêt de la prise en charge au long cours dans la relation de soin. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7.5	4	9	0	70	OUI	OUI

RELATION MEDECIN/PATIENT- objectif de formation 1

Nombres de participants

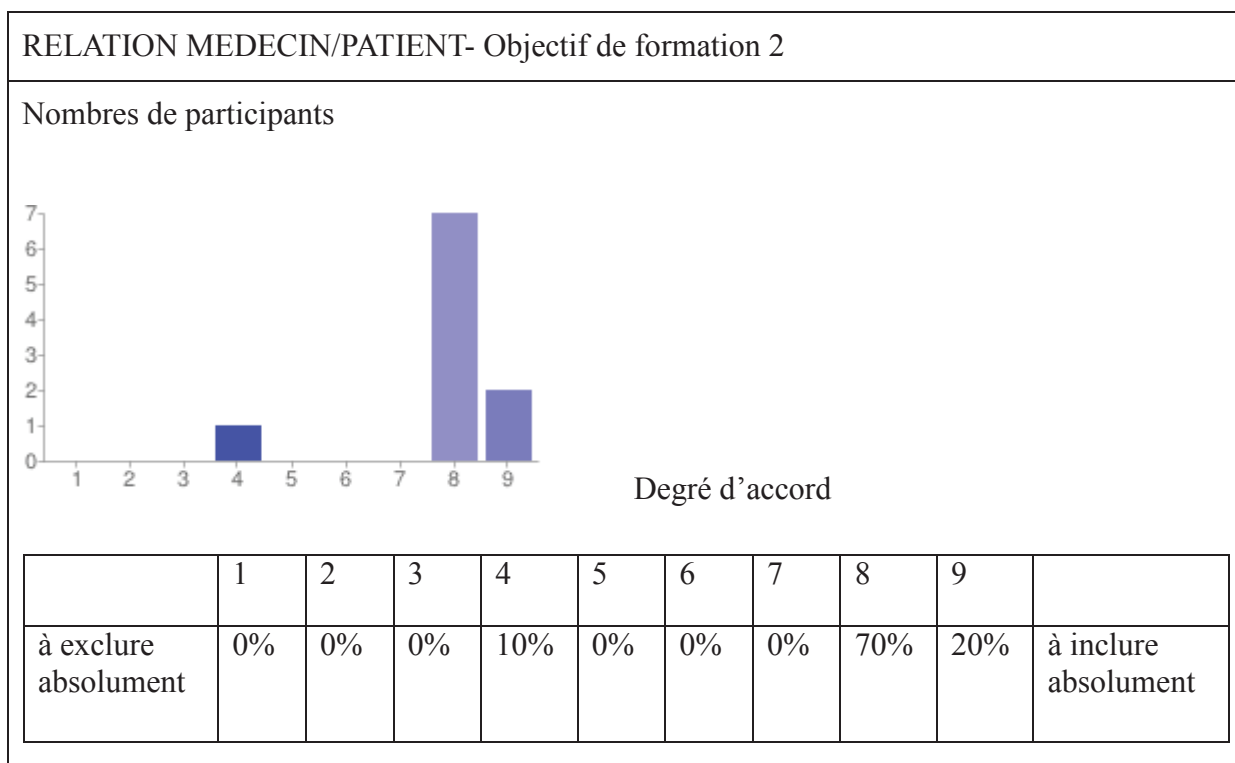


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	10%	20%	0%	20%	20%	30%	à inclure absolument

Objectif de formation 2 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra justifier l'importance de la relation médecin/patient dans sa prise en charge. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	4	9	0	90	OUI	OUI



1.e) CONTINUITÉ DES SOINS

Item de la définition de la WONCA retenu :

« Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. »(25)

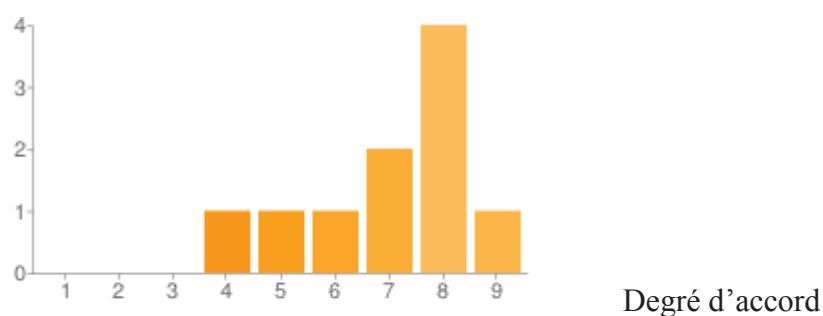
Objectif de formation 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra justifier la notion de continuité des soins et pointer ses implications : en journée, lors des congés du médecin, aux heures de fermeture des cabinets. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7.5	4	9	0	70	OUI	OUI

CONTINUITÉ DES SOINS - Objectif de formation 1

Nombres de participants

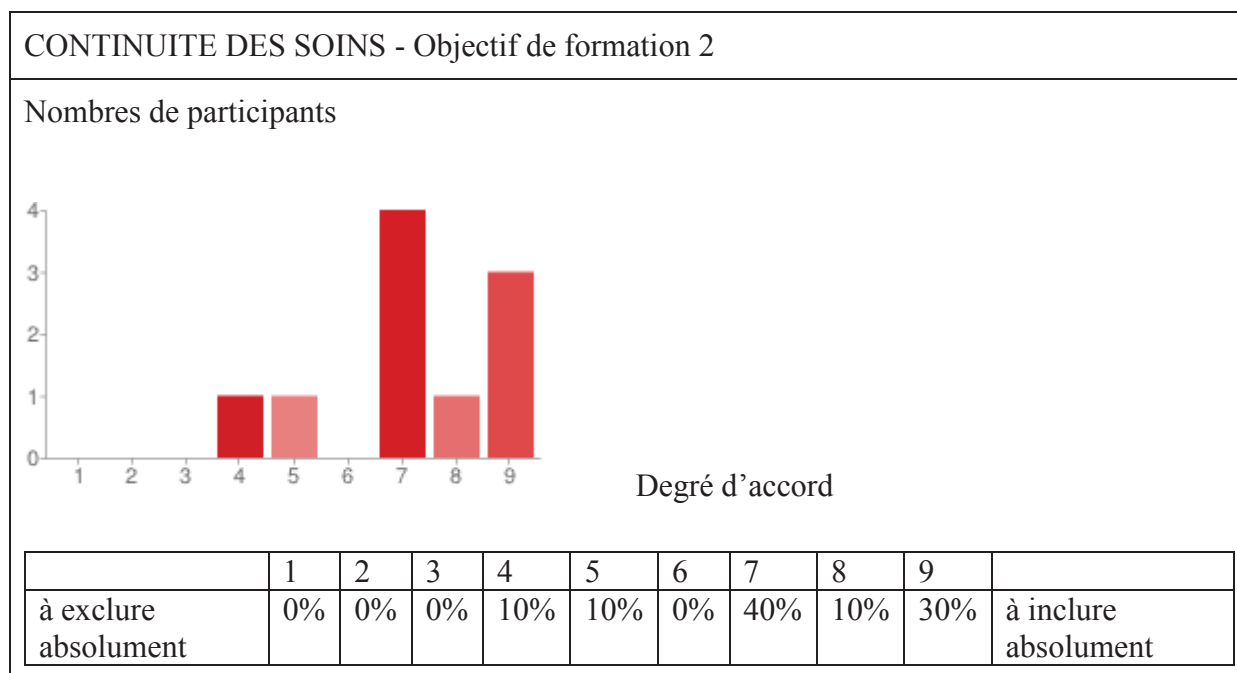


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	10%	10%	10%	20%	40%	10%	à inclure absolument

Objectif de formation 2 élaboré par le groupe:

« L'étudiant saura repérer l'importance de la mise en place d'un projet de soins : objectifs et calendrier de prise en charge. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7	4	9	0	80	OUI	OUI



1.f) DEMARCHE DECISIONNELLE

Item de la définition de la WONCA retenu :

« Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. »(25)

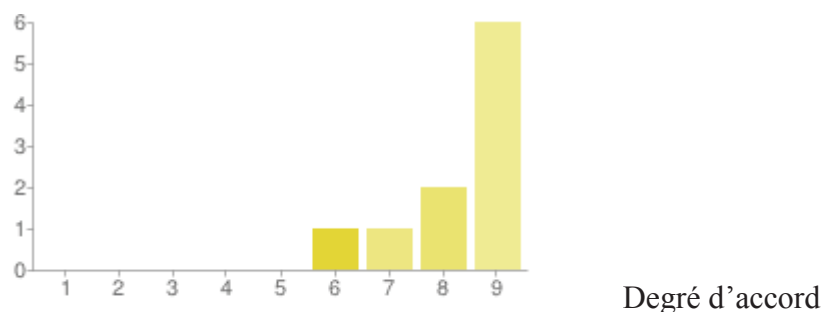
Objectif de formation 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant relèvera que la démarche décisionnelle du praticien se fait en fonction de la prévalence et de l'incidence des maladies rencontrées en consultation de soins primaires. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
9	6	9	0	90	OUI	OUI

DEMARCHE DECISIONNELLE - Objectif de formation 1 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	0%	10%	10%	20%	60%	à inclure absolument

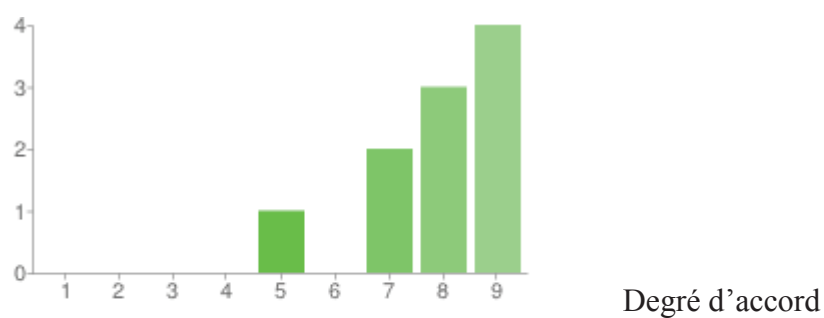
Objectif de formation 2 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra justifier le concept de diagnostic incertain mais de prise en charge adaptée. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	5	9	0	90	OUI	OUI

DEMARCHE DECISIONNELLE- Objectif de formation 2 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	10%	0%	20%	30%	40%	à inclure absolument

1.g) GESTION DE L'URGENCE

Item de la définition de la WONCA retenu :

« Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient. »

« Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide. »(25)

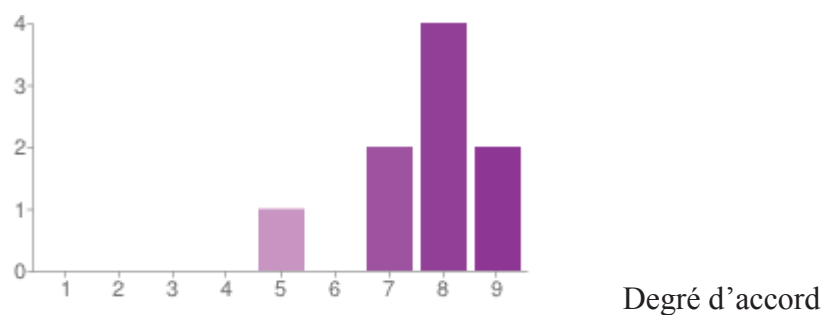
Objectif de formation élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra relever que devant un diagnostic nécessitant une prise en charge urgente le médecin doit gérer avec les moyens considérable du bord. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	5	9	0	90	OUI	OUI

GESTION DE L'URGENCE- Objectif de formation

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	10%	0%	20%	40%	20%	à inclure absolument

1.h) PREVENTION

Item de la définition de la WONCA retenu :

« Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. »(25)

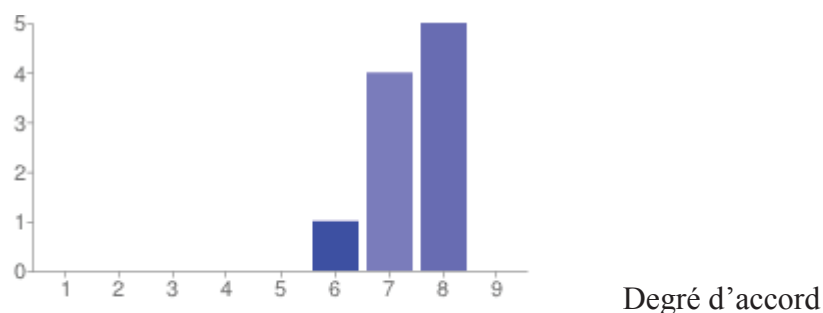
Objectif de formation élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra identifier les propositions du médecin sur l'hygiène de vie du patient quel que soit le motif de consultation. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7.5	6	8	0	90	OUI	OUI

PREVENTION - Objectif de formation :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	0%	10%	40%	50%	0%	à inclure absolument

1.i) SANTE PUBLIQUE

Item de la définition de la WONCA retenu :

« Elle a responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté. »(25)

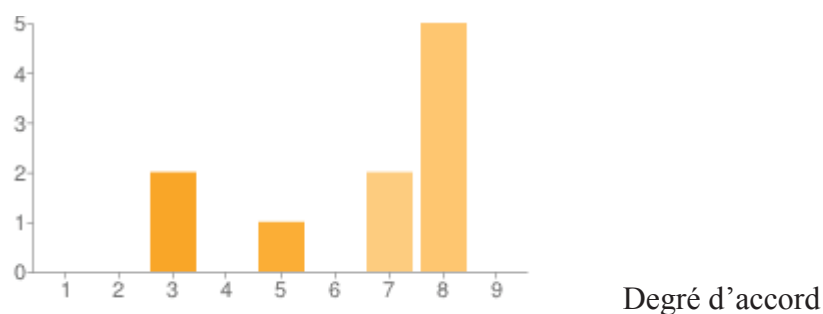
Objectif de formation élaboré par le groupe:

« L'étudiant relèvera dans le dossier du patient les démarches préventives mises en œuvre pour le patient et les risques inhérents à son mode de vie et sa profession. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7.5	3	8	20	70	OUI	OUI

SANTE PUBLIQUE - Objectif de formation :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	20%	0%	10%	0%	20%	50%	0%	à inclure absolument

1.j) PRISE EN CHARGE GLOBALE

Item de la définition de la WONCA retenu :

« Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »(25)

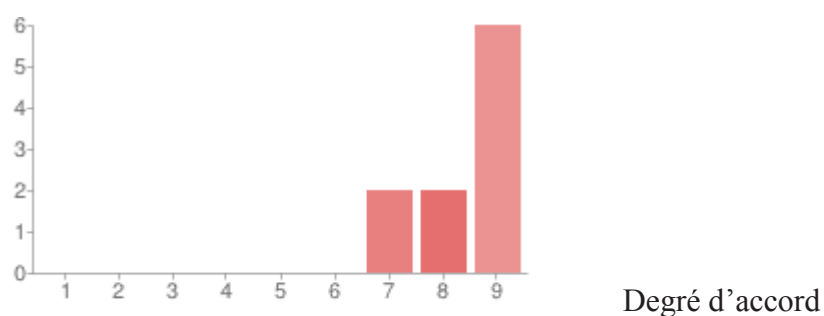
Objectif de formation 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant saura considérer la plainte d'un patient dans ses dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
9	7	9	0	100	OUI	OUI

PRISE EN CHARGE GLOBALE- objectif de formation 1

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	0%	0%	20%	20%	60%	à inclure absolument

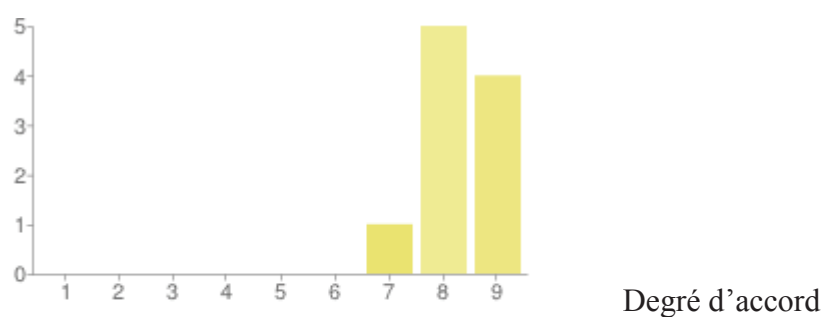
Objectif de formation 2 élaboré par le groupe:

« L'étudiant relèvera que la prise en charge du patient se fait de façon simultanée incluant aussi bien les problèmes de santé aigus que chronique. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	7	9	0	100	OUI	OUI

PRISE EN CHARGE GLOBALE - Objectif de formation 2 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	50%	40%	à inclure absolument

2. Procédure Delphi 2 : Questionnaire 2, les moyens pédagogiques

Concernant le deuxième questionnaire, 9 participants sur 14 ont répondu, soit 64% de réponses.

2.a) - ACCES AUX SOINS - Moyen pédagogique 1 :

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant saura repérer la diversité des usagers entrant en contact avec le service de soins primaires. »

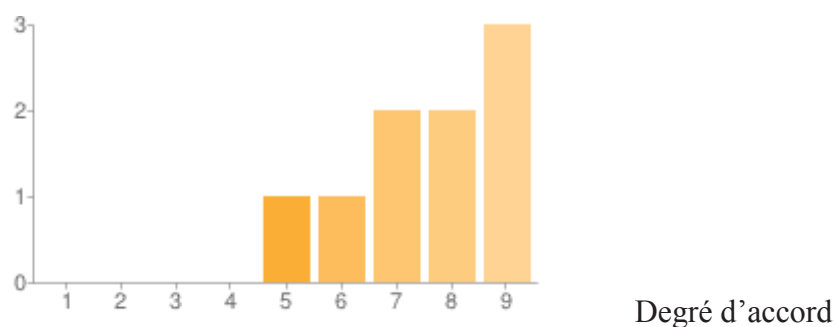
Moyen pédagogique 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant liste sur 1 journée à l'aide d'un tableau de bord les différentes caractéristiques des consultants (âge, sexe, niveau socioéconomique) et de ses demandes de soins (motif de consultation) en distinguant ce qui est une préoccupation du patient et ce qui est une préoccupation du médecin. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	5	9	0	77	OUI	OUI

ACCES AUX SOINS – Moyen pédagogique 1 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	11%	11%	22%	22%	33%	à inclure absolument

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant saura repérer les différents motifs de recours aux soins. »

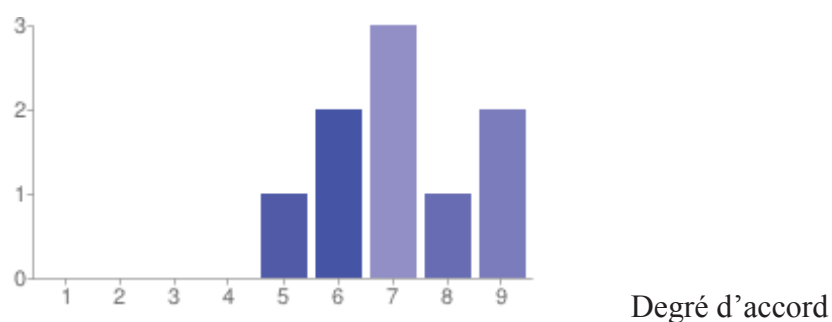
Moyen pédagogique 2 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra lister l'ensemble des "régulations du généraliste" (conseils téléphonique, orientation, convocation, ordonnance à passer prendre) donnés par le médecin à ses patients sur une journée. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7	5	9	0	66	OUI	OUI

ACCES AUX SOINS – Moyen pédagogique 2 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	11%	22%	33%	11%	22%	à inclure absolument

2.b) - COORDINATION DES SOINS :

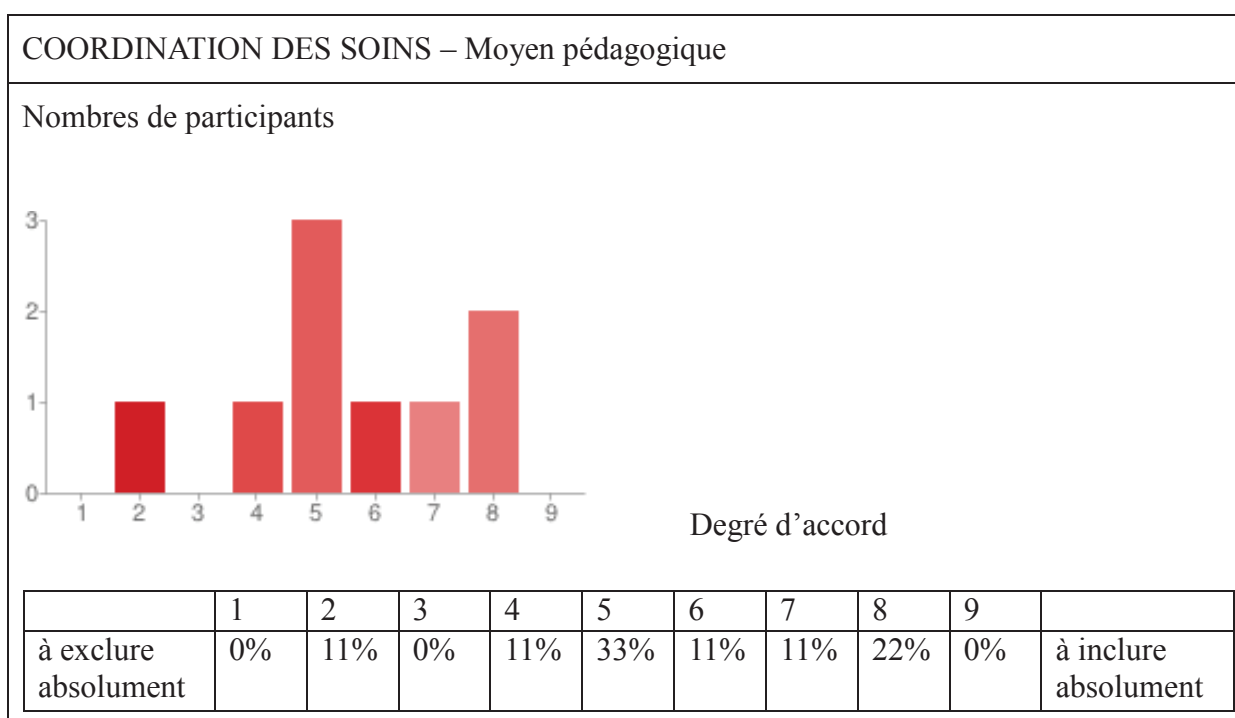
A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant identifie les différents professionnels intervenant dans la prise en charge du patient. »

Moyen pédagogique élaboré par le groupe:

« Le médecin proposera à l'étudiant de se rendre au domicile d'un patient autour duquel agissent plusieurs intervenants. L'étudiant identifiera chaque intervenant, les modes de communications entre eux et les liens qui l'unissent aux autres. Il produira un tableau de synthèse qu'il présentera lors du séminaire « retour ». »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
5	2	9	11	33	OUI	NON



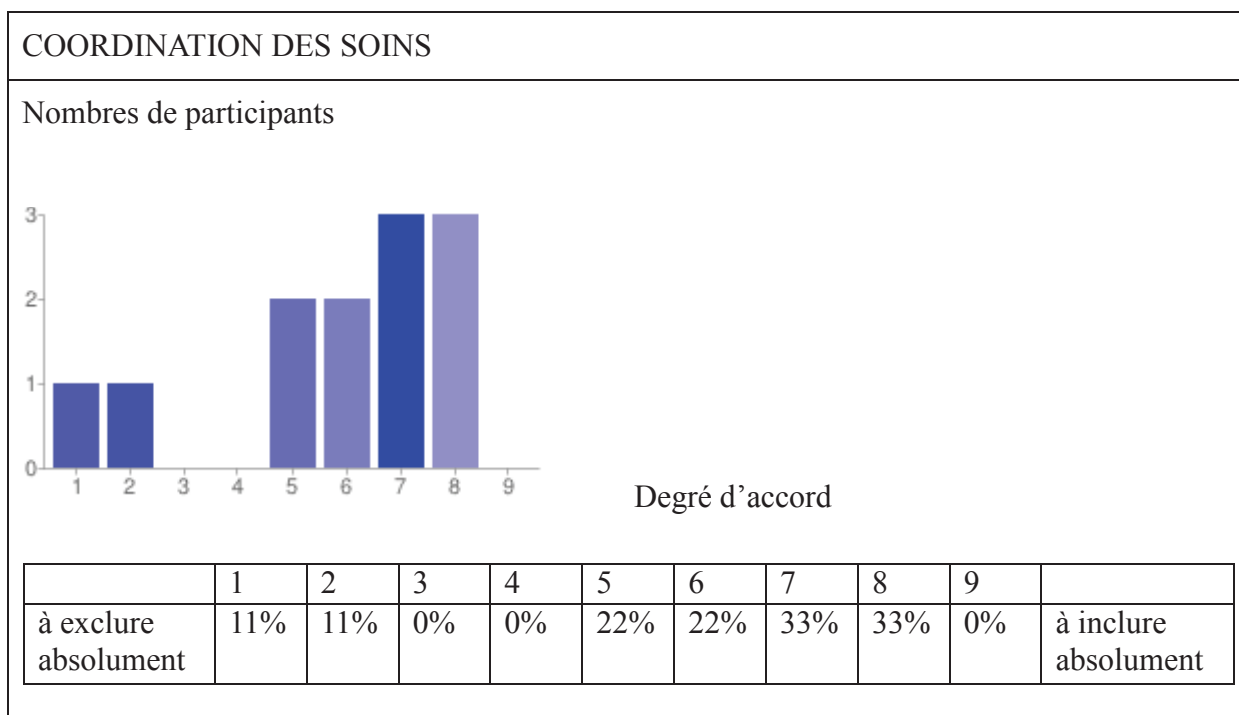
Il n'y a donc pas de consensus obtenu sur ce moyen. Aux vues des remarques nous décidons de le reformuler et de le proposer dans un deuxième tour dont voici les résultats :

On obtient les scores de 12 participants sur 14 soit 85,7% de réponses.

Voici la reformulation du moyen : « L'étudiant identifiera chaque intervenant, la fonction de chacun et le coordinateur, les modes de communications entre eux et les liens qui l'unissent aux autres. Il devra recueillir les informations utiles auprès du professionnel qui assure la coordination (médecin, infirmière, structure...). Il produira un tableau de synthèse qu'il présentera lors du séminaire « retour ». Pour atteindre cet objectif nous laissons au choix du MDS :

1/ L'étudiant accompagne le MG en visite. Au décours de cette rencontre avec le patient il interviewe chacun des intervenants.

2/Le médecin proposera à l'étudiant de se rendre au domicile d'un patient autour duquel agissent plusieurs intervenants »



Il n'y a pas de consensus obtenu pour cet item. Nous décidons de ne pas reformuler cet item dans un troisième tour.

2.c) APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant devra repérer et justifier auprès du maître de stage le retentissement du problème de santé sur la vie personnelle, familiale et sociale du patient. »

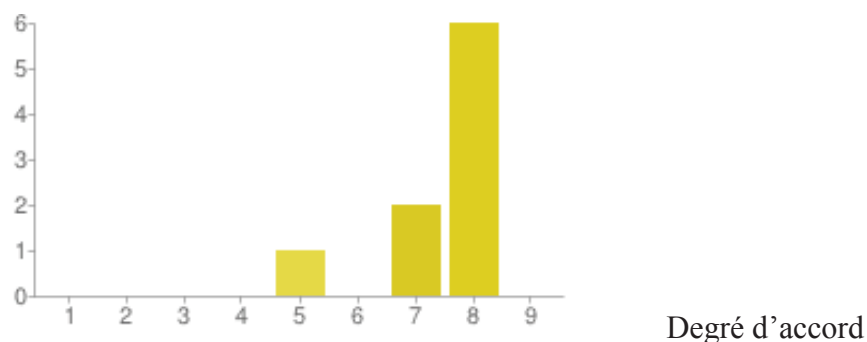
Moyen pédagogique 1 élaboré par le groupe:

« Sur quelques consultations, l'étudiant listera les différents éléments du problème de santé du patient qui retentissent sur le plan bio médical, psychologique et social et le retentissement sur sa qualité de vie. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	5	8	0	89	OUI	OUI

APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT- Moyen pédagogique 1 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	11%	0%	22%	67%	0%	à inclure absolument

A partir de l'objectif suivant :

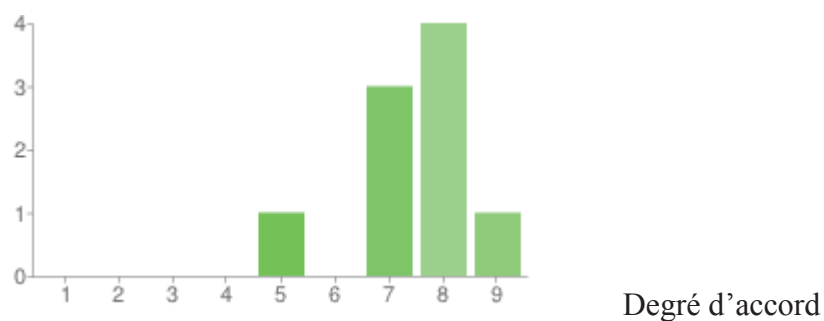
« L'étudiant devra repérer des éléments d'information sur la qualité de vie du patient. »

Moyen pédagogique 2 élaboré par le groupe: « L'étudiant listera les particularités du patient qui font modifier sa prise en charge (mode de vie, activités, évaluation du stade OMS). »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	5	9	0	88	OUI	OUI

APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT- Moyen pédagogique 2 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	11%	0%	33%	44%	11%	à inclure absolument

2.d) RELATION MEDECIN/PATIENT

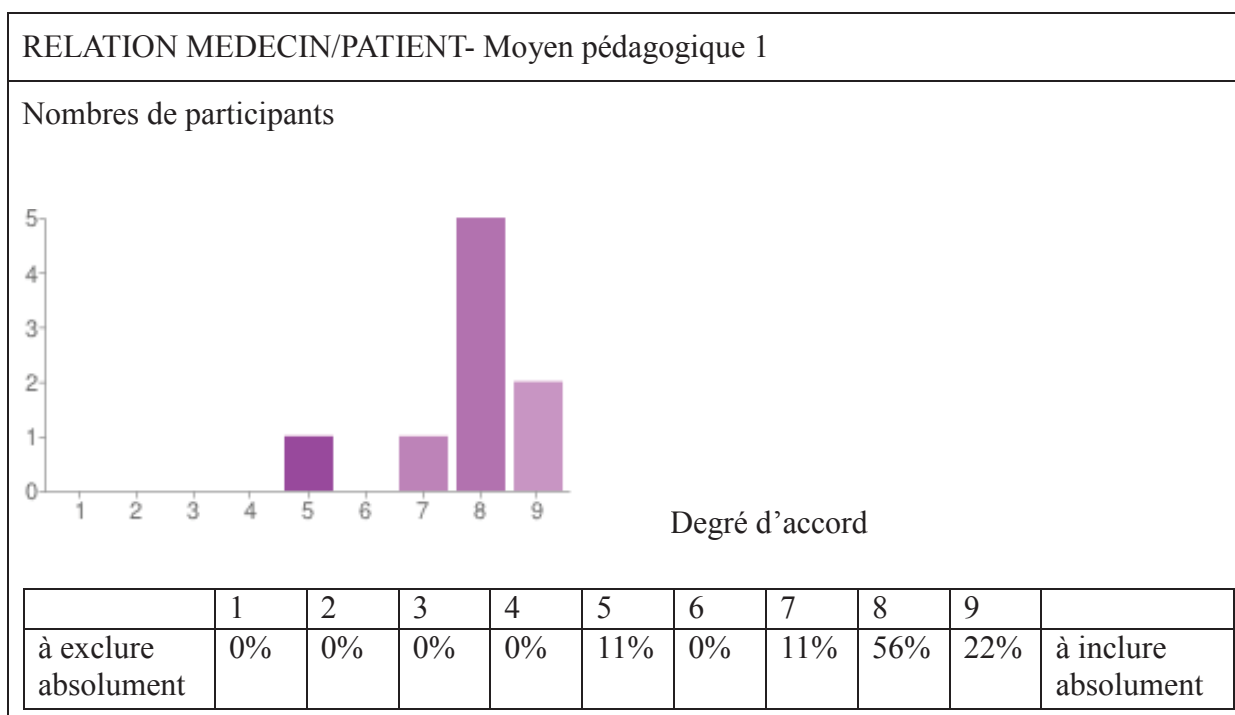
A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant devra justifier l'intérêt de la prise en charge au long cours dans la relation de soin. »

Moyen pédagogique 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra repérer que la durée de soins s'étale sur plusieurs consultations, plusieurs années en identifiant la fréquence à laquelle chaque patient est vu et depuis combien de temps il est suivi par le médecin. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	5	9	0	89	OUI	OUI



A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant devra justifier l'importance de la relation médecin/patient dans sa prise en charge. »

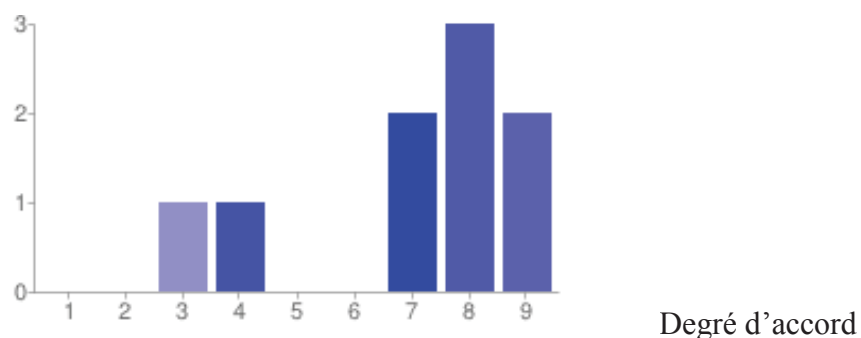
Moyen pédagogique 2 élaboré par le groupe:

« L'étudiant évaluera la qualité de la relation perçue en consultation à l'aide de la grille d'évaluation du guide Calgary Cambridge (préparation en séminaire) »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	3	9	11	77	OUI	OUI

RELATION MEDECIN/PATIENT- Moyen pédagogique 2 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	11%	11%	0%	0%	22%	33%	22%	à inclure absolument

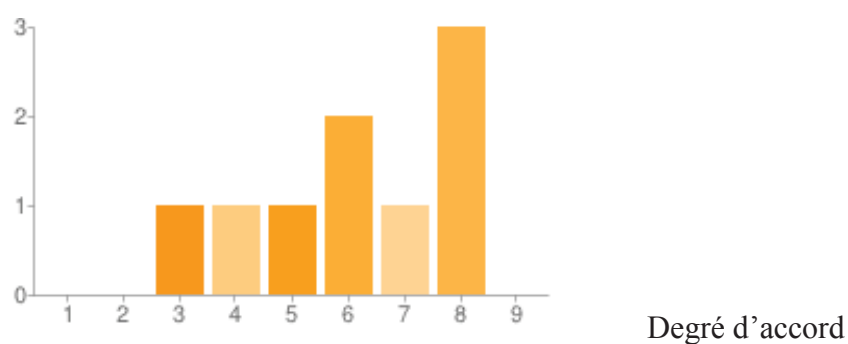
Moyen pédagogique 3 élaboré par le groupe:

« L'étudiant listera durant 5 consultations les éléments de communication verbale et non verbale du médecin et du patient. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
6	3	8	11	44	OUI	NON

RELATION MEDECIN/PATIENT- Moyen pédagogique 3

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	11%	11%	11%	22%	11%	33%	0%	à inclure absolument

Il n'y a pas de consensus obtenu sur ce moyen. Au vu des remarques nous décidons de supprimer cet item car il peut être retrouvé dans le moyen 2.

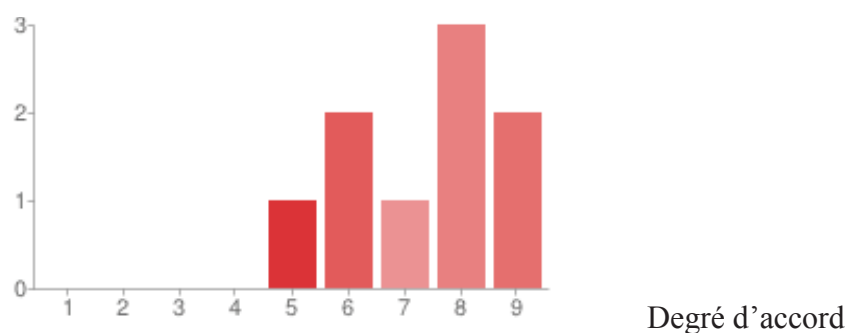
Moyen pédagogique 4 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra comprendre l'importance de la prise en compte de l'opinion du patient dans la prise en charge de sa pathologie à l'aide du guide Calgary Cambridge. »(26)

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	5	9	0	66	OUI	OUI

RELATION MEDECIN/PATIENT- Moyen pédagogique 4

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	11%	22%	11%	33%	22%	à inclure absolument

2.e) CONTINUITÉ DES SOINS

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant devra justifier la notion de continuité des soins et pointer ses implications : en journée, lors des congés du médecin, aux heures de fermeture des cabinets. »

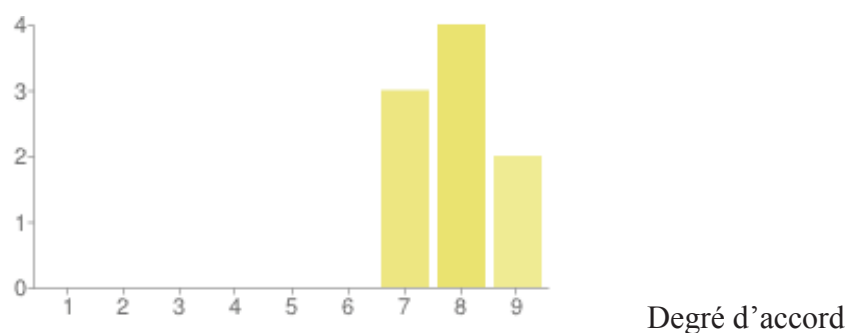
Moyen pédagogique 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant repéra l'organisation du cabinet en l'absence du médecin (créneaux horaire de travail, réponse téléphonique durant la journée, la nuit, le week-end) le médecin participe-t-il à la permanence des soins, à la régulation des soins non programmés ? »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	7	9	0	100	OUI	OUI

CONTINUITÉ DES SOINS -Moyen pédagogique 1 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33%	44%	22%	à inclure absolument

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant saura repérer l'importance de la mise en place d'un projet de soins : objectifs et calendrier de prise en charge. »

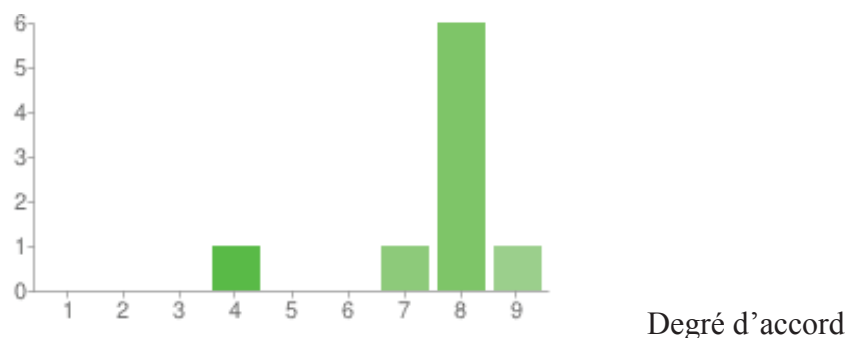
Moyen pédagogique 2 élaboré par le groupe:

« L'étudiant relèvera et notera sur un calendrier les échéances proposées au patient dans son suivi de soins. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	4	9	0	89	OUI	OUI

CONTINUITÉ DES SOINS- Moyen pédagogique 2 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	11%	0%	0%	11%	67%	11%	à inclure absolument

2.f) DEMARCHE DECISIONNELLE

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant relèvera que la démarche décisionnelle du praticien se fait en fonction de la prévalence et de l'incidence des maladies rencontrées en consultation de soins primaires. »

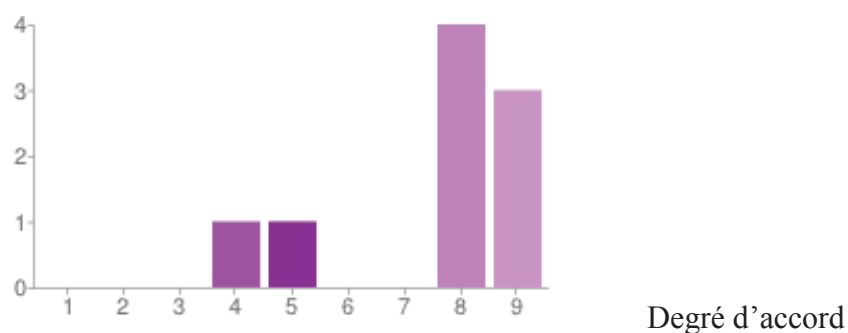
Moyen pédagogique 1 élaboré par le groupe:

« Approche théorique en séminaire : L'étudiant devra recenser à partir de résultats de consultations et après discussion avec le praticien, les patients qui ont été ou seront adressés à l'hôpital (carré de White). »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	4	9	0	77	OUI	OUI

DEMARCHE DECISIONNELLE- Moyen pédagogique

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	11%	11%	0%	0%	44%	33%	à inclure absolument

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant devra justifier le concept de diagnostic incertain mais de prise en charge adaptée. »

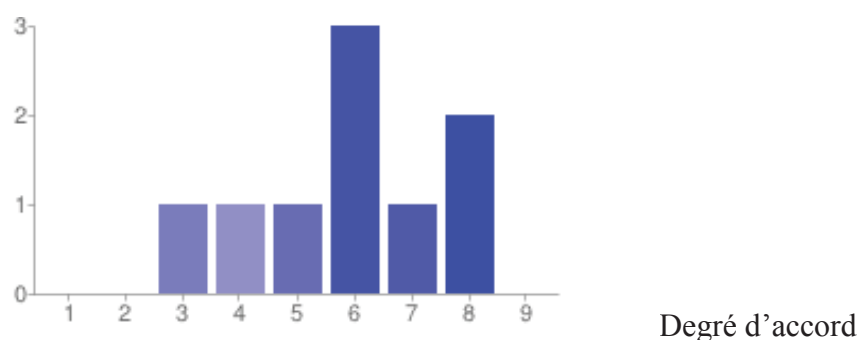
Moyen pédagogique 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra classer le résultat de consultation dans un tableau selon le niveau de certitude diagnostique : symptôme / syndrome / diagnostic probable / diagnostic certain »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
6	3	8	11	33	OUI	NON

DEMARCHE DECISIONNELLE - Moyen pédagogique 2 :

Nombres de participants



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	11%	11%	11%	33%	11%	22%	0%	à inclure absolument

Il n'a y pas de consensus obtenu pour ce moyen. Au vu des remarques nous décidons de supprimer cet item.

2.g) GESTION DE L'URGENCE

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant devra relever que devant un diagnostic nécessitant une prise en charge urgente le médecin doit gérer avec les moyens considérable du bord. »

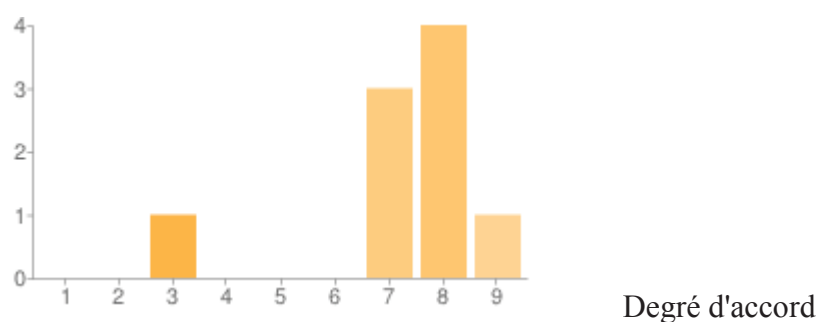
Moyen pédagogique 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant pourra partager avec son maitre de stage sur les différents actes possible à faire en cabinet (immobilisation, suture, ECG, injection d'HBPM, antalgiques, avis téléphonique....) »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	3	9	11	89	OUI	OUI

GESTION DE L'URGENCE - Moyen pédagogique 1 :

Nombre de réponses



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	11%	0%	0%	0%	33%	44%	11%	à inclure absolument

2.h) PREVENTION

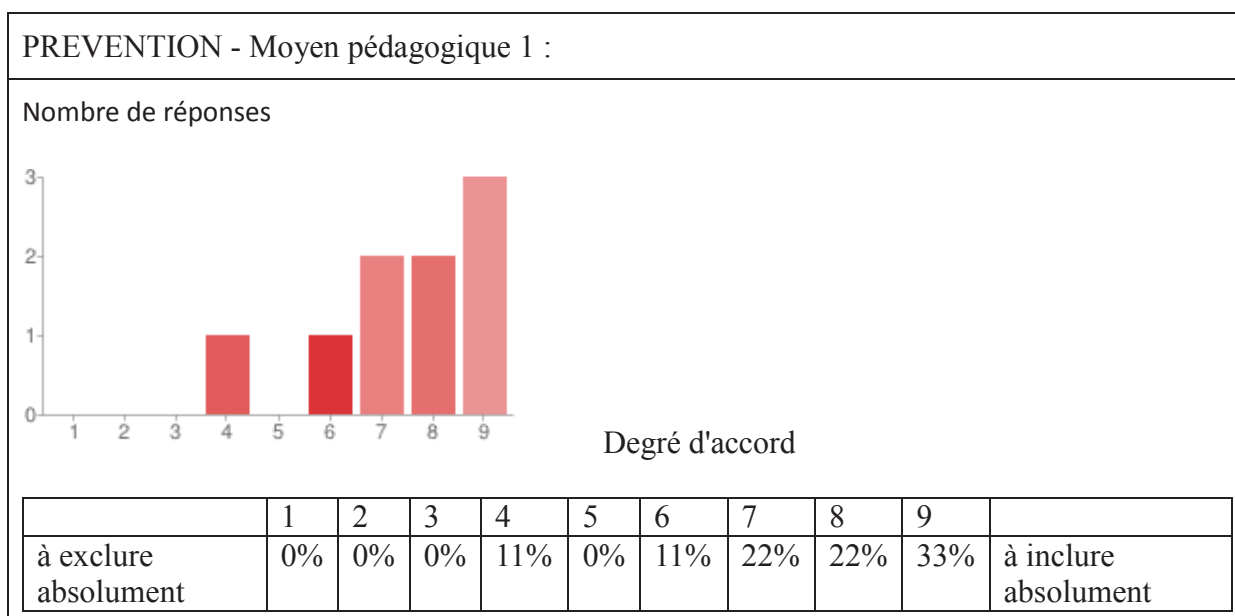
A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant devra identifier les propositions du médecin sur l'hygiène de vie du patient quel que soit le motif de consultation. »

Moyen pédagogique 1 élaboré par le groupe:

« L'étudiant saura repérer les conseils de prévention durant une consultation et en discutera avec son praticien au décours de celle-ci. »

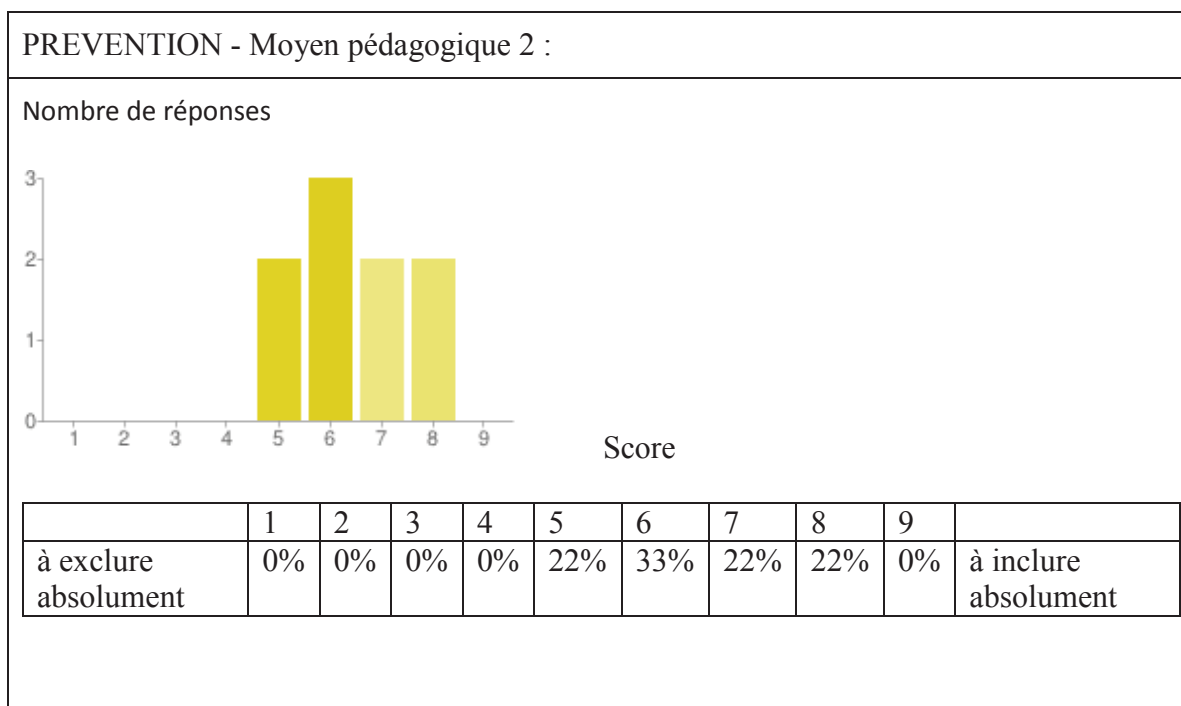
Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	4	9	0	89	OUI	OUI



Moyen pédagogique 2 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra classer dans un tableau ces conseils selon une prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire. Ces notions devront avoir été développées en séminaire »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
6	5	8	0	44	OUI	NON



Il n'y a pas de consensus obtenu pour cet item. Au vu des remarques nous décidons de le reformuler pour le proposer dans un deuxième tour dont voici les résultats :

On obtient les scores de 12 participants sur 14 soit 85,7% de réponses.

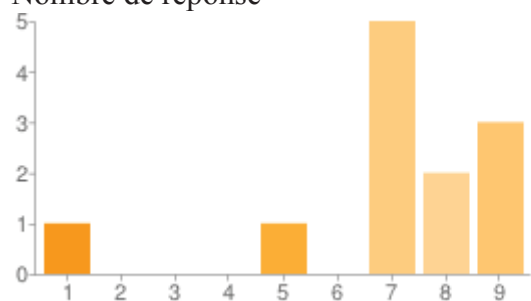
Voici la reformulation du moyen 2 :

« L'étudiant devra avoir étudié en séminaire aller les facteurs de risque cardio-vasculaire. Au cours de quelques consultations il devra les avoir repérés et classés en prévention primaire et secondaire. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7	1	9	0	84	OUI	OUI

PREVENTION - Moyen pédagogique 2

Nombre de réponse



Degré d'accord

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	8%	0%	0%	0%	8%	0%	42%	17%	25%	à inclure absolument

2.i) SANTE PUBLIQUE

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant relèvera dans le dossier du patient les démarches préventives mises en œuvre pour le patient et les risques inhérents à son mode de vie et sa profession. »

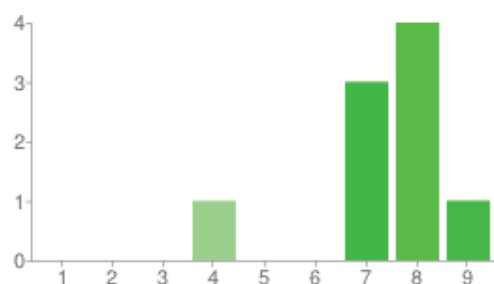
Moyen pédagogique élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra relever les différents éléments de prévention (ex : vaccination) mais aussi les risques environnementaux (ex : amiante) dû a son exercice professionnel à partir d'exemples concrets. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	4	9	0	89	OUI	OUI

SANTE PUBLIQUE - Moyen pédagogique :

Nombre de réponses



Degré d'accord

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	11%	0%	0%	33%	44%	11%	à inclure absolument

2.j) PRISE EN CHARGE GLOBALE

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant saura considérer la plainte d'un patient dans ses dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

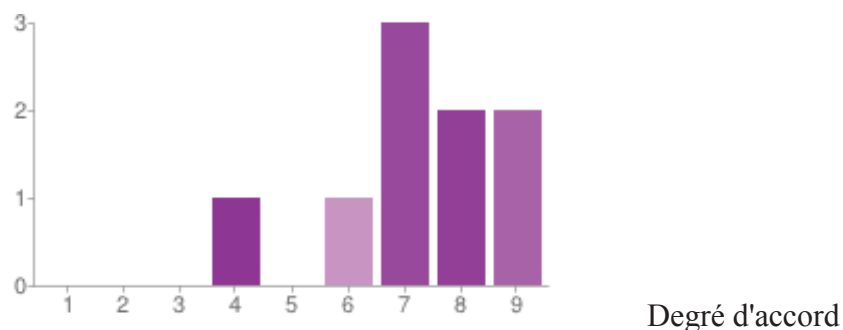
Moyen pédagogique 1 élaboré par le groupe:

« Pour un patient donné, l'étudiant devra quantifier ces 5 dimensions en fonction de leur importance respective sur un diagramme à 5 branches. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
7	4	9	0	77	OUI	OUI

PRISE EN CHARGE GLOBALE - Moyen pédagogique 1 :

Nombre de réponses



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	11%	0%	11%	33%	22%	22%	à inclure absolument

A partir de l'objectif suivant :

« L'étudiant relèvera que la prise en charge du patient se fait de façon simultanée incluant aussi bien les problèmes de santé aigus que chronique. »

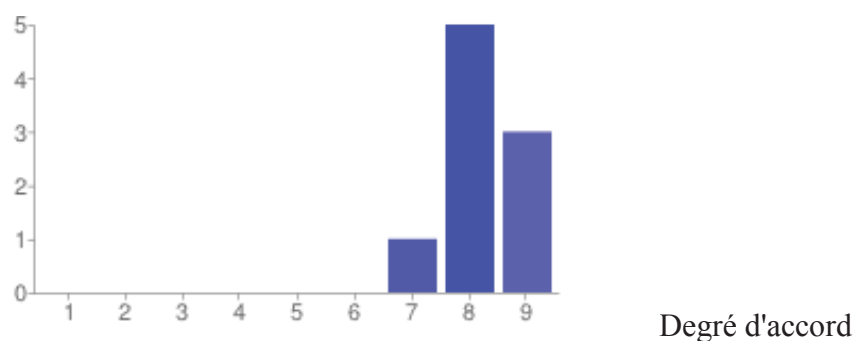
Moyen pédagogique 2 élaboré par le groupe:

« L'étudiant devra identifier le caractère aigu ou chronique du ou des motifs de consultations »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	7	9	0	100	OUI	OUI

PRISE EN CHARGE GLOBALE - Moyen pédagogique 2 :

Nombre de réponse



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	0%	0%	11%	56%	33%	à inclure absolument

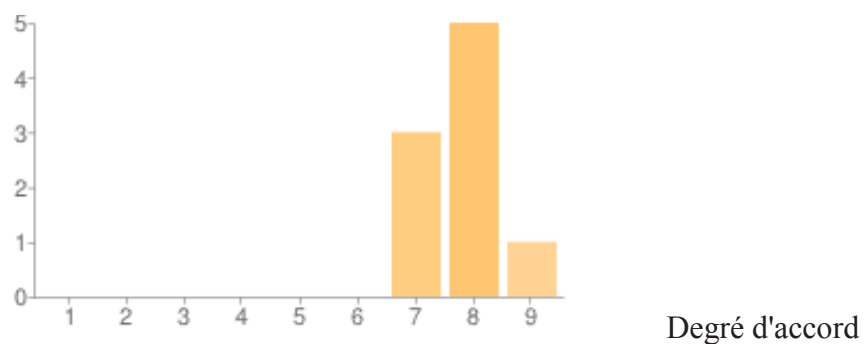
Moyen pédagogique 3 élaboré par le groupe:

« L'étudiant pourra décrire l'urgence qu'il a ressenti, l'urgence décrite par le patient et celle estimée par le médecin. Il pourra discuter des cas discordants avec son praticien. »

Score médian	Valeur min	Valeur max	% de réponses entre 1 et 3	% de réponses entre 7 et 9	Accord	Consensus
8	7	9	0	100	OUI	OUI

PRISE EN CHARGE GLOBALE - Moyen pédagogique 3 :

Nombre de réponses



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33%	56	11%	à inclure absolument

4) Discussion

a. Méthode

Concernant la méthodologie choisie pour réaliser cette étude qui est la procédure Delphi, nous avons constaté de nombreux avantages à son utilisation mais aussi des inconvénients limitant l'étude. En effet, les points positifs étaient l'absence de limitation géographique, l'anonymat, la bonne acceptabilité des résultats, une rétroaction et un suivi contrôlés. (18)

L'anonymat, garanti par l'utilisation des réponses écrites et personnelles aux questionnaires, permet tout d'abord à chacun des participants de s'exprimer librement et de s'affranchir de la pression sociale qui peut contraindre à se conformer à l'opinion d'autres participants du groupe. Les experts, jamais rassemblés physiquement, ne connaissent donc pas les réponses aux questionnaires des autres participants. L'anonymat prévient du phénomène de domination par un individu ou «effet leader d'opinion». (27)

La rétroaction et le suivi contrôlés permettent quant à eux de converger vers la "meilleure" réponse possible. Ces deux éléments donnent aux participants la possibilité de modifier ou clarifier leur réponse dès le second tour. En effet, la rétroaction contrôlée rend accessible à tout participant les commentaires des autres experts effectués lors du premier tour de réponse. Le suivi contrôlé consiste pour sa part à informer chaque expert des opinions/réponses des autres participants sous la forme de statistiques (médiane). Ainsi, grâce à ces informations, au cours des tours de réponse successifs, la dispersion des réponses des experts diminuera vraisemblablement et l'on tendra vers une opinion consensuelle : il s'agit d'une convergence vers la «meilleure» réponse possible.

Cette méthode évite les conflits et les individus peuvent apporter des modifications en révisant au travers des rondes, leurs jugements antérieurs. (28)

Les difficultés que nous avons rencontrées étaient liées à l'absence de réponse de certains membres de la procédure malgré des mails de rappels. Il s'écoulait plusieurs semaines voire jusqu'à 2 mois entre le premier envoi d'un questionnaire et le premier tour de réponse. Du fait de

l'anonymat, il nous était de plus impossible de connaître les personnes qui ne répondaient pas afin de les relancer individuellement. Par ailleurs les réponses apportées, dépendantes de l'expérience de chacun des experts, peuvent être davantage intuitive que rationnelle au cours de ce genre de procédure. (29)

b. Résultats

Concernant les résultats obtenus, 2 items n'ont pas été retenus dès le premier tour de réponses.

Il s'agit tout d'abord du moyen pédagogique 3 de la relation médecin/patient qui a toute sa place dans le moyen 2. En effet la grille déjà largement validée du Calgary Cambridge permet d'explorer tout le champ de la communication au cours d'une consultation et pourra plutôt être traité lors de la séance "aller".

Le moyen pédagogique 2 de la démarche décisionnelle n'a pas été retenu également et ce aux vues des nombreuses remarques soulignant le fait qu'il s'agissait d'un item du niveau d'externe et non d'étudiants en DFGSM3 travaillant essentiellement la sémiologie et débutant la pathologie.

Un item a quant à lui été rejeté après le deuxième tour (moyen pédagogique de la coordination des soins) du fait de l'absence de consensus trouvé au décours des 2 questionnaires. Celui-ci a toutefois fait l'objet de différentes remarques :

Tout d'abord une partie des participants estimait que la visite de l'étudiant au domicile du patient poserait un problème de faisabilité (peu de visites, manque de temps du généraliste et de l'étudiant). D'autres estimaient la visite chez le patient inutile pour l'étudiant, ne présentant pas un apport d'enseignement supplémentaire par rapport à une consultation classique en cabinet. Or, nous avons vu que d'après l'expérience Belge, cette visite chez le malade avait un impact positif

chez l'étudiant. Nous pourrions alors intégrer cet aspect ultérieurement si besoin après mise en place du stage d'immersion et après discussion avec le collègue d'expert.

Au cours de ces procédures Delphi (objectifs de formation et moyens pédagogiques) de nombreuses remarques ont de plus été formulés concernant les items validés ou non, permettant d'enrichir notre réflexion. Ces remarques collectées permettront d'aider les enseignants, par la suite, à la mise en place d'outils pédagogique.

c. **Biais**

Une limite de cette étude est l'existence d'un biais de sélection lié à une participation probablement insuffisante de certains membres de l'étude (Belge et Suisse), entre 64 et 85% en fonction des tours. En effet certains membres du groupe ont pu juger les différents questionnaires fastidieux et nécessitant un temps de réponse trop important (temps de réponse au questionnaire estimé entre 20 et 45 minutes).

Il existe par ailleurs un biais inhérent à la méthode delphi qui est lié à l'absence de débat entre les participants. Les étudiants n'ont de plus pas étaient consultés, ce qui aurait pu légitimer d'avantage ce stage et connaître leurs attentes. (30)

5) Conclusion

A travers ce travail, nous avons donc voulu permettre la mise en place d'un stage d'immersion en médecine générale pour les étudiants de DFGSM3 à Rouen. L'élaboration d'un programme de formation universitaire portant sur les soins de premier recours en médecine générale par une méthode consensuelle pourra aider les enseignants Rouennais dans la réalisation de ce type de formation.

Les procédures Delphi nous ont permis de dégager des objectifs de formation et des moyens pédagogiques légitimes qui sont le socle de tout enseignement. Cette légitimité est le fait d'un travail en collaboration avec des experts de la profession et de l'enseignement (médecins généralistes enseignants) au niveau tri-nationale (France, Belgique et Suisse), et de l'utilisation d'une méthode de consensus reconnue. De plus, tous les aspects de la définition de la médecine générale mis en avant par la WONCA ont été travaillés afin d'être adapté et enseigné à des étudiants en DFGSM 3.

Il s'agit ainsi d'une avancée en termes d'enseignement pour la médecine générale et de premier recours par rapport aux autres universités françaises qui, pour la plupart, ne développent pas ce concept de formation.

Un second temps, qui est déjà en cours d'élaboration, est la mise en place d'outils pédagogiques pratiques permettant de concrétiser ce travail. Les moyens humains et financiers nécessaires à la mise en place d'un tel stage d'immersion devront alors être développés.

La question est de savoir si un tel stage aura un impact positif sur le recrutement des maîtres de stage chez les externes, sur la progression du nombre d'étudiants faisant le stage de DCEM et finalement sur le nombre d'internes en médecine générale. Une étude regroupant ces différents critères de jugements pourra être développée après quelques années d'expérience de ce type de stage afin d'évaluer son impact.

Annexe 1 : Questionnaire du premier tour de la procédure Delphi sur les objectifs de formation :

Objectifs de formation destinés aux étudiants de 3e année de médecine durant un stage d'immersion bref en soins ambulatoires de premier recours de médecine générale.

Bonjour à vous tous, Vous avez accepté de participer à un atelier préparatoire lors du Congrès National des Généralistes Enseignants à Bordeaux en Novembre 2011. Cet atelier a permis de lister un certains nombres d'objectifs de formation pour ce stage d'immersion en soins primaires concernant les étudiants en troisième année de médecine. Nous avons prolongé ce travail le 9 février 2012 lors d'une rencontre avec une dizaine d'enseignant de médecine générale au sein du département universitaire de Rouen. Ce fut l'occasion d'une synthèse des objectifs définis initialement à Bordeaux et de la définition de la médecine générale de la WONCA. 16 objectifs dans 10 rubriques vous sont ainsi proposés. Ce stage d'immersion doit se dérouler sur 5 journées non nécessairement consécutives avec : * Un séminaire théorique « aller » d'une journée * 3 jours en immersion dans un cabinet médical de soins primaires * Un séminaire « retour » de retour d'expérience et de théorisation d'une journée Nous souhaitons par ce travail s'assurer de la pertinence des objectifs que nous vous proposons. Ces objectifs seront évalués par une procédure Delphi. Nous espérons obtenir un consensus sur les objectifs que nous retiendrons en 2 à 4 tours. Un second questionnaire vous sera ensuite adressé pour évaluer des propositions de moyens pédagogiques se rapportant aux objectifs que nous aurons validés avec la même procédure. Chaque item a été individualisé pour permettre la mise en place d'une « note » ou « degré d'accord » pour chacun d'entre eux via une échelle. Un espace de texte vous est réservé pour toute remarque ou pour améliorer le libellé de l'objectif et le rendre ainsi plus, ou peut-être moins, consensuel lors du tour suivant. Cette échelle ordonnée est comprise entre 1 et 9 où 1 représente l'accord le plus faible et 9 l'accord le plus élevé. Un consensus est établi lorsque le score médian de l'accord est supérieur ou égal à 7 en l'absence de désaccord (un désaccord est défini comme plus de 30 % des scores individuels repartis entre 1 et 3 et plus de 30 % entre 6 et 9). L'absence de consensus est établie lorsque le score médian de l'accord est inférieur ou égal à

3 en l'absence de désaccord et cet item sera donc supprimé. En présence d'un désaccord la proposition peut être réévaluée dans un tour suivant. Un score médian compris entre 4 et 6 est considéré comme une réponse équivoque, et la proposition peut également être réévaluée dans un tour suivant. Entre chaque tour une nouvelle version du questionnaire vous sera envoyée avec les résultats anonymisés de l'ensemble du groupe. Il vous faudra environ 15 à 20 mn environ pour remplir la première fois le questionnaire. N'oubliez pas de cliquer sur envoyer à la fin pour le valider. Nous vous remercions vivement de votre engagement MiladSanavi (interne de médecine générale) : miladsanavi@gmail.com Pierre Fainsilber (Professeur associé de médecine générale) : pierre.fainsilber@univ-rouen.fr

*Obligatoire

1) - ACCES AUX SOINS - Objectif de formation 1 : * L'étudiant saura repérer la diversité des usagers entrant en contact avec le service de soins primaires.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

- ACCES AUX SOINS - Objectif de formation 2 : * L'étudiant saura repérer les différents motifs de recours aux soins.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

Si vous avez coté entre 1 et 6 inclus merci de le justifier.

2) - COORDINATION DES SOINS - Objectif de formation : * L'étudiant identifie les différents professionnels intervenant dans la prise en charge du patient.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

Si vous avez coté entre 1 et 6 merci de le justifier

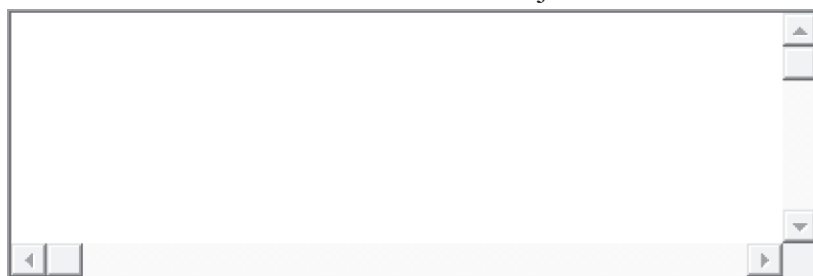
3) -APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT- objectif de formation 1 : * L'étudiant devra repérer et justifier auprès du maître de stage le retentissement du problème de santé sur la vie personnelle, familiale et sociale du patient.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

-APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT- objectif de formation 2 : * L'étudiant devra repérer des éléments d'information sur la qualité de vie du patient.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

Si vous avez coté entre 1 et 6 merci de le justifier.



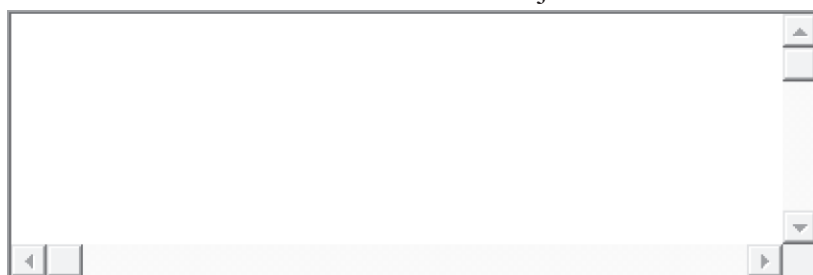
4) -RELATION MEDECIN/PATIENT- objectif de formation 1 : * L'étudiant devra justifier l'intérêt de la prise en charge au long cours dans la relation de soin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

-RELATION MEDECIN/PATIENT- objectif de formation 2 : * L'étudiant devra justifier l'importance de la relation médecin / patient dans sa prise en charge .

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

Si vous avez coté entre 1 et 6 merci de le justifier.



4) -CONTINUITÉ DES SOINS- objectif de formation 1 : * L'étudiant devra justifier la notion de continuité des soins et pointer ses implications : en journée, lors des congés du médecin, aux heures de fermeture des cabinets.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

-CONTINUITÉ DES SOINS- objectif de formation 2 : * L'étudiant saura repérer l'importance de la mise en place d'un projet de soins : objectifs et calendrier de prise en charge.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

Si vous avez coté entre 1 et 6 merci de le justifier

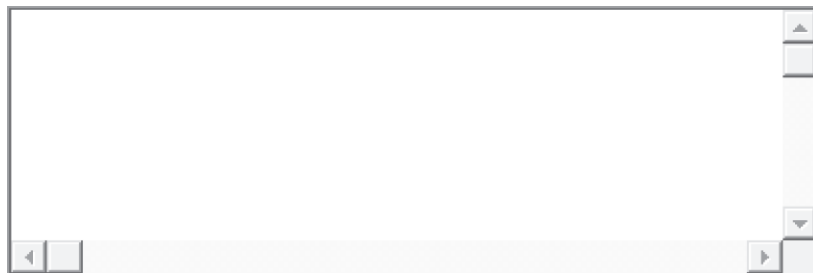
6) - DEMARCHE DECISIONNELLE- objectif de formation 1 : * L'étudiant relèvera que la démarche décisionnelle du praticien se fait en fonction de la prévalence et de l'incidence des maladies rencontrées en consultation de soins primaires.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

- DEMARCHE DECISIONNELLE- objectif de formation 2 : * L'étudiant devra justifier le concept de diagnostic incertain mais de prise en charge adaptée.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

Si vous avez coté entre 1 et 6 merci de le justifier.



7) -GESTION DE L'URGENCE- objectif de formation : * L'étudiant devra relever que devant un diagnostic nécessitant une prise en charge urgente le médecin doit gérer avec les moyens considérable du bord.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

à inclure
absolument

Si vous avez coté entre 1 et 6 merci de le justifier



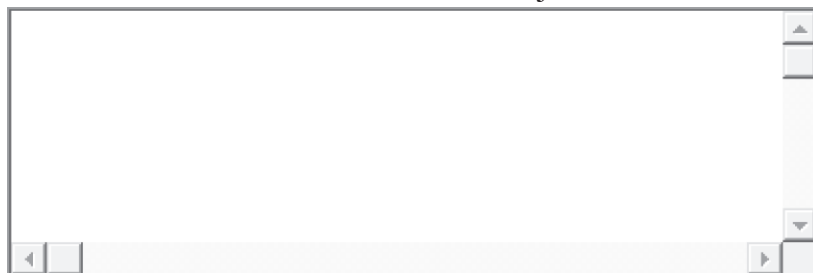
8) -PREVENTION- objectif de formation : * L'étudiant devra identifier les propositions du MG d'intervention sur l'hygiène de vie du patient quel que soit le motif de consultation.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

à inclure
absolument

Si vous avez coté entre 1 et 6 merci de le justifier.



9) -SANTÉ PUBLIQUE- objectif de formation : * L'étudiant relèvera dans le dossier du patient les démarches préventives mises en œuvre pour le patient et les risques inhérents à son mode de vie et sa profession.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

Si vous avez coté entre 1 et 6 merci de le justifier.

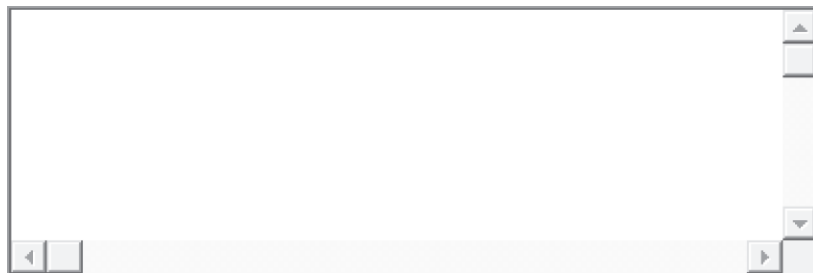
10) -PRISE EN CHARGE GLOBALE- objectif de formation 1 : * L'étudiant saura considérer la plainte d'un patient dans ses dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

-PRISE EN CHARGE GLOBALE- objectif de formation 2 : * L'étudiant relèvera que la prise en charge du patient se fait de façon simultanée incluant aussi bien les problèmes de santé aigus que chronique.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à inclure absolument

Si vous avez coté entre 1 et 6 merci de le justifier.

A rectangular text box with a light gray background and a thin black border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically, and on the bottom side, there are two small square buttons, one on the left and one on the right, resembling scroll bar controls.

Remarques générales sur ce travail.

A rectangular text box with a light gray background and a thin black border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically, and on the bottom side, there are two small square buttons, one on the left and one on the right, resembling scroll bar controls.

Annexe 2 : Questionnaire du premier tour de la procédure Delphi sur les moyens pédagogiques :

Moyens pédagogiques envisagés pour atteindre les objectifs définis par la première procédure delphi : stage d'immersion bref en soins primaires ambulatoire

Bonjour, Le premier questionnaire de la procédure delphi concernant les objectifs de formation à permis d'obtenir dès le premier tour un consensus sur toute les propositions. Voici donc le questionnaire concernant les moyens pédagogiques avec un rappel des objectifs. Nous travaillerons en 2 à 4 tours. Chaque item a été individualisé afin de permettre la mise en place d'une note ou degré d'accord pour chacun d'entre eux via une échelle. Cette échelle ordonnée sera comprise entre 1 et 9 où 1 représente l'accord le plus faible et 9 le plus élevé. Un consensus est établi lorsque le score médian de l'accord est supérieur ou égal à 7 en l'absence de désaccord (un désaccord est défini comme plus de 30 % des scores individuels repartis entre 1 et 3 et plus de 30 % entre 6 et 9). L'absence de consensus est établie lorsque le score médian de l'accord est inférieur ou égal à 3 en l'absence de désaccord et cet item sera donc supprimé. En présence d'un désaccord la proposition peut être réévaluée dans un tour suivant. Un score médian compris entre

4 et 6 est considéré comme une réponse équivoque, et la proposition peut également être réévaluée dans un tour suivant. Entre chaque tour une nouvelle version du questionnaire vous sera envoyée avec les résultats de l'ensemble du groupe anonymisé. Nous soumettons donc à votre jugement ces propositions d'enseignement afin d'obtenir un consensus validant la mise en place de cette formation.

*Obligatoire

Rappel de l'objectif de formation : 1) - ACCES AUX SOINS - L'étudiant saura repérer la diversité des usagers entrant en contact avec le service de soins primaires.

Rappel de l'objectif de formation : 1) - ACCES AUX SOINS 2 - L'étudiant saura repérer les différents motifs de recours aux soins.

- ACCES AUX SOINS - Moyen pédagogique 2 : * L'étudiant devra lister l'ensemble des "régulations du généraliste" (conseils téléphonique, orientation, convocation, ordonnance à passer prendre) donnés par le médecin à ses patients sur une journée.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

Moyens pédagogique 1 et 2 : Si vous avez coté entre 1 et 6 expliquez pourquoi; Merci de nous faire une proposition de formulation

- ACCES AUX SOINS - Moyen pédagogique 1 : * L'étudiant liste sur 1 journée à l'aide d'un tableau de bord les différentes caractéristiques des consultants (âge, sexe, niveau

socioéconomique) et de ses demandes de soins (motif de consultation) en distinguant ce qui est une préoccupation du patient et ce qui est une préoccupation du médecin

1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

à retenir
absolument

Rappel de l'objectif de formation : 2) - COORDINATION DES SOINS - Objectif de formation : L'étudiant identifie les différents professionnels intervenant dans la prise en charge du patient.

- COORDINATION DES SOINS - Moyen pédagogique : * Le médecin proposera à l'étudiant de se rendre au domicile d'un patient autour duquel agissent plusieurs intervenants. L'étudiant identifiera chaque intervenant, les modes de communications entre eux et les liens qui l'unissent aux autres. Il produira un tableau de synthèse qu'il présentera lors du séminaire « retour ».

1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

à retenir
absolument

Moyens pédagogique : Si vous avez coté entre 1 et 6 expliquez pourquoi; Merci de nous faire

une proposition de formulation

Rappel de l'objectif de formation : 3) - APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT - Objectif de formation 1 : L'étudiant devra repérer et justifier auprès du maître de stage le retentissement du problème de santé sur la vie personnelle, familiale et sociale du patient.

Rappel de l'objectif de formation : - APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT - Objectif de formation 2 : L'étudiant devra repérer des éléments d'information sur la qualité de vie du patient.

- APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT - Moyen pédagogique 1 : * Sur quelques consultations, l'étudiant listera les différents éléments du problème de santé du patient qui retiennent sur le plan bio médical, psychologique et social et le retentissement sur sa qualité de vie;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

à retenir
absolument

- APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT - Moyen pédagogique 2 : * L'étudiant listera les particularités du patient qui font modifier sa prise en charge (mode de vie, activités, évaluation du stade OMS).

1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

à retenir
absolument

Moyens pédagogique 1 et 2 : Si vous avez coté entre 1 et 6 expliquez pourquoi; Merci de nous faire une proposition de formulation

Rappel de l'objectif de formation : 4) - RELATION MEDECIN/PATIENT - Objectif de formation 1 : L'étudiant devra justifier l'intérêt de la prise en charge au long cours dans la relation de soin.

Rappel de l'objectif de formation : - RELATION MEDECIN/PATIENT - Objectif de formation 2 : L'étudiant devra justifier l'importance de la relation médecin / patient dans sa prise en charge .

- RELATION MEDECIN/PATIENT - Moyen pédagogique 1 : * L'étudiant devra repérer que la durée de soins s'étale sur plusieurs consultations, plusieurs années en identifiant la fréquence à laquelle chaque patient est vu et depuis combien de temps il est suivi par le médecin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

- RELATION MEDECIN/PATIENT - Moyen pédagogique 2 : * L'étudiant évaluera la qualité de la relation perçue en consultation à l'aide de la grille d'évaluation du guide Calgary Cambridge (préparation en séminaire)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

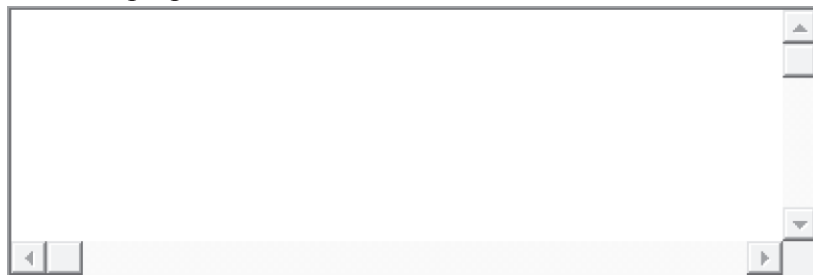
- RELATION MEDECIN/PATIENT - Moyen pédagogique 3 : * L'étudiant listera durant 5 consultations les éléments de communication verbale et non verbale du médecin et du patient.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

- RELATION MEDECIN/PATIENT - Moyen pédagogique 4 : * L'étudiant devra comprendre l'importance de la prise en compte de l'opinion du patient dans la prise en charge de sa pathologie à l'aide du guide Calgary Cambridge.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

Moyens pédagogique 1 à 4 : Si vous avez coté entre 1 et 6 expliquez pourquoi; Merci de nous faire une proposition de formulation



Rappel de l'objectif de formation : 5) - CONTINUITE DES SOINS - Objectif de formation 1 : L'étudiant devra justifier la notion de continuité des soins et pointer ses implications : en journée, lors des congés du médecin, aux heures de fermeture des cabinets.

Rappel de l'objectif de formation : - CONTINUITE DES SOINS - Objectif de formation 2 : L'étudiant saura repérer l'importance de la mise en place d'un projet de soins : objectifs et calendrier de prise en charge.

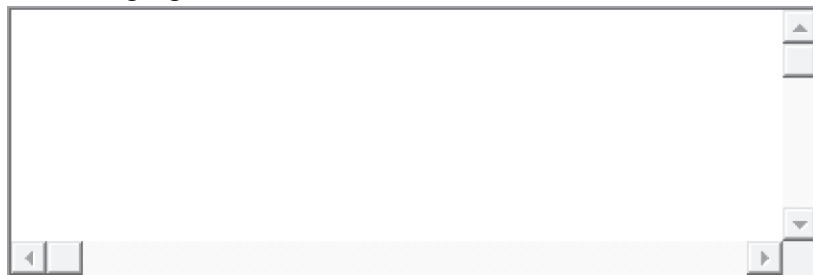
- CONTINUITE DES SOINS - Moyen pédagogique 1 : * L'étudiant repéra l'organisation du cabinet en l'absence du médecin (créneaux horaire de travail, réponse téléphonique durant la journée, la nuit , le WE,) le MG participe-t-il à la permanence des soins ? à la régulation des soins non programmés

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

- CONTINUITE DES SOINS - Moyen pédagogique 2 : * L'étudiant relèvera et notera sur un calendrier les échéances proposées au patient dans son suivi de soins.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

Moyens pédagogique 1 et 2 : Si vous avez coté entre 1 et 6 expliquez pourquoi; Merci de nous faire une proposition de formulation



Rappel de l'objectif de formation : 6) - DEMARCHE DECISIONNELLE - Objectif de formation 1 : L'étudiant relèvera que la démarche décisionnelle du praticien se fait en fonction de la prévalence et de l'incidence des maladies rencontrées en consultation de soins primaires.

Rappel de l'objectif de formation : - DEMARCHE DECISIONNELLE - Objectif de formation 2 : L'étudiant devra justifier le concept de diagnostic incertain mais de prise en charge adaptée.

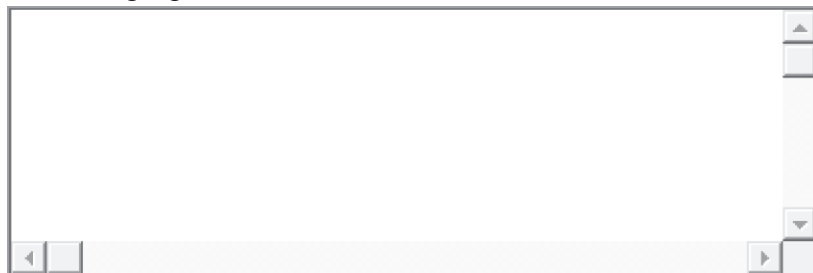
- DEMARCHE DECISIONNELLE - Moyen pédagogique 1 : * Approche théorique en séminaire : L'étudiant devra recenser à partir de résultats de consultations et après discussion avec le praticien, les patients qui ont été ou seront adressés à l'hôpital (carré de White).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

- DEMARCHE DECISIONNELLE - Moyen pédagogique 2 : * L'étudiant devra classer le résultat de consultation dans un tableau selon le niveau de certitude diagnostique : symptôme / syndrome / diagnostic probable / diagnostic certain

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

Moyens pédagogique 1 et 2 : Si vous avez coté entre 1 et 6 expliquez pourquoi; Merci de nous faire une proposition de formulation



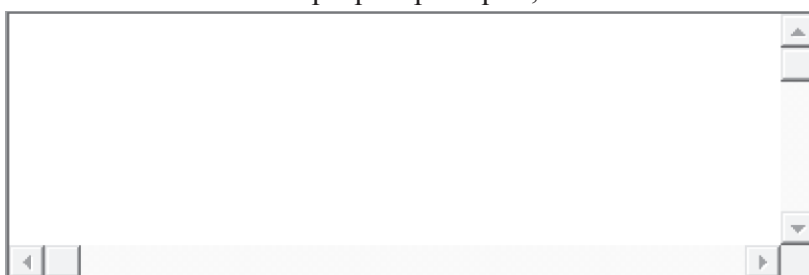
Rappel de l'objectif de formation : 7) - GESTION DE L'URGENCE - Objectif de formation : L'étudiant devra relever que devant un diagnostic nécessitant une prise en charge urgente le médecin doit gérer avec les moyens considérable du bord.

- GESTION DE L'URGENCE - Moyen pédagogique 1 : * L'étudiant pourra partager avec son maître de stage sur les différents actes possible à faire en cabinet (immobilisation, suture, ECG, injection d'HBPM, antalgiques, avis téléphonique....)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

Moyens pédagogique : Si vous avez coté entre 1 et 6 expliquez pourquoi; Merci de nous faire

une proposition de formulation



Rappel de l'objectif de formation : 8) - PREVENTION - Objectif de formation : L'étudiant devra identifier les propositions du MG d'intervention sur l'hygiène de vie du patient quel que soit le motif de consultation.

- PREVENTION - Moyen pédagogique 1 : * L'étudiant saura repérer les conseils de prévention durant une consultation et en discutera avec son praticien au décours de celle-ci.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

à retenir
absolument

- PREVENTION - Moyen pédagogique 2 : * L'étudiant devra classer dans un tableau ces conseils selon une prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire. Ces notions devront avoir été développées en séminaire

1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

à retenir
absolument

Moyens pédagogique 1 et 2 : Si vous avez coté entre 1 et 6 expliquez pourquoi; Merci de nous faire une proposition de formulation

Rappel de l'objectif de formation : 9) - SANTE PUBLIQUE - Objectif de formation : L'étudiant relèvera dans le dossier du patient les démarches préventives mises en œuvre pour le patient et les risques inhérents à son mode de vie et sa profession.

- SANTE PUBLIQUE - Moyen pédagogique : * L'étudiant devra relever les différents éléments de prévention (ex : vaccination) mais aussi les risques environnementaux (ex : amiante) dus à son exercice professionnel à partir d'exemples concrets.


1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

à retenir
absolument

Moyens pédagogique : Si vous avez coté entre 1 et 6 expliquez pourquoi; Merci de nous faire

une proposition de formulation



Rappel de l'objectif de formation : 10) - PRISE EN CHARGE GLOBALE - Objectif de formation 1 : L'étudiant saura considérer la plainte d'un patient dans ses dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Rappel de l'objectif de formation : - PRISE EN CHARGE GLOBALE - Objectif de formation 2 : L'étudiant relèvera que la prise en charge du patient se fait de façon simultanée incluant aussi bien les problèmes de santé aigus que chronique.

- PRISE EN CHARGE GLOBALE - Moyen pédagogique 1 : * Pour un patient donné, l'étudiant devra quantifier ces 5 dimensions en fonction de leur importance respective sur un diagramme à 5 branches.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

- PRISE EN CHARGE GLOBALE - Moyen pédagogique 2 : * L'étudiant devra identifier le caractère aigu ou chronique du ou des motifs de consultations

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

- PRISE EN CHARGE GLOBALE - Moyen pédagogique 3 : * L'étudiant pourra décrire l'urgence qu'il a ressenti, l'urgence décrite par le patient et celle estimée par le médecin. Il pourra discuter des cas discordants avec son praticien.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
à exclure absolument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à retenir absolument

Moyens pédagogique 1 à 3 : Si vous avez coté entre 1 et 6 expliquez pourquoi; Merci de nous faire une proposition de formulation

Annexes 3 : Questionnaire du deuxième tour de la procédure Delphi sur les moyens pédagogiques.

2ème tour : Moyens pédagogiques envisagés pour atteindre les objectifs définis par la première procédure delphi : stage d'immersion bref en soins primaires ambulatoire

- COORDINATION DES SOINS – Moyen pédagogique : L'étudiant identifiera chaque intervenant, la fonction de chacun et le coordinateur, les modes de communications entre eux et les liens qui l'unissent aux autres. Il devra recueillir les informations utiles auprès du professionnel qui assure la coordination (médecin, infirmière, structure...). Il produira un tableau de synthèse qu'il présentera lors du séminaire « retour ». Pour atteindre cet objectif nous laissons au choix du MDS : 1/ L'étudiant accompagne le MG en visite. Au décours de cette rencontre avec le patient il interview chacun des intervenants. 2/Le médecin proposera à l'étudiant de se rendre au domicile d'un patient autour duquel agissent plusieurs intervenants

1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

à inclure
absolument

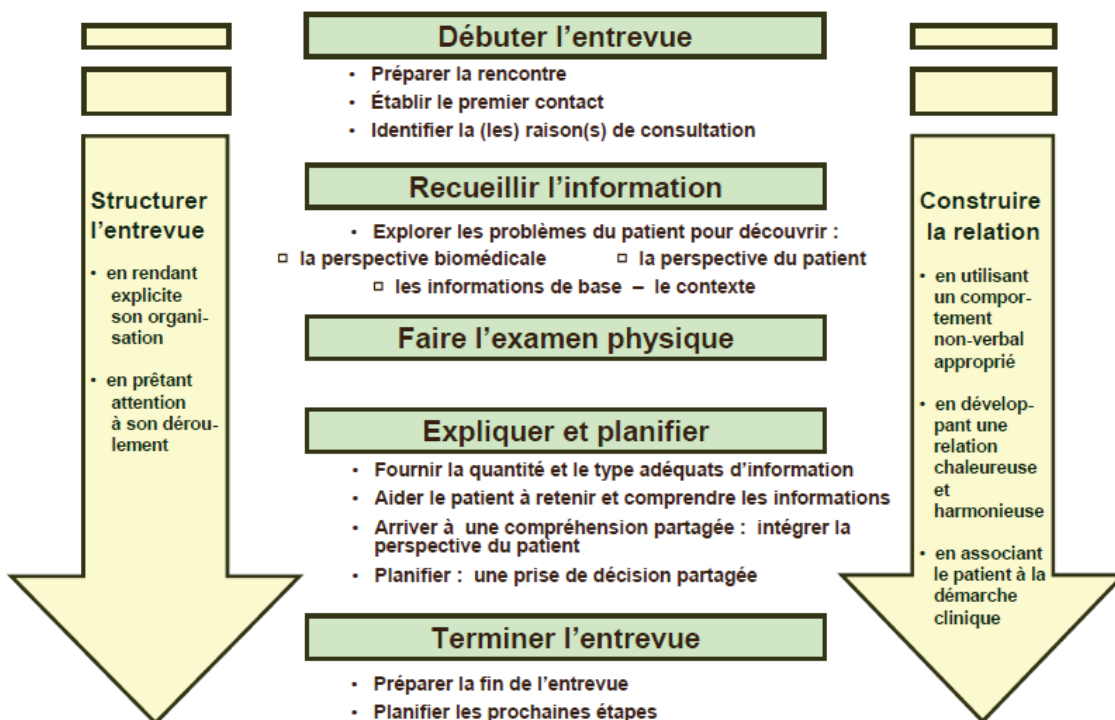
- PREVENTION - Moyen pédagogique 2 : L'étudiant devra avoir étudié en séminaire aller les facteurs de risque cardio-vasculaire. Au cours de quelques consultations il devra les avoir repéré et classé en prévention primaire et secondaire.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

à exclure
absolument

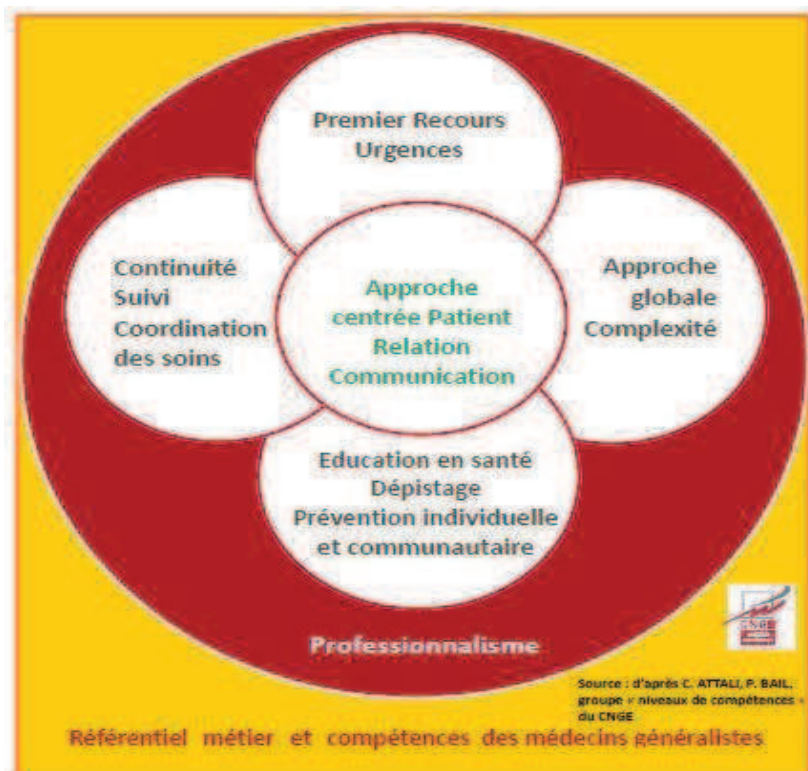
à inclure
absolument

Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale



Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J, Draper J, *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

Annexe 5 Référentiel métier et compétences des médecins généralistes (31)



Tables des illustrations

Tableau 1

Etat des lieux du stage de deuxième cycle en médecine générale en 2009 (Etude ANEMF)

Faculté	D1	D2	D3	D4	Total	Durée d'un stage d'externat
Amiens			25%		25%	OUI
Angers	25%	25%	25%	25%	100%	OUI
Besançon		50%	50%		100%	OUI
Bordeaux		100%			100%	OUI
Brest			25%		25%	OUI
Caen		25%	25%	25%	75%	OUI
Clermont - Ferrand		100%			100%	NON
Dijon		25%	25%		50%	OUI
Grenoble			100%		100%	NON
Lille Catho		100%			100%	NON
Lille Etat			100%		100%	OUI
Limoges		100%			100%	NON
Lyon Est			50%		50%	OUI
Lyon Sud			100%		100%	OUI
Marseille			25%		25%	NON
Montpellier			100%		100%	NON
Nancy			100%		100%	NON
Nantes			25%	25%	50%	OUI
Nice		5%			5%	OUI
Nîmes			100%		100%	NON
Paris V		25%			25%	OUI
Paris VI					0%	
Paris VII			25%		25%	OUI
Paris XI					0%	
Paris XII			100%		100%	OUI
Paris XIII					0%	
Paris Ouest			25%		25%	OUI
Poitiers	100%				100%	NON
Reims		50%			50%	OUI
Rennes			25%		25%	NON
Rouen					0%	
Saint – Etienne		100%			100%	NON
Strasbourg		100%			100%	OUI
Toulouse Purpan			100%		100%	NON
Toulouse Rangueil		100%			100%	OUI
Tours		25%			25%	OUI

(1)

Tableau 2

Questionnaire faisant l'état des lieux de l'enseignement en soins primaires en médecine générale en 2011.

Enseignements théoriques préparatoire à l'ECN (ou transversaux)			
Le DUMG participe aux enseignements préparatoires à l'ECN	Oui	Non	
Enseignements théoriques sur les soins primaires (en 2^e cycle)			
Existe-t-il un enseignement théorique spécifique sur les soins primaires ?	Oui	Non	
Si oui, c'est le DUMG qui en a la charge pédagogique	Oui	Non	
Durée de cet enseignement (en heures ou en jours) h j	
Il est obligatoire	Oui	Non	
% d'étudiant concerné en moyenne %		
Quel mode de validation ?	présence	travail d'écriture	examen
Le stage d'externat obligatoire en soins primaires est en place	Oui	Non	
% d'étudiant concernés par ce stage	%		
% espéré d'étudiant concernés par ce stage dans 5 ans	%		
Un stage de « découverte » des soins primaires est en place	Oui	Non	
Il a lieu en :	D1	D2	D3 D4
Durée du stage jours		
Il est obligatoire	Oui	Non	
% d'étudiant concerné en moyenne %		
Quel mode de validation :	présence	travail d'écriture	examen

Tableau 3

Résultats du questionnaire sur l'état des lieux de l'enseignement en soins primaires.

Faculté de médecine	% d'étudiants effectuant le stage ambulatoire d'externe	Nb d'heures d'enseignement théorique sur les soins primaires et % d'externes concernés
Paris 6	10	0
Angers	100	30h/20%
Lyon	60	0
Brest	60	14h/60%
Lille Libre	100	2j/100%
Ditton Bourgogne	50	38h/50%
Limoges	100	6h+35h(optionnel)/100%+30%
Paris Diderot	30	32h/50%
St Antoine	25	24h/60%
Bordeaux 2	25	30h/100%
Reims	50	0

Lyon 1	50	60h/30%
Marseille	40	8h/100%
Nancy	100	2h/95%
Tour	30	3h/100%
?	45	20h+6j/20%
Rouen	15	0
<u>MOYENNE</u>	52,3%	18,5h/52%

Bibliographie

1. Médecine de proximité : rapport de Mme Hubert p. 2010. Disponible sur: <http://ars.picardie.sante.fr/index.php?id=102220>
2. Bail P, Giet D. Enjeux et promesses de la formation initiale en contexte de médecine ambulatoire et de soins primaires. *Pédagogie Médicale*. 10 mai 2010;10(3):157–159.
3. Lerolle N, Duguet A, Mercat A, Demoule A. Étude préliminaire du sentiment de motivation des médecins de centre hospitalier universitaire pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. 15 octobre 2012;13(2):147–150.
4. PELTIER M. Etat des lieux du stage de deuxième cycle en médecine générale. 2009. Disponible sur: http://www.anemf.org/IMG/pdf/Etat_des_lieux_du_stage_de_deuxieme_cycle_en_medecine_gen_erale.pdf
5. Jouquan J. Pour ne pas en rester aux déclarations d'intention concernant le compagnonnage pendant l'externat. *Pédagogie Médicale*. février 2007;8(1):5–6.
6. Choucair J, Nemr E, Sleillaty G, Abboud M. Choix de la spécialité en médecine : Quels facteurs influencent la décision des étudiants ? *Pédagogie Médicale*. août 2007;8(3):145–155.
7. Forestier C, Girard J-F. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales .1997. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&dateTexte=&categorieLien=id>
8. Bouton C, Richard I, Bellanger W, Huez J-F, Garnier F. Que vivent émotionnellement et pédagogiquement les externes en stage de médecine générale ? Une étude qualitative. *Pédagogie Médicale*. 9 avril 2013;14(1):17–26.
9. Justin Allen, Jan Heyrman. WONCA Europe. 2002. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
10. Barrier JH, Balde N, Brazeau-Lamontagne L, Normand S, Essoussi AS, Fiche M, et al. L'évaluation de l'enseignement : pour quelles décisions ? *Pédagogie Médicale*. novembre 2006;7(4):238–247.
11. Flamant R, Cremer G. Comité National d'Évaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. 1998 sept. Disponible sur: https://www.cne-evaluation.fr/WCNE_pdf/Medecine3ecycle.pdf
12. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. novembre 2005;6(4):235–254.
13. Beard T., Redmond S. DECLARATION OF ALMA-ATA. *The Lancet*. janvier 1979;313(8109):1040.
14. Brown JB, French R, McCulloch A, Clendinning E. Primary health care models. *Can. Fam. Physician*. mars 2012;58(3):e166–e171.
15. BOURGUEIL Y, MAREK A, MOUSQUES J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Question D'économie Santé*. avril 2009;(141):6.
16. Elie CHOW-CHINE, DEAU X, DEGOS C-F. Etude sur la répartition des médecins généralistes. Avril 2012.

17. HAS. Elaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandation par consensus formalisé ». Sect. HAS Décembre, 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_sur_la_methode_recommandations_par_consensus_formalise_rcf.pdf
18. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? 2011 [cité 14 novembre 2012]. Disponible sur: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/101916>
19. Chia-Chien Hsu, Brian A. Sandford. The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. Pr. Assess. Res. Eval. Volume 12, Numero 10. Aout 2007; Disponible sur: <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>
20. Parthenay Pascal. Harmonisation d'un module d'enseignement sur la relation médecin-patient. Poitiers; 2009. Disponible sur: <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/DIU-pedagogie/Parthenay.pdf>
21. Talbot M, Horne Elizabeth. La communication efficace à votre service. Ontario; 1999. Disponible sur: http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res_f.pdf
22. GIET D, MASSART V. Dispositif de Médecine Générale en 1er Master (4e année). Université de Liège - Belgique. 2011.
23. Junod M, BISCHOFF T. Stage pré-gradué en Médecine Générale Obligation et plaisirs. CNGE Bordeaux; 2011.
24. Junod M, BISCHOFF T. Journée d'échange et de réflexion sur la médecine générale. Un enseignement utile ? CNGE Bordeaux; 2011.
25. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE WONCA. Wonca Eur. 2002. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
26. Bourdy C, Bernard M, Richard claud. Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication. 2004; Disponible sur: <http://www.rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>
27. E. Chipeaux. Le « gut feeling » chez les médecins généralistes de terrain du Finistère: définition, modélisation et implications ». [Brest]; 2011. Disponible sur: http://www.voixmedicales.fr/documents/theses/these_Gut_Feelings.pdf
28. Nicolas Krucien, Marc Le Vaillant. Le point de vue de l'utilisateur sur les attributs de qualité de l'offre de soins en médecine générale : application de la méthode Delphi. Disponible sur: <http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Krucien.pdf>
29. Orsas. Méthode Delphi. Dossier documentaire. Lorraine; 2009. Disponible sur: http://www.eps-polelorraine.fr/actions/S0004/docs/observation_locale/delphi.pdf
30. Langevin S, Hivon R. En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ? Une étude qualitative fondée sur une analyse systématique de la littérature. Pédagogie Médicale. février 2007;8(1):7-23.
31. C.Attali, P.Bail. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Collège Nationale. Généralistes Enseignants. 2012. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/