



**HAL**  
open science

## Rédaction de la grille d'évaluation actualisée des compétences des internes de médecine générale de Haute-Normandie en stage ambulatoire

Quentin Delahoche

► **To cite this version:**

Quentin Delahoche. Rédaction de la grille d'évaluation actualisée des compétences des internes de médecine générale de Haute-Normandie en stage ambulatoire. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01230004

**HAL Id: dumas-01230004**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01230004>**

Submitted on 17 Nov 2015

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

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

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN**

**ANNEE : 2015**

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

**DELAHOUCHE QUENTIN**

Né le 26/04/1986 à EVREUX (27)

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2015.

**Rédaction de la grille d'évaluation actualisée des compétences des  
internes de médecine générale de Haute-Normandie en stage  
ambulatoire.**

**PRESIDENT DU JURY :  
Monsieur le Professeur HERMIL**

**DIRECTEUR DE THESE :  
Docteur Elisabeth MAUVIARD**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015  
U.F.R. DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN**

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Pascal JOLY**  
**Professeur Stéphane MARRET**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY ( <i>surnombre</i> )	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART ( <i>surnombre</i> )	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND ( <i>surnombre</i> )	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD ( <i>surnombre</i> )	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN ( <i>surnombre</i> )	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN ( <i>surnombre</i> )	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE ( <i>surnombre</i> )	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie

Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier <b>LE LOET</b>	HCN	Rhumatologie
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mr Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Bruno <b>MIHOUT</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Neurologie
Mr Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc <b>PERON</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
Mr François <b>PROUST</b>	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mr Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

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

**PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication

<b>II - PHARMACIE</b>
-----------------------

**PROFESSEURS**

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

**MAITRES DE CONFERENCES**

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mr Jean <b>CHASTANG</b>	Biomathématiques
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

**PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

**PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

**ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Mr Jérémie **MARTINET** Immunologie

**ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE** Parasitologie

Mr François **HALLOUARD** Galénique

**LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

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





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



# Remerciements

Je remercie le professeur HERMIL de me faire l'honneur de présider le jury de thèse.

Je remercie le Pr MARIE d'avoir accepté de participer au jury de thèse.

Je remercie le Dr LADNER d'avoir accepté de participer au jury de thèse.

Je souhaiterais remercier sincèrement le Dr Elisabeth MAUVIARD, ma directrice de thèse, qui m'a permis d'initier ce travail, m'a suivi et soutenu jusqu'à son aboutissement. Elisabeth, soit assurée de ma plus respectueuse reconnaissance.

J'ai une pensée toute particulièrement affectueuse pour ma femme et mon fils, qui m'ont respectivement soutenu et réveillé tôt tous les jours.

Je tiens également à remercier tendrement mes parents de m'avoir permis de réaliser ces longues études.

Je remercie chaleureusement tous mes maîtres de stages, médecins hospitaliers et tous les autres médecins, ainsi que mes co-internes de m'avoir fait passer de bons moments durant ces années d'internat.

## Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRGE	Collège Régional des Généralistes Enseignants
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DFASM 3	Diplôme de Formation Approfondie aux Science Médicales, troisième année
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
ECA	Enseignants Cliniciens Ambulatoires = MSU
ECN	Epreuves Classantes Nationales
Loi HPST	Loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire
MG	Médecin Généraliste
MSU	Maître de Stage des Universités = ECA
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RAND	Research ANd Development
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
TCEM	Troisième Cycle d'Etudes Médicales
UCLA	University of California Los Angeles
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
WONCA	World Organization of National Colleges Academies

# Table des matières

<b>Liste des professeurs de la faculté .....</b>	<b>1</b>
<b>Avertissement.....</b>	<b>9</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>11</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>12</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>15</b>
<b>1 Contexte .....</b>	<b>16</b>
1.1 Diplôme d'étude spécialisé de médecine générale .....	16
1.2 Troisième cycle d'études médicales.....	16
1.2.1 Le stage dit « de niveau 1 ».....	17
1.2.2 Le stage dit de « niveau 2 » ou Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé.....	17
1.3 Les Maîtres de Stage des Universités / Enseignants Cliniciens Ambulatoires .....	18
1.4 Certification : évaluation et validation de stage .....	18
1.5 Les niveaux de compétences et les niveaux génériques.....	19
1.5.1 Les niveaux de compétence .....	19
1.5.1.1 Définition et référentiel métier .....	19
1.5.1.2 L'acquisition des compétences .....	20
1.5.2 Les niveaux génériques.....	23
1.5.3 Grille d'évaluation, évaluation critériée et normative .....	24
<b>2 Problématique et but de l'étude .....</b>	<b>26</b>
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>29</b>
<b>1 Présentation de la méthode DELPHI .....</b>	<b>30</b>
1.1 Technique DELPHI .....	30
1.2 Les étapes de la méthode Delphi.....	33
1.3 Notre protocole .....	35
1.3.1 Des Maîtres de Stage des Universités comme experts.....	35
1.3.2 Administration du questionnaire.....	35
<b>2 Recueil des données .....</b>	<b>37</b>
2.1 Recueil et synthèse des items initiaux .....	37
2.2 Première ronde Delphi.....	38
2.3 Deuxième ronde Delphi .....	38
<b>3 Analyse statistique .....</b>	<b>40</b>
3.1 Première ronde.....	40
3.2 Deuxième ronde .....	40
<b>Résultats .....</b>	<b>43</b>
<b>1 Recueil de données .....</b>	<b>44</b>
<b>2 Première ronde Delphi.....</b>	<b>45</b>
2.1 Analyse statistique.....	45

2.1.1	Compétence relation, communication, approche centrée patient .....	46
2.1.2	Compétence approche globale, prise en compte de la complexité.....	47
2.1.3	Compétence éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire .....	48
2.1.4	Compétence premier recours, urgences .....	49
2.1.5	Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient.....	50
2.1.6	Compétence professionnalisme .....	51
2.1.7	Ensemble des 6 compétences .....	52
2.2	Analyse des propositions des participants .....	53
2.2.1	Remarques qui critiquent positivement ou négativement l'item. ....	53
2.2.2	Remarques qui proposent de modifier l'item sur la forme ou sur le sens. ....	54
2.2.3	Exemple de reformulation d'un item lors de la première ronde. ....	55
<b>3</b>	<b>Deuxième ronde Delphi .....</b>	<b>57</b>
3.1	Analyse statistique.....	58
3.1.1	Compétence relation, communication, approche centrée patient .....	58
3.1.2	Compétence approche globale, prise en compte de la complexité.....	60
3.1.3	Compétence éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire .....	61
3.1.4	Compétence premier recours, urgences .....	62
3.1.5	Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient.....	63
3.1.6	Compétence professionnalisme .....	64
3.1.7	Ensemble des compétences .....	65
3.2	Analyse des propositions des participants .....	65
3.3	Tableaux finaux.....	65
	<b>Discussion .....</b>	<b>73</b>
<b>1</b>	<b>Discussion sur la Méthode.....</b>	<b>74</b>
1.1	Forces .....	74
1.2	Limites .....	74
<b>2</b>	<b>Discussion sur les résultats.....</b>	<b>76</b>
<b>3</b>	<b>Perspectives.....</b>	<b>79</b>
	<b>Conclusion.....</b>	<b>81</b>
	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>83</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>87</b>
	<b>Annexe n°1 : Tableaux des 6 compétences du CNGE .....</b>	<b>88</b>
	<b>Annexe n°2 : Grille d'évaluation de stage des internes de médecine générale de ROUEN en 2014/2015 .....</b>	<b>92</b>
	<b>Annexe n°3 : Grille d'évaluation de stage des internes de médecine générale de Paris-Créteil en 2014/2015 .....</b>	<b>95</b>
	<b>Annexe n°4 : Courriel de demande de participation à l'étude .....</b>	<b>100</b>
	<b>Annexe n°5 : Courriel et texte introductif de la première ronde Delphi.....</b>	<b>101</b>
	<b>Annexe n°6 : Questionnaire de la première ronde Delphi .....</b>	<b>104</b>
	<b>Annexe n°7 : Courriel et texte introductif de la deuxième ronde Delphi .....</b>	<b>116</b>
	<b>Annexe n°8 : Questionnaire de la deuxième ronde Delphi .....</b>	<b>120</b>
	<b>Serment d'Hippocrate .....</b>	<b>135</b>
	<b>Résumé .....</b>	<b>136</b>

# Introduction

*Les internes du DES de médecine générale, sont de futurs praticiens autonomes qui exerceront avec toutes les compétences requises et nécessaires. Ces dernières étant acquises tout au long du cursus, et plus particulièrement durant les stages ambulatoires du 3ème cycle des études médicales, elles nécessitent d'être évaluées et validées. Tout ceci, afin d'exercer avec la plus grande fiabilité et sécurité, pour les patients qui leur témoignent leur confiance.*

# 1 Contexte

## 1.1 Diplôme d'étude spécialisé de médecine générale

Le stage d'un semestre chez le médecin généraliste est devenu obligatoire en 1997. Un autre stage facultatif d'un semestre fut institué en 2003 : le stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS)(1).

La médecine générale universitaire est apparue à partir de l'année 2004 grâce à des réformes s'étalant sur plusieurs années. La concrétisation de ces réformes fut essentiellement la création d'un DES de 3<sup>ème</sup> cycle.

Ce DES est accessible après les ECN, tout comme les autres spécialités médicales et chirurgicales. Les ECN ont lieu en fin du DFASM 3 (ex DCEM 4 correspondant à la fin de la 6<sup>ème</sup> année d'étude médicale) et permettent, en fonction de son rang de classement, de choisir la spécialité et la région de son internat (2)(3).

Ce fut en 2009 que la loi HPST (4) a défini les missions des médecins généralistes et celle de la formation des internes de médecine générale dans le code de santé publique. Les compétences du médecin généraliste étaient définies dans le référentiel métier (5). Les missions du médecin généraliste étaient définies comme un espace spécifique d'articulation avec les autres spécialités médicales, aussi bien en ville qu'à l'hôpital (6)(7).

## 1.2 Troisième cycle d'études médicales

La maquette des stages du DES de médecine générale est structurée sur une durée de 3 ans. C'est le décret n° 2004-67 du 21 août 2013 relatif à l'organisation du TCEM qui définit le programme de ces 3 années. Celui-ci, comprend une formation théorique de 200 heures d'enseignement, une formation pratique de 6 semestres de stage (8) (dont un semestre obligatoire en stage de niveau 1 et un semestre facultatif en SASPAS), une formation méthodologique avec la production de traces

d'acquisition de compétences, et d'une formation à la recherche par une thèse ou un mémoire, déterminée spécifiquement par chaque DUMG.

### 1.2.1 Le stage dit « de niveau 1 »

L'interne de médecine générale, plus fréquemment en 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> semestre est accueilli par un ou des MSU. Ce stage est obligatoire et se déroule sur un semestre. L'étudiant est reçu à raison de 11 demi-journées par semaine (dont 2 demi-journées consacrées à la formation théorique universitaire ou au travail de thèse), par 1 à 3 maîtres de stage. Le MSU doit être présent à son cabinet ou dans le centre de santé, en même temps que l'interne et ainsi organiser progressivement les différentes phases du stage. On peut décrire 3 périodes au cours de ce stage. La première est une phase d'observation active au cours de laquelle le stagiaire regarde, écoute et travaille à partir des éléments recueillis. La seconde phase est semi active, le stagiaire peut intervenir en présence de son maître de stage. Enfin une troisième phase active au cours de laquelle il peut effectuer seul des actes sous la supervision de son MSU. L'objectif principal de ce stage est la mise en autonomie progressive de l'interne dans un contexte de médecine générale ambulatoire.

### 1.2.2 Le stage dit de « niveau 2 » ou Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

Le SASPAS est facultatif. L'interne de médecine générale, plus souvent en 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> semestre est reçu par 1 à 3 MSU alternativement. Ce stage se déroule sur un semestre et à raison de 11 demi-journées par semaine (dont 2 demi-journées consacrées à la formation théorique universitaire ou au travail de thèse). L'étudiant réalise de 6 à 12 actes par demi-journée en autonomie. L'objectif principal de ce stage est l'acquisition de l'autonomie en appliquant ses compétences théoriques et en utilisant ses compétences pratiques acquises durant les autres stages hospitaliers et ambulatoires. Une supervision est organisée par le MSU et l'étudiant pour procéder à un « débriefing » une à plusieurs fois par semaine, afin d'aborder les difficultés rencontrées par l'étudiant (3).

## **1.3 Les Maîtres de Stage des Universités / Enseignants Cliniciens Ambulatoires**

Les MSU sont également appelés ECA par le CNGE. Le terme MSU est retenu par le ministère de l'enseignement supérieur afin de souligner et mettre en avant la fonction pédagogique et universitaire. Le terme d'ECA est utilisé par le CNGE afin de souligner la formation ambulatoire des internes. Le rôle des MSU est très important dans la filière universitaire. Ils encadrent l'étudiant sur son lieu de stage ambulatoire et assurent également l'enseignement en situation professionnelle. Tous les médecins généralistes exerçant une activité professionnelle depuis plus de 3 ans, dans un cabinet libéral, un dispensaire, un service de PMI, un service de santé scolaire, un centre de santé, ou tout autre centre agréé à l'exclusion des services hospitaliers, peuvent être agréés MSU. Les MSU peuvent encadrer 3 types de stages : les stages de deuxième cycle où ils encadrent des externes, les stages de niveau 1 et les stages de niveau 2 (3).

## **1.4 Certification : évaluation et validation de stage**

Outre la validation des examens aux enseignements théoriques (9), la rédaction d'un mémoire et la rédaction d'un document de synthèse (3), il est indispensable, pour valider son DES de médecine générale, que l'interne valide l'ensemble des 6 semestres de stage. Selon l'Article 25 de l'Arrêté du 4 octobre 2011, consolidé le 30 janvier 2015 (10), le stage est validé après l'avis du responsable médical ou du praticien-maître de stage (MSU) du lieu de stage dans lequel l'interne a été affecté. Le responsable médical renseigne une fiche d'évaluation portant sur ce stage et indique la décision d'accorder ou non la validation. Cette fiche est ensuite transmise en copie au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination des études médicales.

Au-delà des obligations formelles, l'enjeu du DES de médecine générale est avant tout l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice professionnel.

Certifier un médecin généraliste comme un professionnel compétent, c'est juger qu'il

possède les capacités de mobilisation de ressources, qui lui permettent de résoudre de façon appropriée la majorité des problèmes de santé, auxquels il risque d'être confronté en soins primaires ambulatoires (11).

## 1.5 Les niveaux de compétences et les niveaux génériques

### 1.5.1 Les niveaux de compétence

#### 1.5.1.1 Définition et référentiel métier

C'est le professeur Jacques TARDIF (spécialiste de la pédagogie universitaire, Université de Sherbrooke) qui définit de façon la plus achevée la notion de compétence : « Une compétence est définie comme un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (12).

En d'autres termes, la compétence est un savoir-agir utilisable et démontrable au sein de situations cliniques et professionnelles authentiques. Les ressources mobilisées dans ce savoir-agir complexe repose sur la combinaison des connaissances déclaratives, procédurales, contextuelles (biomédicales, administratives,...), des savoir-faire (habileté, examen clinique, gestion du dossier médical...), des savoir-être (communication, gestion des émotions...). D'autre part, la compétence est la capacité de mobiliser efficacement et ensemble tous ces savoirs, afin de répondre aux situations cliniques rencontrées en médecine générale (9)(5)(11)(12)(14)(15)(16). Tout ceci est un processus dynamique nécessitant une perpétuelle modulation et adaptation (17).

La mobilité des professionnels de santé en Europe, a incité les pays à reconnaître et valider leurs compétences (18), dans le but de garantir à la population un accès aux meilleurs soins possibles. Dans la lettre de mission de mars 2008 de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, alors ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, il était proposé d'élaborer le référentiel métier et compétences des spécialités

médicales et en particulier celui de la médecine générale (19). Comme le disait précédemment le CNOM en 2000 : « La validation a priori des compétences reconnues d'un praticien et l'entretien de celles-ci tout au long de l'activité professionnelle sont une condition *sine qua non* de la qualité de l'exercice médical. La compétence du médecin a des conséquences directes sur la santé et sur la vie des patients. Il est donc essentiel de formaliser par des critères prédéfinis, que la confiance que l'on accorde à un médecin, est justifiée. » (5). La mise en œuvre d'une procédure de validation des compétences pour les professionnels de santé est une source de « valorisation » et de « transparence » de la qualité de l'exercice professionnel médical.

Ainsi la publication, en juin 2009, du référentiel métier et compétences, élaboré sous la direction du CNGE et sous l'égide du ministère de la santé, référence les compétences des médecins généralistes pour les grandes familles de situations prototypiques auxquelles ils sont très fréquemment confrontés (12).

#### 1.5.1.2 L'acquisition des compétences

L'immersion professionnelle est vraisemblablement la manière la plus appropriée pour concevoir des compétences. Une réflexion à partir de soins vécus permet d'acquérir des ressources, de les mobiliser et de les combiner pour l'action. De ce fait, l'apprentissage issu de l'expérience, ou apprentissage expérientiel, est une condition nécessaire à l'acquisition de compétences.

L'apprentissage issu de l'expérience engendre un processus cyclique (figure 1).

Ce dernier débute lors de la confrontation avec une situation inconnue. Pour agir dans cette inconnue, l'étudiant se questionne et construit un problème pour lequel il cherche une solution. La recherche de solution mobilise et associe différentes ressources. Ces ressources sont à la fois internes (connaissances, savoir être, savoir-faire) et externes (avis d'un confrère, littérature, article, etc.). Ce processus est exploité soit immédiatement durant l'action, soit décalé dans le temps après l'action, en fonction du temps requis au murissement du questionnement et à la combinaison des ressources. A l'issue de ce cheminement, soit le résultat obtenu permet un

apprentissage efficace, soit un nouveau cycle est relancé. La réflexivité est le moteur de l'apprentissage par l'expérience. La réflexivité est le fait de savoir se questionner sur ce que l'on fait et les conséquences de ses actions (12)(20).

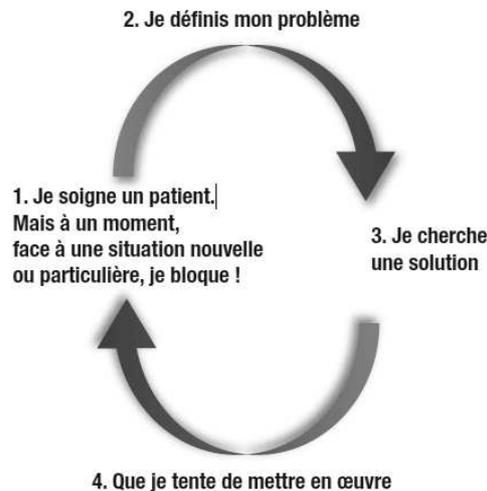


Figure 1 : Cycle de l'apprentissage expérientiel (12)

Pour qu'un interne acquière une compétence professionnelle à partir d'un apprentissage issu de l'expérience, des critères doivent guider sa réflexivité. Ces critères, permettent également de faire la synthèse des apprentissages utilisés pour résoudre les problèmes les plus fréquemment rencontrés dans la profession. L'apprentissage dans une logique de compétence, semble être le plus abouti pour initier la formation des internes de médecine générale. Le but étant de former des professionnels compétents, réflexifs, capables de faire face aux situations rencontrées, et en restant responsables de leurs décisions (12). Ces compétences et cette réflexivité doivent ensuite être certifiées. Cette certification se fait après que les apprentissages aient été questionnés, évalués, parfois repris et améliorés, en entretien avec le maître de stage (12)(21).

C'est à partir des travaux de la WONCA et de la définition européenne de la médecine générale, que le CNGE a défini les compétences requises pour le professionnel et l'interne. Le résultat de ces travaux est mis en forme dans un schéma appelé «marguerite des compétences» (Figure 2).

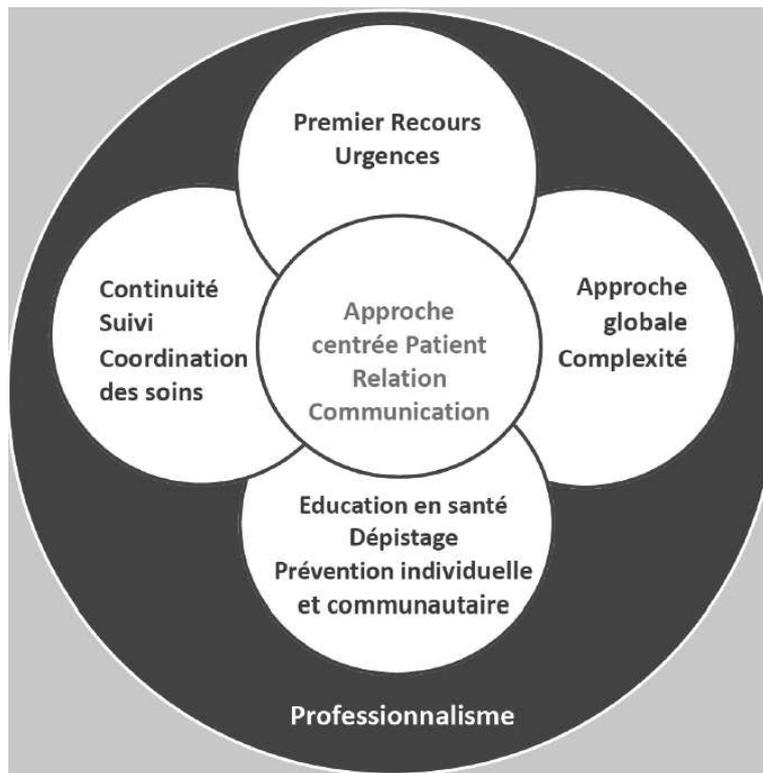


Figure 2 : Marguerite des compétences (CNGE)

Le CNGE définit les 6 compétences (14) de la façon suivante :

**- Approche centrée patient, relation, communication :**

« Est la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients. »

**- Approche globale, complexité :**

« Est la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de médecine générale. »

**- Education en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire :**

« Est la capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention. »

**- Premier recours, urgences :**

« Est la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale. »

**- Continuité, suivi, coordination des soins :**

« Est la capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement. »

**- Professionnalisme :**

« Est la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient. »

## 1.5.2 Les niveaux génériques

Une échelle de développement à six niveaux a été proposée par le professeur TARDIF : débutant, novice, intermédiaire, compétent, maître, expert. Ces niveaux s'étendent sur l'ensemble du parcours de la formation médicale. Le niveau débutant se situe dans le DFASM, tandis que les niveaux maîtres puis experts ne peuvent être observés qu'au cours du parcours professionnel postuniversitaire. Les niveaux novice, intermédiaire et compétent intéressent, quant à eux, l'interne au cours du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales. Le niveau novice correspond alors à la période allant de l'entrée dans le DES jusqu'à la moitié du stage de niveau 1. Le niveau

intermédiaire s'étend de la moitié du stage de niveau 1 jusqu'au milieu du SASPAS. Enfin, il semble que le terme de compétent soit acquis après le SASPAS et reflète bien ce que l'on attend d'un jeune médecin en fin de cursus médical. Le CNGE a alors élaboré une liste d'attribut pour chaque niveau générique (Figure 3) (14).

Les niveaux génériques	
Niveau générique	Attribut des internes
<p><b>L'interne Novice</b></p> <p><i>De l'entrée dans le D.E.S à la moitié du stage de niveau 1</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possède des notions sur les spécificités de la discipline et les compétences nécessaires à acquérir pour exercer la MG</li> <li>• Accepte a minima le projet proposé</li> <li>• A conscience qu'il opère sur l'être humain</li> <li>• Est apte à supporter une part d'incertitude</li> <li>• A conscience de la difficulté (complexité) des problèmes auxquels il va être confronté</li> <li>• Envisage qu'il va devoir couvrir l'ensemble du champ de la discipline (champ et fonctions)</li> <li>• Montre un début de questionnement sur sa pratique antérieure et actuelle</li> </ul>
<p><b>L'interne Intermédiaire</b></p> <p><i>De la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est en mesure de faire le lien entre théorie enseignée et la pratique observée et /ou exercer (identifie les capacités, connaissances, habiletés nécessaire à l'exercice de la compétence)</li> <li>• A pris conscience de ce qui est demandé et participe activement à son propre développement</li> <li>• Améliore sa capacité d'autonomie en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi (prenant progressivement de l'assurance)</li> </ul>
<p><b>L'interne Compétent</b></p> <p><i>Fin de cursus/après le SASPAS</i></p>	<p>Dans les situations courantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agit en autonomie et assume ses responsabilités</li> <li>• Collabore efficacement avec les autres intervenants</li> <li>• Possède une approche centrée patient</li> <li>• S'interroge sur sa pratique</li> </ul>

Figure 3 : Les niveaux génériques des internes de médecine générale (14)

### 1.5.3 Grille d'évaluation, évaluation critériée et normative

Comme le proposait Monique CHAPUT (consultante en éducation appliquée aux sciences de la santé, Université de Montréal), pour créer des grilles d'évaluations, il faut définir les étapes d'acquisition et leur étalement dans le cursus, en donnant des exemples de contextes, de ressources à mobiliser, de tâches, et de performances attendues pour chaque niveau.

C'est à partir de la définition des niveaux de compétences et des niveaux génériques que le CNGE a combiné ces dernières, afin d'élaborer une liste détaillée de descripteurs (14), reflétant ce que l'on attend de l'étudiant au cours de son cursus d'interne (annexe n°1).

L'évaluation normative consiste à situer les résultats d'un étudiant dans un ensemble de résultats. Elle reflète les performances d'un étudiant par rapport aux performances des autres. Après l'établissement d'un barème, on se réfère à une norme statistique Gaussienne. Ceci laisse transparaître les différences individuelles. Ainsi, l'étudiant est soit moins bon, soit meilleur qu'un autre. Ceci ne nous renseigne pas sur la compétence intrinsèque de cet étudiant. Cette évaluation attribut une place dans un groupe ayant subi une même épreuve, et permet la sélection des étudiants (22).

L'évaluation critériée (ou également appelée évaluation critérielle) a été introduite par GLASER en 1962. Cette évaluation permet de décrire ce dont un étudiant est capable avec le plus d'exactitude possible, en révélant son degré de maîtrise pour plusieurs habilités mesurées, par des critères et des objectifs précis. Les compétences de l'étudiant ne sont pas comparées avec les performances des autres. Les résultats ne sont pas présentés sous forme quantitative, mais mettent en évidence les capacités acquises, le cheminement individuel de l'étudiant (22).

L'évaluation critériée semble ainsi être l'évaluation la plus appropriée afin d'évaluer un interne de médecine générale en stage ambulatoire.

## 2 Problématique et but de l'étude

La grille d'évaluation actuellement utilisée par la faculté de médecine de Rouen (annexe n°2), créée avant que les notions de compétences et de niveaux génériques existent, n'est plus adaptée spécifiquement à l'évaluation des internes en stage ambulatoire. Effectivement, elle n'est pas à jour, en ce qui concerne les notions de niveaux de compétences et les niveaux génériques. Elle n'est pas critériée. Elle est basée sur une évaluation plutôt normative.

La grille exposée par le CNGE (annexe n°1) ne propose pas de progression du novice au compétent pour une même notion. Il est difficile de comprendre, pour une performance donnée, ce que l'intermédiaire fait de mieux que le novice, et ce que le compétent fait de mieux que l'intermédiaire. Il est donc aussi laborieux pour l'évaluateur que pour l'interne évalué, d'utiliser aisément cette grille. Par ailleurs, le CNGE « laisse le loisir aux responsables de l'évaluation des DUMG de créer leurs outils en décidant des situations les mieux adaptées pour évaluer les niveaux de compétences » (14).

Parallèlement, il est indiqué à la fin de l'article 25 du 4 février 2011, qu'il existe un arrêté, issu des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, proposant des modèles de fiches d'évaluation de l'interne et de la qualité pédagogique du stage. Cependant, cet arrêté n'a toujours pas été publié. Ainsi, au travers de ces arrêtés ministériels, il n'y a pas de fiche d'évaluation de stage, ni de référence de grille d'évaluation des compétences, pour l'évaluation des internes de médecine générale en stage ambulatoire.

A défaut de plus amples précisions dans la littérature, les facultés sont par conséquent libres de concevoir leur propre fiche et grille d'évaluation de stage des internes de médecine générale en stage ambulatoire.

Au terme de cette introduction, il apparaît indispensable qu'un interne de médecine générale soit guidé lors de ses stages ambulatoires, par une évaluation et par la définition des compétences à acquérir suivant des critères précis. Aussi bien dans le but d'améliorer sa formation et sa pratique, que de garantir la meilleure prise en charge possible des patients.

La question principale de cette étude est la suivante : quelle pourrait être la grille d'évaluation à proposer au DUMG de la faculté de médecine de Rouen, pour la validation des stages ambulatoires des internes de médecine générale ?

L'objectif principal de cette étude est le suivant : obtenir une grille d'évaluation consensuelle après l'avis d'experts.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- obtenir un nombre d'items qui soit approprié dans la grille d'évaluation (entre 5 et 10 items par compétence) ;
- obtenir une grille d'évaluation critériée, afin qu'il y ait une progression des performances du niveau novice au niveau compétent pour une performance donnée ;
- obtenir que les items sélectionnés, de façon consensuelle, soient facilement lisibles et compréhensibles, qu'ils soient clairs, précis, en accord avec les notions de compétences, et de niveaux génériques.



# Matériels et méthodes

# 1 Présentation de la méthode DELPHI

## 1.1 Technique DELPHI

De nombreux travaux de médecine utilisent la technique Delphi, comme nous pouvons le constater dans ces références : (23)(24)(25)(26)(27)(28)(29)(30).

La technique Delphi fait partie des méthodes de consensus formalisés d'experts. Ces dernières, sont utilisées dans le cas où les données scientifiques sont absentes, de niveau de preuve peu élevé, ou traitées partiellement dans des travaux. Elles permettent d'obtenir une prise de position à un temps donné par un groupe d'experts dans un domaine précis. Au sein de ces méthodes, il en existe trois principales : la méthode Delphi, la méthode Groupe Nominal et la méthode Groupe Nominal adapté de la RAND/UCLA.

Il existe différentes formes de Delphi (conventionnel, politique, conférence Delphi...)

Dans notre étude, nous utilisons la méthode Delphi conventionnelle.

La technique Delphi est une méthode qualitative.

« Cette technique proposée dans les années 1950 par le Rand Corporation en Californie, initialement utilisée dans l'industrie, s'est progressivement étendue aux domaines de la recherche en santé : évaluation de technologies, éducation, établissement de priorités dans le système de santé, et développement de la pratique médicale et infirmière. (25) »

L'objectif principal des rondes Delphi est d'organiser l'avis d'un groupe d'experts sur un sujet précis et d'obtenir un avis final unique et convergent.

« La méthode Delphi est fondée sur l'hypothèse que les jugements de groupe sont plus valables que les jugements individuels. Elle doit donc mettre en évidence des

convergences d'opinions, là où l'unanimité n'existe pas, en raison d'un manque de preuves scientifiques... (23) »

Les principales caractéristiques de cette technique sont les suivantes :

- L'anonymat : il permet une expression libre par écrit, un affranchissement de la pression sociale qui peut exister, pour se conformer à d'autres dans le groupe. Les experts ne se connaissent pas et ne sont jamais rassemblés physiquement durant l'étude.
- L'itération : par l'utilisation de questionnaires successifs (les rondes), les participants peuvent changer leur opinion.
- Le retour d'information : à la fin de chaque ronde, les participants reçoivent une synthèse des réponses du groupe de la ronde précédente, leur permettant de modifier ou de clarifier leur point de vue. Ainsi, le groupe convergera possiblement vers une réponse consensuelle.
- La sélection des experts : un « expert » est une personne ayant une bonne connaissance sur le sujet étudié et ayant une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe. Il est important de sélectionner des membres qui soient motivés à participer et disponibles, puisque leur intérêt devra être maintenu durant toute la durée de l'enquête. L'effectif des participants doit être suffisant afin d'obtenir un consensus. En principe, 10 à 20 personnes minimum suffisent. Etant donné l'importante charge de travail d'analyse, il faut limiter le nombre de participants au minimum. L'important n'est pas de produire des résultats statistiquement significatifs mais d'aboutir à un consensus.

#### Avantages de la méthode Delphi

- Elle prévient du phénomène de domination par un individu ou «effet leader d'opinion» du fait de l'anonymat. La critique ouverte étant encouragée, cette méthode évite les conflits et les individus peuvent apporter des modifications en révisant au travers des rondes, leurs jugements antérieurs.
- Elle laisse du temps pour la réflexion, les participants remplissent le questionnaire quand ils le souhaitent, en prenant le temps qu'ils désirent, tout en respectant la date limite pour répondre au questionnaire.

- Elle est rapide, car elle demande aux participants de se concentrer immédiatement, uniquement et continuellement sur l'essentiel.
- Les participants ne se déplacent pas, des personnes éloignées peuvent ainsi participer.

#### Inconvénient de la méthode Delphi

- L'obligation d'en arriver à un accord a comme effet de laisser de côté les positions marginales.
- La durée du processus est relativement longue car l'étude s'étale sur plusieurs mois.
- Les participants doivent être habiles à communiquer à l'écrit et démontrer un intérêt soutenu tout au long de l'étude. Il y a de ce fait, un risque de taux d'abandon important au fil des rondes.
- Elle nécessite une bonne capacité de traitement des réponses de la part des analystes.

## 1.2 Les étapes de la méthode Delphi

Voir la figure 4.

Elles ont été décrites par DELBECQ et ses collaborateurs (30) :

1. Définition et formulation de la problématique : il faut circonscrire le sujet de l'étude, puis élaborer la problématique avec rigueur et le plus précisément possible.
2. Sélection des participants « experts ».
3. Rédaction, envoi de la lettre d'introduction et du 1er questionnaire : afin d'informer les participants sur les différentes étapes et la date limite de réponse.
4. Analyse des résultats du 1<sup>er</sup> questionnaire.
5. Composition et envoi du 2<sup>ème</sup> questionnaire à partir des résultats de la première ronde.
6. Analyse des résultats du 2<sup>ème</sup> questionnaire.
7. Composition et envoi du 3<sup>ème</sup> questionnaire à partir des résultats de la première ronde.
8. Analyse des résultats du 3<sup>ème</sup> questionnaire.
9. Rédaction d'un rapport final.

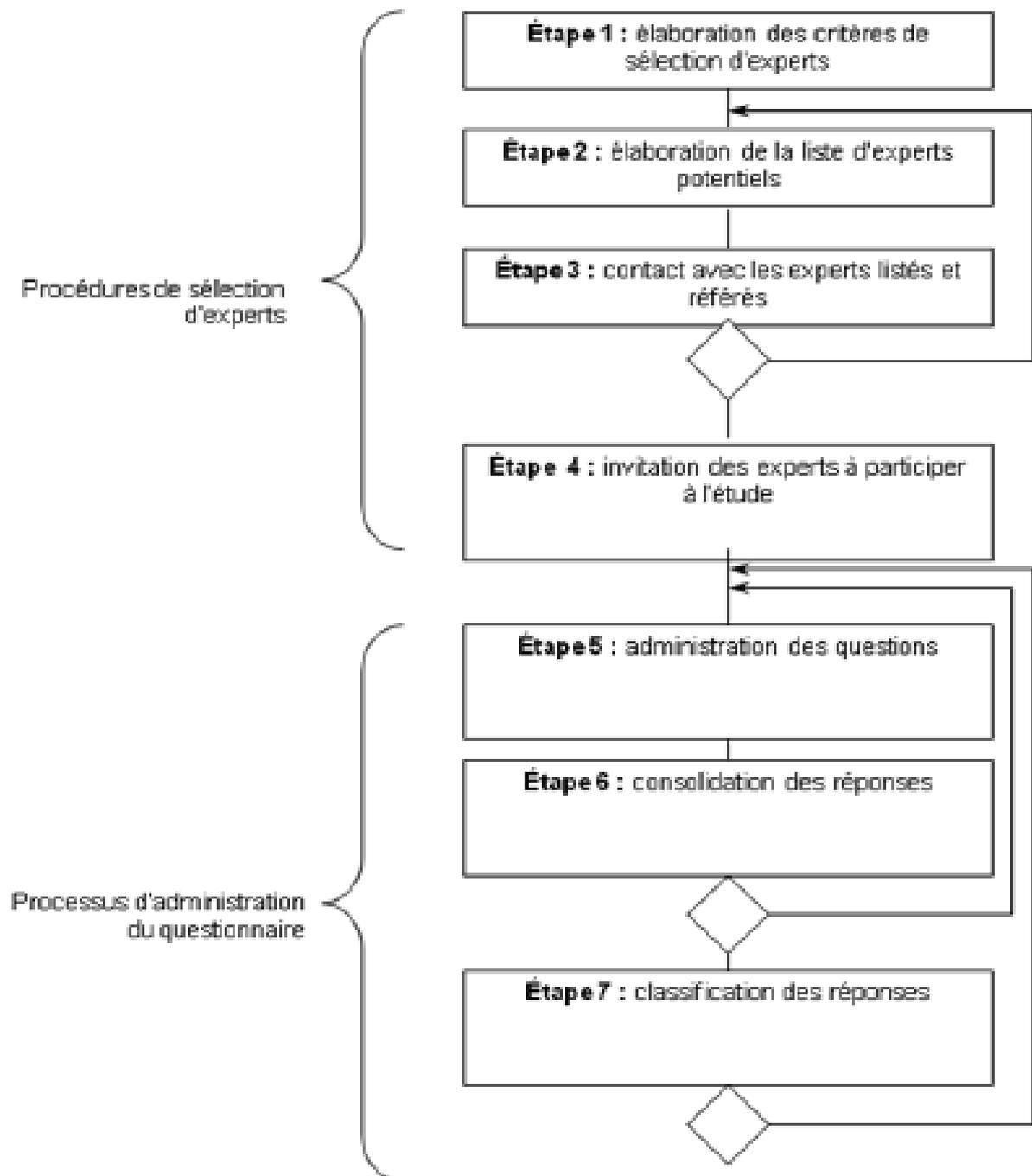


Figure 4 : Principales étapes de la méthode Delphi (29)

## 1.3 Notre protocole

### 1.3.1 Des Maîtres de Stage des Universités comme experts

Nous avons utilisé une liste de courriels de MSU qui étaient également des enseignants de la faculté de Rouen. Ces participants avaient donc une double casquette, à la fois l'enseignement et la recherche à la faculté et la supervision en stage ambulatoire de médecine générale. Nous sommes partis du principe qu'ils étaient tous « experts » dans le domaine étudié, et qu'ils avaient une bonne connaissance des niveaux génériques, des niveaux de compétences ainsi que des travaux récents sur l'évaluation des compétences des internes de médecine générale en stage ambulatoire.

### 1.3.2 Administration du questionnaire

La demande de participation des experts à notre étude a été faite par courriel au mois de février 2015. Le texte se trouve dans l'annexe n°4. Nous avons pris soin de mettre en copie cachée tous les participants afin de préserver leur anonymat. Une relance par courriel a été réalisée 15 jours plus tard, à l'attention des participants qui n'avaient pas encore répondu. Nous avons collecté les réponses et conservé les courriels des experts souhaitant participer à l'étude. Au final, nous avons constitué notre groupe d'experts.

Par la suite, au mois de mars 2015, un nouveau courriel a été envoyé au groupe d'experts ainsi constitué. Le but de celui-ci, était de les remercier de leur participation, leur donner le lien internet permettant d'accéder aux consignes et au questionnaire en ligne, ainsi que la date limite de réponse souhaitée. Ceci a été réalisé de façon similaire pour la première et la deuxième ronde. En revanche, pour la deuxième ronde, ce courriel contenait également une synthèse de la ronde précédente. Les textes se trouvent dans les annexes n°5 (première ronde), et n°7 (deuxième ronde). Pour les deux rondes, une relance par courriel a été envoyée, lorsque la date limite de réponse souhaitée avait été dépassée, et que les participants n'avaient pas tous répondu au questionnaire. Ainsi, une rallonge de 15 jours, a permis aux retardataires de répondre au questionnaire.

Nous avons choisi, pour chacune des deux rondes, de réaliser un questionnaire via

Google Forms ([https://www.google.com/intl/fr\\_fr/forms/about/](https://www.google.com/intl/fr_fr/forms/about/)). Les questionnaires se trouvent dans les annexes n°6 et n°8. Il est simple et pratique de constituer un questionnaire avec cet outil. Les résultats sont facilement exploitables. Nous pouvions effectivement éditer, de façon efficace, un fichier Excel contenant toutes les réponses permettant de les analyser plus aisément par la suite.

Pour le questionnaire de la première ronde, les paramètres du Google Forms permettaient aux participants de répondre partiellement au questionnaire, de l'envoyer et de le reprendre quand ils le voulaient.

Lors de la deuxième ronde, afin de limiter le nombre de questionnaires partiellement remplis, les participants devaient répondre intégralement pour pouvoir envoyer les réponses du questionnaire.

A la fin de chacun des deux questionnaires, les participants pouvaient visualiser les réponses des autres participants sous forme de diagramme, et ainsi modifier leurs réponses le cas échéant.

## 2 Recueil des données

### 2.1 Recueil et synthèse des items initiaux

Un premier travail d'élaboration d'items avait été entrepris en juin 2014, mené par le Dr E. MAUVIARD. C'était lors de la formation des MSU qui a lieu annuellement à la faculté de Rouen. Il y avait un atelier pour chacune des 6 compétences. Pour chaque atelier, il y avait une vingtaine de participants. Le but était d'obtenir les items pour la future grille d'évaluation des internes de médecine générale en stage ambulatoire. Ils avaient alors utilisé, pour la rédaction des nouveaux items : la grille jusqu'alors utilisée par la faculté de Rouen (annexe n°2), la grille d'évaluation des internes en stage ambulatoire de la faculté de Paris Créteil (annexe n°3), ainsi que la définition des compétences éditée par le CNGE (annexe n°1). Il y avait un consensus dans les groupes sur la nécessité d'utiliser les trois niveaux novice/intermédiaire/compétent. Le résultat de ce travail en groupe, était plutôt inégal en fonction des ateliers. Parfois les items étaient complètement formulés, mais la plupart du temps ils ne l'étaient pas et il manquait souvent un intitulé dans un niveau générique. Ce travail n'était donc pas complètement abouti et nécessitait d'être finalisé.

La deuxième étape a été de collecter les grilles d'évaluation des principales facultés françaises. Nous avons envoyé aux différentes facultés intéressées, ou bien aux CRGE correspondant, un courriel leur demandant de nous adresser la grille d'évaluation utilisée actuellement dans leur faculté. Le but était de collecter un maximum d'items et d'en concevoir un pool, afin de les soumettre à notre groupe d'experts.

Troisièmement, nous avons fait une recherche, dans la littérature, des items qui pouvaient être introduits dans la grille d'évaluation.

Enfin, nous avons fusionné tous les items collectés au cours de ces trois étapes. Les items qui étaient radicalement les mêmes sur le fond, ont été fusionnés, afin d'en obtenir un unique et ceux qui étaient différents ont été conservés.

Nous avons considéré ce premier travail de synthèse, comme une pré-première ronde. Cet ensemble d'items servait de base pour la première ronde Delphi.

## 2.2 Première ronde Delphi

Nous avons soumis aux experts le grand nombre d'items que nous avons collectés et fusionnés lors de la pré-première ronde. Nous avons demandé aux experts, au travers du questionnaire de :

1/ Dire si, oui ou non, ils conserveraient chaque item dans une compétence donnée.

2/ Suggérer des propositions de reformulation (améliorer l'expression, modifier le fond, compléter un niveau générique...) pour chaque item, si cela leur semblait nécessaire.

3/ Ajouter un item ou des items pour chacune des compétences, s'ils le souhaitaient. Il y avait dans le questionnaire, une zone de texte, pour chaque item, permettant aux experts de faire leurs commentaires.

Lors de la reformulation, nous avons modifié les intitulés des items à partir des propositions faites par les experts, si celle-ci s'avéraient pertinentes. Chacune des propositions des experts a été considérée et étudiée. En cas de réflexions s'opposant parmi les experts, l'item était alors conservé comme il l'était initialement. Nous avons choisi, afin de conserver une homogénéité entre les items, de les reformuler en commençant toujours par un verbe, de limiter au maximum le nombre de notions par item, et de mettre si possible une seule phrase pour chaque item.

## 2.3 Deuxième ronde Delphi

Nous avons soumis aux experts les items issus du travail (de reformulation, d'élimination, de classement par catégorie et de production d'items) de la première ronde Delphi.

Nous avons discuté à plusieurs reprises l'idée de classer par ordre de préférence les items lors de la deuxième ronde. Mais compte tenu du grand nombre d'items dans la première compétence (27 items), il n'a pas été réaliste de demander aux experts de

classer autant d'items par ordre de préférence.

Au final, nous leur avons demandé de :

1/ Coter les items sur une échelle de 1 à 9. 1 étant la moins bonne note et 9 la meilleure. Les règles statistiques étaient précisées aux participants (Annexe n°7).

2/ Emettre éventuellement des remarques sur les items qu'ils souhaitaient.

Il y avait, dans ce questionnaire, une zone de texte, en fin de page pour chaque compétence, permettant aux experts de faire leurs commentaires.

Le but étant de sélectionner les meilleurs items à faire figurer dans une grille d'évaluation de stage.

## 3 Analyse statistique

### 3.1 Première ronde

Nous avons dénombré dans un tableur Excel les réponses « binaires » (oui=1/non=0) des participants. Le but était de calculer la moyenne des « oui, je souhaite conserver cet item », et des « non, je ne souhaite pas conserver cet item ». Le seuil du consensus a été fixé à 50%, afin de ne pas éliminer trop d'items dès le début de l'étude. De sorte que l'item était conservé s'il obtenait 50% ou plus de « oui je souhaite conserver cet item ». Inversement, l'item n'était pas conservé s'il obtenait moins de 50% de « non, je ne souhaite pas conserver cet item ».

D'autre part, nous avons fixé des groupes de seuils de consensus. Le résultat était interprété de la façon suivante :

Il y avait un consensus pour la conservation de l'item :

- **Fort**, si le pourcentage de réponse était compris entre 80 et 100% ;
- **Modéré**, s'il était compris entre 60% et 79.9% ;
- **Faible**, s'il était compris entre 50% et 59.9% ;
- **Pas de consensus**, s'il y avait moins de 49.9%.

### 3.2 Deuxième ronde

Nous avons recensé dans un tableur Excel les cotations de 1 à 9 des participants, ainsi que l'écart type pour chacun des items.

Pour chaque item, nous avons calculé la note moyenne obtenue et interprété de la façon suivante :

- Les items ayant une forte cotation (> 7 – 9), étaient considérés comme ayant obtenus un accord consensuel fort et leur présence dans la grille d'évaluation était appropriée.

- Les items ayant une cotation entre 4 et 7 étaient alors considérés comme accord relatif ou «indécis».

- Les items ayant une cotation faible ( $< 4 - 1$ ) étaient considérés comme ayant un accord consensuel fort mais dont la présence dans la grille d'évaluation était inappropriée.

La sélection des items à conserver, a été faite selon les règles statistiques suivantes :

1/ Au sein de chaque compétence, nous conservions tous les items ayant une cotation supérieure ou égale à 7.

2/ Mais :

- Si au sein d'une compétence, le nombre d'items sélectionnés était inférieur à 5, alors nous sélectionnions le ou les items qui avaient la meilleure cotation en deçà de 7.

- Si au sein d'une compétence, le nombre d'items sélectionné était supérieur à 10, alors nous conservions uniquement les 10 items ayant la meilleure cotation supérieure ou égale à 7.

Pour ces deux dernières conditions, en cas de cotation égale, les items concernés étaient tous conservés.

L'objectif était d'obtenir entre 5 et 10 items différents sur le fond, pour chaque compétence.



# Résultats

# 1 Recueil de données

Notre étude s'est déroulée de juin 2014 à juin 2015.

Au moment de l'étude, dans chacune des autres facultés de médecine et pharmacie ou CRGE correspondant interrogés, les grilles d'évaluation des internes de médecine générale en stage ambulatoire étaient les suivantes :

- Faculté de **LILLE** : Il y avait une grille d'évaluation, mais sans notion de compétences, ni de niveaux génériques.
- Faculté de **LIMOGES** : Il n'y avait pas de grille d'évaluation, elle était en cours d'élaboration.
- Faculté de **LYON** : Il n'y avait pas de grille d'évaluation.
- Faculté de **PARIS EST CRETEIL** : Il y avait une grille d'évaluation avec les niveaux de compétences, et la notion de niveau générique (mais les termes de novice - intermédiaire - compétent apparaissaient respectivement sous la forme d'insuffisant - intermédiaire - satisfaisant). La présentation des items était difficile à lire, car elle ne se faisait pas dans un tableau mais réclamait de se reporter à des pages annexes.
- Faculté de **SAINT-ETIENNE** : La grille d'évaluation était la même que celle de Paris Créteil.
- Faculté de **TOULOUSE** : Il n'y avait pas de grille d'évaluation, elle était en cours d'élaboration.
- Faculté de **TOURS** : Il y avait une grille d'évaluation avec les compétences, les niveaux génériques, et les items qui sont exactement ceux des travaux du CNGE (Cf : (14)).

Au final, nous avons utilisé les items de la grille d'évaluation de Paris Créteil, nous paraissant comme les plus abouties, pour l'élaboration des items proposés lors de la première ronde Delphi.

Parmi les 30 MSU de la faculté de Rouen auxquels nous avons proposés par courriel de participer à cette étude, 15 ont répondu favorablement après relance. Soit un taux d'acceptation de participation de 50%.

## 2 Première ronde Delphi

La liste des items proposée lors de cette première ronde, se trouve dans l'annexe n°6.

Parmi les 15 experts qui étaient volontaires à la participation de l'étude, 12 experts (soit 80 %) ont répondu au questionnaire de la première ronde.

### 2.1 Analyse statistique

Ci-après, les tableaux des résultats de l'analyse statistique de la première ronde Delphi.

Les abréviations utilisées :

1 = « oui, je souhaite conserver cet item »

0 = « non, je ne souhaite pas conserver cet item »

Nb = n = nombre

## 2.1.1 Compétence relation, communication, approche centrée patient

**Tableau 1** : Pourcentage de réponses favorables des experts à la conservation de chaque item, trié par ordre décroissant.

		RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT												Nb de réponses	Oui % (n)
		Participant n°													
Item n°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	11	100 (11)
	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	11	100 (11)
	14	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	-	11	81,8 (9)
	5	1	1	-	1	0	1	1	1	1	1	0	-	10	80 (8)
	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	-	11	72,7 (8)
	9	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	-	11	72,7 (8)
	12	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	-	11	72,7 (8)
	4	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	-	11	63,6 (7)
	7	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	-	11	63,6 (7)
	11	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	-	11	63,6 (7)
	8	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	-	11	54,5 (6)
	13	-	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	-	10	50 (5)
	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	-	11	27,3 (3)
	10	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	-	11	18,2 (2)
Nb total d'items	14														

**Tableau 2** : Nombre d'items par classe de consensus

		Nb d'items
Consensus	Fort (80 - 100%)	4
	Modéré (60 - 79,9%)	6
	Faible (50 - 59,9%)	2
	Aucun (0 - 49,9%)	2

Pour la première compétence étudiée, deux participants, n'avaient pas répondu à une question chacun et un participant n'avait pas répondu à l'ensemble du questionnaire. Soit un total de 16 items sans réponses.

Deux items (n° 3 et 10) n'avaient pas de consensus et ont donc été retirés de la liste (Tableau 1).

10 items sur 14 avaient un consensus modéré à fort (Tableau 2).

Parmi les 14 items, 12 ont donc été conservés.

## 2.1.2 Compétence approche globale, prise en compte de la complexité

**Tableau 3 : Pourcentage de réponses favorables des experts à la conservation de chaque item, trié par ordre décroissant.**

		APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE															
		Participants n°												Nb de réponses		Oui % (n)	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
Item n°	3	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	10	100 (10)	
	7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	-	11	90,9 (10)	
	6	-	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	-	10	90 (9)	
	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	-	11	72,7 (8)	
	4	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	-	11	72,7 (8)	
	5	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	-	11	72,7 (8)	
	2	1	-	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	-	10	70 (7)	
Nb total d'items	7																

**Tableau 4 : Nombre d'items par classe de consensus**

		Nb d'items
Consensus	Fort (80 - 100%)	3
	Modéré (60 - 79,9%)	4
	Faible (50 - 59,9%)	0
	Aucun (0 - 49,9%)	0

Pour la deuxième compétence étudiée, un participant n'avait pas répondu à une question et l'autre à deux questions. Un participant n'avait pas répondu à l'ensemble du questionnaire. Soit un total de 10 items sans réponse. (Tableau 3).

Aucun item n'avait pas de consensus. 7 items sur 7 avaient un consensus modéré à fort (Tableau 4).

Tous les items ont donc été conservés.

### 2.1.3 Compétence éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire

**Tableau 5 : Pourcentage de réponses favorables des experts à la conservation de chaque item, trié par ordre décroissant.**

EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE															
		Participants n°												Nb de réponses	Oui % (n)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Item n°	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	-	11	72,7 (8)
	2	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	-	11	72,7 (8)
	3	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	-	11	72,7 (8)
	6	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	-	11	72,7 (8)
	7	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	-	11	72,7 (8)
	8	0	1	1	1	1	-	1	0	0	1	1	-	10	70 (7)
	5	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	-	11	63,6 (7)
	9	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	-	11	63,6 (7)
	4	-	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	-	10	30 (3)
Nb total d'items	9														

**Tableau 6 : Nombre d'items par classe de consensus**

		Nb d'items
Consensus	Fort (80 - 100%)	0
	Modéré (60 - 79,9%)	8
	Faible (50 - 59,9%)	0
	Aucun (0 - 49,9%)	1

Pour la troisième compétence étudiée, deux participants n'avaient pas répondu à une question chacun. Un participant n'avait pas répondu à l'ensemble du questionnaire, soit un total de 11 items sans réponses. Un item (n°4) n'avait pas de consensus et a donc été retiré de la liste (Tableau 5).

8 items sur 9 avaient un consensus modéré (Tableau 6).

Parmi les 9 items, 8 ont donc été conservés.

## 2.1.4 Compétence premier recours, urgences

**Tableau 7: Pourcentage de réponses favorables des experts à la conservation de chaque item, trié par ordre décroissant.**

		PREMIER RECOURS, URGENCES												Nb de réponses		Oui % (n)	
		Participants n°															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
Item n°	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100 (12)	
	4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	12	83,3 (10)		
	6	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12	83,3 (10)		
	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	12	66,7 (8)		
	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	12	58,3 (7)		
	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	12	33,3 (4)		
Nb total d'items	6																

**Tableau 8 : Nombre d'items par classe de consensus**

		Nb d'items
Consensus	Fort (80 - 100%)	3
	Modéré (60 - 79,9%)	1
	Faible (50 - 59,9%)	1
	Aucun (0 - 49,9%)	1

Tous les participants avaient répondu entièrement au questionnaire. Un item (n°1) n'avait pas de consensus et a donc été retiré de la liste (Tableau 7).

4 items sur 6 avaient un consensus modéré à fort (Tableau 8).

Parmi les 6 items, 5 ont donc été conservés.

## 2.1.5 Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

**Tableau 9** : Pourcentage de réponses favorables des experts à la conservation de chaque item, trié par ordre décroissant.

		CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT												Nb de réponses		Oui % (n)	
		Participants n°															
Item n°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
	12	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	100 (11)		
	2	1	-	1	1	1	1	1	0	1	1	-	1	10	90 (9)		
	4	1	-	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	11	81,8 (9)		
	9	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	11	81,8 (9)		
	10	1	-	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	11	72,7 (8)		
	13	0	-	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	11	72,7 (8)		
	16	1	-	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	11	72,7 (8)		
	7	1	-	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	11	63,6 (7)		
	8	1	-	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	11	63,6 (7)		
	14	1	-	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	11	63,6 (7)		
	3	-	-	1	1	1	0	0	1	0	1	-	0	9	55,6 (5)		
	5	1	-	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11	36,4 (4)		
	15	1	-	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	11	36,4 (4)		
	1	1	-	1	0	0	0	0	0	0	-	1	0	10	30 (3)		
	6	0	-	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	11	27,3 (3)		
	11	0	-	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	11	18,2 (2)		
Nb total d'items	16																

**Tableau 10** : Nombre d'items par classe de consensus

		Nb d'items
Consensus	Fort (80 - 100%)	4
	Modéré (60 - 79,9%)	6
	Faible (50 - 59,9%)	1
	Aucun (0 - 49,9%)	5

Pour la quatrième compétence étudiée, deux participants n'avaient pas répondu à une question chacun. Un autre n'avait pas répondu à deux questions et enfin un participant n'avait pas répondu à l'ensemble du questionnaire, soit un total de 20 items sans réponses. 5 items n'avaient pas de consensus et ont donc été retirés de la liste (Tableau 9).

10 items sur 16 avaient un consensus modéré à fort (Tableau 10).

Parmi les 16 items, 11 ont donc été conservés.

## 2.1.6 Compétence professionnalisme

**Tableau 11** : Pourcentage de réponses favorables des experts à la conservation de chaque item, trié par ordre décroissant.

		PROFESSIONNALISME												Nb de réponses		Oui % (n)	
		Participants n°															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
Item n°	5	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	11	90,9 (10)		
	8	1	-	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11	90,9 (10)		
	2	-	-	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	90 (9)		
	4	1	-	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	11	81,8 (9)		
	6	1	-	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	11	72,7 (8)		
	10	1	-	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	11	72,7 (8)		
	3	1	-	0	1	0	1	1	1	1	1	0	-	10	70 (7)		
	7	1	-	-	1	0	0	1	1	1	1	1	0	10	70 (7)		
	9	0	-	1	0	1	1	1	1	-	1	1	0	10	70 (7)		
	1	0	-	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	11	63,6 (7)		
Nb total d'items	10																

**Tableau 12** : Nombre d'items par classe de consensus

		Nb d'items
Consensus	Fort (80 - 100%)	4
	Modéré (60 - 79,9%)	6
	Faible (50 - 59,9%)	0
	Aucun (0 - 49,9%)	0

Pour la cinquième compétence étudiée, trois participants n'avaient pas répondu à une question chacun. Un participant n'avait pas répondu à l'ensemble de ce questionnaire, soit un total de 13 items sans réponses. Aucun item n'avait pas de consensus (Tableau 11).

10 items sur 10 avaient un consensus modéré à fort (Tableau 12).

Tous les items ont donc été conservés.

### 2.1.7 Ensemble des 6 compétences

- Plusieurs participants avaient répondu partiellement au questionnaire. Au total, 60 questions/744 étaient sans réponses, représentant 8.06% de non réponses.
- Au final, pour l'ensemble des 62 items proposés lors de cette première ronde Delphi, 9 items ont été retirés de la liste car ils n'avaient pas de consensus, 49 items avaient un consensus modéré à fort, et 4 items avaient un consensus faible (Tableau 13).

**Tableau 13 : Nombre d'items par classe de consensus lors de la première ronde**

		Nb d'items
Consensus	Fort (80 - 100%)	18
	Modéré (60 - 79,9%)	31
	Faible (50 - 59,9%)	4
	Aucun (0 - 49,9%)	9
Total		62

De plus, les experts avaient proposé 10 nouveaux items. Ces derniers, ont été sélectionnés et classés afin de figurer dans le questionnaire de la deuxième ronde.

- Parmi les 53 items conservés lors de la première ronde, 5 items ont été retenus sans aucune modification, ni reformulation.
- Tous les autres items ont été reformulés, en tenant compte des remarques des experts.

## 2.2 Analyse des propositions des participants

Pour visualiser l'ensemble des réponses des experts de cette première ronde, on peut se rendre à cette adresse ci : <https://drive.google.com/file/d/0B-5OREQwaG2ySV9hSIRtT2hRYm8/view?usp=sharing>

Nous avons relevé qu'il y avait deux types de remarques faites par les experts :

### 2.2.1 Remarques qui critiquent positivement ou négativement l'item.

Pour faciliter la lecture de ce manuscrit, nous n'allons pas présenter toutes les réponses de chacun des experts. Cela serait effectivement trop long, rébarbatif, et n'apporterait pas d'informations importantes. En revanche, nous avons pu faire une synthèse des remarques judicieuses que les experts avaient faites. Nous les avons rangées par grandes catégories. En voici le résultat :

**Tableau 14** : Catégories de remarques faites par les experts, avec exemples

<b>Catégories :</b>	<b>Exemples :</b>
<b>L'item n'est pas assez détaillé.</b>	Trop simpliste. Trop limité/restrictif. Pas assez précis. Formulation trop vague. Trop court. Cela ne suffit pas. A développer. A reformuler : ce n'est pas clair. Manque d'exemple.
<b>La situation évoquée est trop rare.</b>	Rare de se retrouver dans ce cas. Trop peu rencontré en médecine générale.
<b>La formulation de l'item est trop complexe.</b>	Trop compliqué. Trop de données. Trop technique. Trop de texte, il faudrait résumer de manière plus synthétique. Trop d'items.
<b>La compétence étudiée par cet item n'est pas du niveau d'un interne de médecine générale.</b>	Ce n'est pas du 3ème cycle. Ni de la médecine générale. Ce n'est pas du niveau d'un interne.

<b>Cet item a déjà été proposé, il est redondant.</b>	Redondant. Fusionner tel item avec tel autre. Mixer tel item avec tel autre.
<b>Cet item est correct.</b>	Pas de modification. Clair et intéressant. Pas de changement

### 2.2.2 Remarques qui proposent de modifier l’item sur la forme ou sur le sens.

Les experts proposaient de modifier l’item de telle ou telle manière en changeant une tournure de phrase, en la raccourcissant/rallongeant, en ajoutant/retirant une notion, en modifiant un mot par un autre...

#### Voici quelques exemples de remarques des experts :

- «Je mettrais : obtiens l'adhésion du patient en intermédiaire»,
- «Pour le novice, je mettrais sur 2 lignes séparées : mène un entretien directif centré... et mène un interrogatoire trop directif... »,
- « " N'explore pas l'intégration des plaintes dans la vie du patient." Pas clair à comprendre ? Plutôt : " N'explore pas le retentissement des plaintes dans la vie du patient " »,
- «Pour le novice, je mettrais une virgule entre empathie et ni d'écoute. »,
- «Pour l'intermédiaire, je mettrais 2 propositions différentes : Prend du temps... et tente de rester... »

Ces deux types de remarques étaient essentiels à analyser. Elles étaient le socle du travail de reformulation. Elles nous ont guidé dans la tâche de réécriture des items le nécessitant.

Le travail d’analyse, de fusion et de reformulation des items de cette première ronde a permis de constituer les items de la seconde ronde Delphi. Au total, en additionnant les items restants et reformulés de la première ronde et les nouveaux items proposés par les experts, 63 items répartis dans les 6 compétences, ont été proposés lors de la deuxième ronde Delphi.

## 2.2.3 Exemple de reformulation d'un item lors de la première ronde.

Prenons l'exemple du premier item de la première ronde. Les remarques des experts ont été analysées afin d'aboutir à une reformulation. Après analyse, 4 items ont été reformulés et classés dans la sous-catégorie « communication ».

	Novice	Intermédiaire	Compétent
<b>Item n°1 proposé lors de la première ronde Delphi</b>	Explique les décisions. Obtient l'adhésion du patient. Utilise une communication verbale adaptée au patient (langage adapté et utilisation de questions fermées orientées). Identifie les difficultés relationnelles et communicationnelles (les siennes et celles du patient).	Identifie les données communicationnelles et relationnelles.	Structure l'entretien (respecte des silences, sait arrêter l'entretien, trouve un motif caché). Met en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique.
	Trop de données pour le novice		
	Commence à expliquer les décisions. Essaie d'obtenir l'adhésion du patient. . Identifie les difficultés relationnelles et communicationnelles (les siennes et celles du patient)	Identifie les données communicationnelles et relationnelles. Utilise une communication verbale adaptée au patient (langage adapté et utilisation de questions fermées orientées)	
Remarques faites par les experts		Je mettrais obtiens l'adhésion du patient en intermédiaire.	
			Vérifie la compréhension du patient et intègre son avis.
	met en œuvre une stratégie pour savoir ce qu'a compris le patient	formulation trop vague	L'interprétation risque d'être hétérogène
	"identifie les difficultés relationnelles..." : savoir définir ses propres difficultés est pour moi du domaine intermédiaire. A la rigueur, pour un novice, c'est noter les difficultés. Je mettrais les identifier pour Intermédiaire. Elaborer	"identifie...". au risque du paraître idiot, je ne comprends pas ce que vous voulez dire... Soit on change, soit on donne des exemples.	OK. Par contre, par "trouve un motif caché" entendez-vous "comprend un motif sous-entendu, non avoué par le patient" ou simplement "met en évidence dès le début de la consultation les différents motifs de consultations" ? finalement j'hésite à garder

	des solutions (même après la consultation, en débriefing, pour compétent).		cet item...
	"Identifie les difficultés relationnelles et communicationnelles (les siennes et celles du patient). " dans intermédiaire et compétent mais pas pour novice ...		
	utilise une communication essentiellement verbale Utilise une communication informative stéréotypée non centrée sur le patient justifie ses décisions en pensant que cela suffit à obtenir l'adhésion du patient Identifie la communication comme une compétence centrale à développer	Identifie ses difficultés relationnelles et communicationnelles Utilise une communication verbale adaptée au patient. Repère ses éléments de communication non verbaux et ceux du patient. Met en œuvre des démarches pour obtenir l'adhésion du patient Identifie les affects et les représentations du patient.	Utilise opportunément tous les éléments de la communication (verbale et non verbale) Utilise et sait expliciter des stratégies efficaces pour emporter l'adhésion du patient. Sait mettre en œuvre une relation d'aide.  Remarque : faute de catégorisation des items on a parfois un peu de mal à comprendre comment tout cela est classé
<b>Items reformulés /classés et proposés lors de la deuxième ronde</b>	<b>Communication</b>		
Item n°1	Commence à expliquer les décisions.	Explique les décisions.	Explique clairement les décisions.
Item n°2	Essaie d'obtenir l'adhésion du patient ?	Met en œuvre des démarches pour obtenir l'adhésion du patient.	Utilise des stratégies efficaces pour emporter l'adhésion du patient.
Item n°3	Sait noter les difficultés relationnelles et communicationnelles (les siennes et celles du patient).	Identifie les données communicationnelles et relationnelles (les siennes et celles du patient).	Met en place une relation de soutien et d'aide, à effet psychothérapeutique.
Item n°4	Utilise une communication essentiellement verbale.	Utilise une communication verbale adaptée au patient.	Utilise opportunément tous les éléments de la communication (verbale et non verbale).

### **3 Deuxième ronde Delphi**

La liste des items proposée lors de cette première ronde, se trouve dans l'annexe n°8.

Parmi les 15 experts qui étaient volontaires à la participation de l'étude, 10 experts (soit 67 %) avaient répondu intégralement au questionnaire de la deuxième ronde.

La liste des items conservés au terme de cette deuxième ronde Delphi se trouve à partir de la page 65.

## 3.1 Analyse statistique

### 3.1.1 Compétence relation, communication, approche centrée patient

Tableau 15 : Cotation des participants par item, classement décroissant par rapport à la moyenne, items conservés encadrés en noir

		RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT										
		Participant n°										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Moyenne (écart-type)
Item n°	5	7	8	7	9	7	5	9	9	8	9	7,8 (1,32)
	6	8	4	7	7	5	8	9	7	8	9	7,2 (1,62)
	7	5	6	8	6	6	8	7	9	8	9	7,2 (1,4)
	11	8	8	8	9	7	8	6	8	7	3	7,2 (1,69)
	27	7	8	9	6	2	7	9	9	6	9	7,2 (2,2)
	18	6	8	9	7	6	6	9	5	5	9	7 (1,63)
	8	4	8	9	9	7	5	7	6	5	9	6,9 (1,85)
	3	5	8	4	5	5	8	9	9	6	9	6,8 (1,99)
	17	5	7	9	7	7	8	8	6	8	3	6,8 (1,75)
	4	5	3	6	5	7	8	9	8	7	9	6,7 (1,95)
	21	7	6	4	6	4	8	8	6	9	9	6,7 (1,83)
	24	7	8	9	4	2	5	9	7	8	6	6,5 (2,27)
	25	7	8	5	4	6	5	7	6	8	9	6,5 (1,58)
	19	7	3	9	5	5	8	3	6	9	9	6,4 (2,37)
	20	7	8	4	3	6	8	9	9	7	3	6,4 (2,32)
	1	5	8	5	5	8	7	6	7	1	9	6,1 (2,28)
	10	7	3	8	9	5	4	9	7	6	3	6,1 (2,28)
	9	7	5	4	8	3	8	4	9	8	4	6 (2,21)
	2	5	3	6	4	8	3	8	8	5	9	5,9 (2,23)
	16	7	6	4	8	4	8	9	3	7	3	5,9 (2,23)
	15	7	8	4	8	5	3	9	6	3	5	5,8 (2,15)
	13	7	5	9	3	3	7	7	1	3	9	5,4 (2,8)
	14	3	4	9	8	4	3	6	3	2	9	5,1 (2,69)
	26	7	6	5	5	5	7	2	6	3	1	4,7 (2,06)
	22	7	5	3	5	6	3	4	3	3	4	4,3 (1,42)
	23	5	3	4	6	6	4	4	5	1	3	4,1 (1,52)
	12	1	6	3	5	2	5	3	1	1	1	2,8 (1,93)
Nb total d'items	27											

Tableau 16 : Nombre d'items par cotation

		Nombre d'items
Cotation allant de	7 à 9	6
	4 à 6,99	20
	1 à 3,99	1

Pour la première compétence, 6 items ont été conservés en appliquant les règles statistiques. Ils ont effectivement un accord consensuel fort avec une cotation supérieure ou égale à 7. Pour ces 6 items, les cotations moyennées s'échelonnent de 7 à 7.8. Les écart-types sont faibles, allant de 1.32 à 1.69, sauf pour l'item 27, l'écart-type est un peu plus élevé à 2.2. Cela signifie que les cotations des experts participants sont proches les unes des autres, et que par conséquent, ils sont tous d'accord. D'autre part, un item (n°12) a un accord consensuel fort afin de ne pas figurer dans la grille d'évaluation, avec une cotation à 2.8 et un écart type relativement faible à 1.93, témoignant de l'accord des experts sur cette cotation. En outre, 20 items ont un accord consensuel relatif, avec des cotations s'échelonnant de 4.1 à 6.9, les écart-types sont parfois un peu plus importants (jusqu'à 2.8) témoignant d'un accord moins fort entre les experts.

Ainsi les items n° 5, 6, 7, 11, 18, et 27 ont été conservés.

### 3.1.2 Compétence approche globale, prise en compte de la complexité

**Tableau 17 : Cotation des participants par item, classement décroissant par rapport à la moyenne, items conservés encadrés en noir**

		APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE										Moyenne (écart-type)	
		Participant n°											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Item n°	4	3	8	9	5	8	7	9	9	9	9	7,6 (2,07)	
	1	7	6	3	6	7	6	9	9	7	9		6,9 (1,85)
	7	5	6	9	8	4	8	4	7	9	9		
	5	7	7	7	8	9	7	6	9	7	1		6,8 (2,25)
	6	7	3	7	8	7	3	9	7	4	9		
	8	3	6	6	7	5	3	9	7	8	9		6,3 (2,16)
	3	7	5	6	7	6	8	6	7	5	1		
	2	6	3	9	4	6	2	3	6	7	4		5 (2,16)
Nb total d'items	8												

**Tableau 18 : Nombre d'items par cotation**

		Nombre d'items
Cotation allant de	7 à 9	1
	4 à 6,99	7
	1 à 3,99	0

Pour la deuxième compétence, 5 items ont été conservés en appliquant les règles statistiques. Un item (n°4) a effectivement un accord consensuel fort avec une cotation moyennée supérieure ou égale à 7 et un écart-type à 2.07. Les 4 autres items (n°1, 5, 6 et 7) ont été « repêchés » parmi les items ayant une cotation allant de 4 à 6.99. Pour ces 4 items, les cotations s'échelonnent de 6,4 à 6,9 et les écart-types sont un peu élevés, allant de 1.85 à 2.27. Cela signifie que les cotations des experts sont assez proches les unes des autres, et que par conséquent ils sont plutôt d'accord. Aucun item n'a d'accord consensuel fort afin de ne pas figurer dans la grille d'évaluation.

Ainsi les items n° 1, 4, 5, 6, et 7 ont été conservés.

### 3.1.3 Compétence éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire

**Tableau 19 : Cotation des participants par item, classement décroissant par rapport à la moyenne, items conservés encadrés en noir**

		EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE											
		Participant n°											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Moyenne (écart-type)	
Item n°	4	7	8	9	7	7	7	8	9	7	9	7,8 (0,92)	
	1	7	7	8	8	6	3	8	9	7	9	7,2 (1,75)	
	8	8	8	9	8	6	3	5	7	6	9	6,9 (1,91)	
	7	7	8	7	6	2	8	6	7	6	9	6,6 (1,9)	
	2	7	7	8	4	5	8	8	4	2	9	6,2 (2,3)	
	3	7	3	9	4	3	7	4	8	6	9	6 (2,36)	
	6	8	8	8	4	5	7	4	9	6	1	6 (2,49)	
	5	6	5	5	6	8	2	4	6	4	4	5 (1,63)	
	9	8	6	6	3	2	5	3	4	7	1	4,5 (2,27)	
Nb total d'items	9												

**Tableau 20 : Nombre d'items par cotation**

		Nombre d'items
Cotation allant de	7 à 9	2
	4 à 6,99	7
	1 à 3,99	0

Pour la troisième compétence, 5 items ont été conservés en appliquant les règles statistiques. Deux items (n°1 et 4) ont effectivement un accord consensuel fort avec des cotations moyennées supérieures ou égales à 7 et des écart-types à 0,92 et 1,75. Les 3 autres items (n°2, 7 et 8) ont été « repêchés » parmi les items ayant une cotation allant de 4 à 6.99. Pour ces 3 items, les cotations s'échelonnent de 6.2 à 6.9 et les écart-types sont un peu élevés, allant de 1.9 à 2.3. Cela signifie que les cotations des experts sont assez proches les unes des autres, et que par conséquent, ils sont plutôt d'accord. Aucun item n'a d'accord consensuel fort afin de ne pas figurer dans la grille d'évaluation.

Ainsi les items n° 1, 2, 4, 7 et 8 ont été conservés.

### 3.1.4 Compétence premier recours, urgences

**Tableau 21 : Cotation des participants par item, classement décroissant par rapport à la moyenne, items conservés encadrés en noir**

		PREMIER RECOURS, URGENCES										Moyenne (écart-type)
		Participant n°										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Item n°	17	9	8	9	9	7	6	7	7	7	9	7,8 (1,14)
	7	8	7	8	7	7	8	9	9	4	9	7,6 (1,51)
	14	8	6	9	8	6	7	8	6	7	9	7,4 (1,17)
	16	8	7	8	9	8	7	6	9	3	9	7,4 (1,84)
	11	6	8	7	9	7	7	3	9	4	9	6,9 (2,08)
	1	7	8	5	5	6	5	7	9	6	9	6,7 (1,57)
	2	8	8	4	7	6	7	8	6	3	9	6,6 (1,9)
	3	8	6	7	6	8	6	8	5	3	9	6,6 (1,78)
	9	8	3	8	9	8	7	6	3	5	9	6,6 (2,27)
	10	8	7	5	9	2	5	8	8	4	9	6,5 (2,37)
	6	8	8	9	4	1	7	8	8	1	9	6,3 (3,13)
	12	8	8	4	7	2	5	6	7	7	9	6,3 (2,11)
	5	8	6	6	5	7	7	8	9	5	1	6,2 (2,25)
	13	8	2	5	6	3	8	9	6	6	9	6,2 (2,39)
	15	7	4	4	5	9	5	7	8	8	1	5,8 (2,44)
	8	8	7	8	6	6	7	2	7	2	1	5,4 (2,67)
	4	8	3	7	2	5	3	3	7	3	9	5 (2,54)
Nb total d'items	17											

**Tableau 22 : Nombre d'items par cotation**

		Nombre d'items
Cotation allant de	7 à 9	4
	4 à 6,99	13
	1 à 3,99	0

Pour la quatrième compétence, 5 items ont été conservés en appliquant les règles statistiques. 4 items (n°7, 14, 16 et 17) ont effectivement un accord consensuel fort avec des cotations moyennées supérieures ou égales à 7 et des écart-types allant de 1.14 à 1.84. Un item (n°11) a été « repêché » parmi les items ayant une cotation allant de 4 à 6.99. Pour cet item, la cotation est à 6.9 et l'écart-type est à 2.08. Cela signifie que les cotations des experts sont assez proches les unes des autres, et que par conséquent, ils sont plutôt d'accord. Aucun item n'a d'accord consensuel fort afin de ne pas figurer dans la grille d'évaluation.

Ainsi les items n° 7, 11, 14, 16 et 17 ont été conservés.

### 3.1.5 Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

**Tableau 23 : Cotation des participants par item, classement décroissant par rapport à la moyenne, items conservés encadrés en noir**

		CONTINUE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT										
		Participant n°										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Moyenne (écart-type)
Item n°	6	9	8	9	8	6	7	8	7	6	9	7,7 (1,16)
	11	8	8	9	9	6	7	7	7	3	9	7,3 (1,83)
	1	9	8	5	9	6	8	9	6	3	9	7,2 (2,1)
	5	8	8	8	7	3	7	9	6	7	9	7,2 (1,75)
	7	8	8	9	7	3	7	8	5	7	9	7,1 (1,85)
	10	8	5	8	9	7	5	8	7	8	5	7 (1,49)
	4	8	6	5	6	7	7	9	6	3	9	6,6 (1,84)
	2	9	6	5	9	2	8	8	9	7	1	6,4 (2,91)
	9	8	3	5	7	7	4	9	4	5	9	6,1 (2,18)
	12	8	7	9	6	3	6	6	4	5	1	5,5 (2,37)
	3	9	8	9	4	4	1	3	8	3	1	5 (3,2)
	8	7	3	5	3	2	1	8	6	3	9	4,7 (2,71)
Nb total d'items	12											

**Tableau 24 : Nombre d'items par cotation**

		Nombre d'items
Cotation allant de	7 à 9	6
	4 à 6,99	6
	1 à 3,99	0

Pour la cinquième compétence, 6 items ont été conservés en appliquant les règles statistiques. 6 items (n°1, 5, 6, 7, 10 et 11) ont effectivement un accord consensuel fort avec des cotations moyennées supérieures ou égales à 7 et des écart-types allant de 1,16 à 2,1. Cela signifie que les cotations des experts sont assez proches les unes des autres, et que par conséquent, ils sont tous d'accord. Aucun item n'a d'accord consensuel fort afin de ne pas figurer dans la grille d'évaluation.

Ainsi les items n° 1, 5, 6, 7, 10 et 11 ont été conservés.

### 3.1.6 Compétence professionnalisme

**Tableau 25 : Cotation des participants par item, classement décroissant par rapport à la moyenne, items conservés encadrés en noir**

		PROFESSIONNALISME										Moyenne (écart-type)
		Participant n°										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Item n°	11	8	8	8	8	8	8	9	9	6	9	8,1 (0,88)
	8	8	7	7	8	6	8	9	7	3	9	7,2 (1,75)
	4	7	6	8	8	6	7	8	6	6	9	7,1 (1,1)
	13	8	4	9	7	8	7	8	7	3	9	7 (2)
	5	7	8	7	7	7	5	7	9	3	9	6,9 (1,79)
	9	8	8	6	6	7	5	6	8	6	9	6,9 (1,29)
	2	8	6	8	9	5	8	7	6	1	9	6,7 (2,41)
	10	8	5	6	5	3	7	8	7	9	9	6,7 (1,95)
	1	8	8	7	7	2	8	7	6	3	9	6,5 (2,27)
	7	8	7	6	5	6	5	6	8	4	9	6,4 (1,58)
	12	5	4	6	7	9	8	4	9	3	9	6,4 (2,32)
	14	9	6	8	5	1	7	8	6	3	9	6,2 (2,62)
	3	3	5	6	6	5	7	7	6	6	9	6 (1,56)
	6	5	5	5	4	3	7	7	9	6	9	6 (2)
Nb total d'items	14											

**Tableau 26 : Nombre d'items par cotation**

		Nombre d'items
Cotation allant de	7 à 9	4
	4 à 6,99	10
	1 à 3,99	0

Pour la sixième compétence, 6 items ont été conservés en appliquant les règles statistiques. 4 items (n°4, 8, 11 et 13) ont effectivement un accord consensuel fort avec des cotations moyennées supérieures ou égales à 7 et des écart-types allant de 0,88 à 2,0. Deux items (n°5 et 9) ont été « repêchés » parmi les items ayant une cotation allant de 4 à 6,9. Pour ces items, la cotation est à 6,9 et les écart-types sont à 1,29 et 1,79. Cela signifie que les cotations des experts sont assez proches les unes des autres, et que par conséquent, ils sont tous d'accord. Aucun item n'a d'accord consensuel fort afin de ne pas figurer dans la grille d'évaluation.

Ainsi les items n° 4, 5, 8, 9, 11 et 13 ont été conservés.

### 3.1.7 Ensemble des compétences

Au total, 33 items ont été retenus lors de cette deuxième ronde, toutes compétences confondues. Parmi ces 33 items, 10 items (soit 30%) ont été « repêchés » car ils avaient une cotation trop légère. 23 items (soit 70%) avaient donc des cotations supérieures ou égales à 7 avec un accord consensuel fort. Les écart-types sont en général plutôt faibles pour les items sélectionnés et montrent que les experts sont d'accord entre eux.

## 3.2 Analyse des propositions des participants

Pour les mêmes raisons que lors de la première ronde, nous n'allons pas indiquer toutes les remarques des experts participants, ce qui serait trop complexe et difficile à lire dans ce manuscrit.

Mais ce que l'on peut remarquer, lors de cette deuxième ronde, c'est qu'il y a eu moins de remarques que lors de la première ronde. Le but de cette deuxième ronde n'étant pas la reformulation, il n'était pas demandé aux experts de faire des propositions pour chaque item.

Par ailleurs, nous avons remarqué que peu de remarques intéressaient les items qui ont été conservés lors de cette deuxième ronde. Les quelques remarques concernant ces items, ont été analysés et utilisés afin d'améliorer éventuellement les items concernés, et si cela nous semblait judicieux.

## 3.3 Tableaux finaux

Voici les tableaux, pour chacune des 6 compétences, des items ayant été retenus lors de la deuxième et dernière ronde Delphi. La numérotation des items correspond à la numérotation des items proposée lors de la deuxième ronde Delphi (permettant de se référer aux tableaux statistiques).

## 1. RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
<b>Conduite de l'entretien</b>			
5	Mène un entretien directif centré sur le motif médical et utilise un jargon médical difficile à comprendre pour le patient. Mène un interrogatoire trop directif et trop policier.	Reformule, utilise des questions ouvertes, identifie des objectifs médecin-patient différents et les difficultés de l'entretien.	Mène en autonomie un entretien centré patient, reformule et recherche un consensus des objectifs médicaux.
6	Mène un entretien sans limite de temps et ne peut conclure.	Mène son entretien de manière logique et efficace mais dans un temps trop long.	Mène l'ensemble de la consultation dans un temps adapté aux horaires de la spécialité. Accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation.
7	Réalise des entretiens incomplets et superficiels, non orientés par les problèmes du patient.	Construit son entretien en fonction des problèmes posés par le patient.	Réalise des entretiens complets, précis et fiables, orientés en fonction des problèmes du patient.
11	Utilise un langage trop médical et ne rend pas intelligible ses décisions au patient.	Tente de mettre son vocabulaire à portée du patient, évite le jargon médical.	Utilise un langage clair et adapté au patient, vérifie la bonne compréhension du patient.
<b>Relationnel</b>			
18	Impose la décision.	Sollicite l'avis du patient.	Accepte le compromis avec le patient (négociation puis ouverture).
27	A des difficultés à communiquer avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient.	Communique facilement avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient.	Met en œuvre avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient.

## 2. APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
<b>Prise en charge dans la durée</b>			
1	Identifie la demande du patient. Ne propose pas de plan de soin hiérarchisé.	Propose un plan de soins hiérarchisé adapté au patient.	Négocie avec le patient un plan de soins hiérarchisé adapté.
<b>Démarche décisionnelle</b>			
4	Est conscient qu'il va devoir gérer l'incertitude, connaît le risque grave évitable des situations cliniques qu'il rencontre.	Pose des hypothèses diagnostiques tenant compte de la prévalence des maladies en médecine générale.	Propose un plan de soin adapté en situation d'incertitude avec des consignes permettant au patient de reconsulter à bon escient.
<b>Priorise en fonction du contexte patient</b>			
5	Mène sa consultation en étant basée uniquement sur une démarche bioclinique.	Identifie dans sa consultation les données psycho-sociales du patient.	Intègre dans sa démarche les données bio-psycho-sociales du patient.
6	Interroge sur les répercussions de la plainte mais n'en tient pas compte dans sa prise en charge.	N'intègre pas suffisamment l'avis du patient ni les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.	Intègre dans sa prise en charge l'avis du patient et les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.
7	Identifie qu'il existe un décalage entre les priorités et les représentations des patients et des professionnels de santé.	Mesure chez les patients les représentations liées aux problèmes de santé explicites et implicites.	Intègre les priorités et les représentations du patient dans sa démarche décisionnelle.
8	A une consultation centrée sur la demande exprimée par le patient.	Sait répondre aux besoins explicites du patient en hiérarchisant les plaintes.	Propose une réponse adaptée aux besoins explicites et implicites du patient, hiérarchisée en tenant compte de la gravité et des priorités du patient.

### 3. EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
<b>Prévention et dépistage</b>			
1	Comprend l'importance d'une démarche éducative et de prévention, sans l'intégrer dans les consultations.	Intègre les données de prévention et dépistage dans son interrogatoire et alimente le dossier du patient.	Réalise des consultations ou des parties de consultation dédiées à la prévention, à l'éducation et au dépistage.
2	N'interroge pas le patient sur les antécédents familiaux.	Interroge le patient sur les antécédents familiaux.	Explicite au patient les antécédents familiaux qui représentent un facteur de risque pour lui et leurs conséquences.
<b>Education du patient</b>			
4	Note les données de l'interrogatoire qui peuvent potentiellement être des facteurs de risque.	Evalue les connaissances du patient en matière de risque de santé, et les actions d'éducation possibles.	Mène son entretien afin d'amener le patient à être acteur de sa démarche de prévention.
<b>Implication action de santé publique</b>			
7	Connait les outils de prévention (carnet de santé...fiches information patients INPES ou autres ...).	S'informe et recherche d'autres outils de prévention/éducation patient.	Maitrise l'utilisation de ces outils et leur explicitation au patient.
8	Se contente de répondre aux problèmes ponctuels même si ceux-ci sont facilement gérables.	Pense à intégrer des actions de prévention ou de dépistage dans les situations de soins facilement gérables.	Est intéressé par la promotion de la santé et propose des démarches de prévention et dépistage individuel et/ou organisées validées.

#### 4. PREMIER RECOURS, URGENCES

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
<b>Aptitude thérapeutique</b>			
7	Est incapable de considérer les rapports bénéfiques /risques dans sa décision.	Sait évaluer les rapports bénéfiques/risques dans sa décision.	Intègre les rapports bénéfiques/risques dans sa décision.
<b>Gestion de l'urgence et des soins non programmés</b>			
11	A des difficultés à hiérarchiser ses tâches devant des demandes de soins non programmées.	Tente de hiérarchiser ses tâches.	Hiérarchise ses actions et organise son temps pour répondre aux soins non programmés.
14	Identifie l'urgence biomédicale.	Repère les situations d'urgences ressenties par les patients, commence à identifier ce qui les sous-tend dans l'histoire du patient.	Est capable de répondre à une urgence ressentie de façon adaptée.
16	Ne sait pas prendre une décision en situation complexe.	Choisit une option et mène sa consultation en conséquence.	Est capable de prendre des décisions en situation complexe. Fait part des différentes options possibles au patient et se met d'accord avec lui sur l'option prioritaire.
<b>Gestes techniques</b>			
17	Découvre l'indication et accepte l'apprentissage des gestes techniques prévalents en médecine générale avec sécurité.	Sait poser l'indication et exécute en supervision certains gestes techniques prévalents en médecine générale.	Sait poser l'indication et réalise en autonomie et avec sécurité les gestes techniques prévalents en médecine générale.

## 5. CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
<b>Tenu du dossier médical</b>			
1	Néglige les éléments du dossier médical.	Explore le dossier uniquement sur les dernières consultations.	Se fait une idée complète de l'histoire du patient en exploitant les éléments contenus dans le dossier médical.
<b>Outils de coordination</b>			
5	Sait recueillir des données auprès de l'entourage, et des autres professionnels de santé.	Sait exploiter ces données, et établir des plans d'action pour les proches et les paramédicaux intervenants auprès du patient.	Est capable de mobiliser les ressources familiales, paramédicales et sociales adaptées aux besoins du patient (organisation d'un maintien à domicile).
6	Programme des examens systématiques, non justifiés.	Programme des examens adaptés au problème posé mais sans tenir compte de ce qui a été fait.	Programme une démarche paraclinique adaptée à ce qui a déjà été fait et au problème posé.
7	Rédige ses ordonnances et ses courriers sans expliciter, ni argumenter sa demande.	Rédige des courriers structurés et adaptés, où commence à apparaître explicitement son attente.	Argumente et négocie le choix de la structure ou du correspondant auquel il adresse le patient par des courriers circonstanciés, avec une argumentation et une question précise.
<b>Connaissance et Choix des partenaires de santé.</b>			
10	Découvre et comprend le travail en équipe en ambulatoire.  Identifie les difficultés de communication avec les intervenants extérieurs.	Communique les éléments lui semblant importants aux membres de l'équipe soignante.  Met en œuvre une collaboration avec les intervenants extérieurs.	Communique avec aisance et s'assure que les données du suivi du patient sont connues de l'ensemble des intervenants dans l'intérêt du patient.  Organise et coordonne les soins du patient à domicile.
11	N'est pas attentif à la continuité des soins, reste centré sur le problème ponctuel. N'enonce aucun plan de soin au long cours.	Enonce un plan de soin stéréotypé correspondant à la pathologie prise en charge et planifie le suivi à court terme.	Organise le suivi au long cours, propose un calendrier adapté au patient, à sa situation et y intègre les principaux intervenants en rapport avec ces étapes.

## 6. PROFESSIONNALISME

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
<b>Iatrogénie</b>			
4	N'évoque jamais la iatrogénie dans sa prise en charge.	S'interroge sur la possibilité d'une origine médicamenteuse, médicale, paramédicale devant un symptôme.	Énonce les possibilités de déclaration de pharmacovigilance.
<b>Ethique</b>			
5	N'est pas préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient).	Intègre dans sa pratique le respect et l'éthique dans la majorité des situations.	Est préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient).
8	N'oppose pas le secret médical en cas de maladie lui semblant bénigne.	Communique sur les pathologies du patient en opposant le secret médical si cela lui semble nécessaire.	Rappel à bon escient à l'entourage l'obligation de secret médical.
<b>Ressources de formation</b>			
9	Fait appel à ses savoirs théoriques.	Utilise les données des patients et connaît les recommandations. Ébauche la lecture critique d'article.	Pratique la médecine en utilisant la médecine basée sur des preuves (Evidence-Based Medicine).
11	Découvre la nécessité de questions sur sa pratique et l'autoévaluation, n'a aucune réflexivité.	Est capable de se poser des questions sur sa pratique.	Réflexif, se pose des questions avant, pendant et après l'action, a une bonne capacité d'autoévaluation.
13	Est insuffisamment motivé dans l'acquisition des connaissances.	Est intéressé par l'acquisition des connaissances sans pour autant mettre en œuvre des stratégies de recherche adéquates.	Est motivé pour apprendre, est à la recherche d'informations validées et actualisées.



# Discussion

# 1 Discussion sur la Méthode

## 1.1 Forces

Une des forces de cette étude est un taux de réponse à 80% lors de la première ronde Delphi, puis de 67% lors de la deuxième ronde, ce qui est très favorable. Ceci pouvant d'une part s'expliquer par le fort investissement des participants, mais également par la présentation, la lisibilité du questionnaire, et la possibilité pour les experts de s'exprimer anonymement.

Il n'y a pas, à ce jour, d'études qui ont cherché à élaborer une grille d'évaluation de ce format. Notre protocole, utilisant la méthode Delphi, s'avère propice et efficace pour l'aboutissement de cette étude. Effectivement, elle a permis de collecter une diversité d'opinions d'experts dans un domaine précis et où les données sont quasi inexistantes. Cette collecte a été réalisée à distance, sans que les participants ne se déplacent, ni ne se rencontrent. Le Delphi a l'avantage d'être flexible dans son organisation et dans l'administration du questionnaire, en comparaison d'autres méthodes telle que le groupe nominal par exemple.

Les items initiaux proposés lors de la première ronde, étaient le fruit d'un travail de recueil de données de la littérature et du travail débuté en ateliers lors de la journée des MSU en juin 2014. Cet ensemble d'items, était large et abordait de nombreuses notions. Ceci constituait une base riche pour les experts, afin de travailler à la constitution consensuelle d'un ensemble d'items restreint, mais le plus exhaustif possible, pour l'évaluation des internes.

## 1.2 Limites

Concernant le recueil de données auprès des différentes facultés de médecine et pharmacie, le travail de synthèse des items s'est appuyé sur les grilles des principales facultés françaises, et non de façon exhaustive sur l'ensemble des facultés françaises. Ce travail aurait pu s'intéresser à toutes les facultés françaises, mais également être élargi aux facultés étrangères. Ceci aurait cependant augmenté

le temps de recherche universitaire.

Par ailleurs, ce travail de synthèse aurait pu être amélioré en le réalisant à plusieurs analystes. Ce qui aurait, de plus, augmenté l'objectivité de l'étude.

Les experts que nous avons sélectionné étaient des MSU et enseignants de la faculté de Rouen. Ils connaissaient, a priori tous, très bien les notions de compétence et de niveau générique. Nous aurions pu élargir la sélection à d'autres MSU, qui ne connaissaient pas ou peu les notions de compétence et de niveau génériques. Le risque principal était d'obtenir un nombre de participants et de remarques trop conséquent, nous empêchant d'en faire l'analyse correctement. En effet, lors de cette étude, un temps de travail important a été dédié à l'analyse des remarques des 12 participants portant sur les 62 items. Il aurait sans doute été compliqué de faire ce travail avec un plus grand nombre de participants et par conséquent un plus grand nombre de remarques.

D'autre part, le taux de participation chute d'une ronde à l'autre et passe de 80% lors de la première ronde Delphi à 67% lors de la deuxième. Ceci peut s'expliquer par le fait, que les questionnaires étaient trop longs et que dans la deuxième ronde, il fallait répondre intégralement au questionnaire afin de pouvoir l'envoyer. Les participants qui n'avaient pas le temps de le remplir intégralement en une seule fois, ont sans doute abandonné le remplissage du questionnaire en cours de route et n'y sont pas revenus par la suite. Il se peut aussi que des participants n'aient pas voulu poursuivre l'étude.

Le travail de fusion/reformulation des items, était basé sur l'analyse des remarques des experts. Dans notre travail, nous avons avec le Dr MAUVIARD, considéré celles qui nous semblaient les plus pertinentes. De ce fait, il se peut que nous ayons orienté la reformulation des items dans un sens donné. Bien que nous ayons travaillé sur la reformulation des items à deux analystes, nous pouvons parler de biais d'interprétation (31). Si l'on devait reproduire ce travail avec un autre groupe d'analyse, il est possible que la reformulation des items soit différente.

## 2 Discussion sur les résultats

Lors de la première ronde Delphi, certains participants ont parfois répondu partiellement voire omis complètement de répondre au questionnaire pour une compétence. Ceci est explicable par le paramétrage volontaire du questionnaire sous Google Forms que nous avons réalisé. Effectivement, nous avons choisi pour ce premier questionnaire, que les participants puissent nous envoyer un questionnaire partiellement rempli. Ceci leur permettait de reprendre le questionnaire plus tard s'ils n'avaient pas eu le temps de le remplir entièrement. Lors de la deuxième ronde, nous avons modifié les paramètres du questionnaire. Nous avons imposé le remplissage complet du questionnaire par les participants avant qu'ils puissent nous l'envoyer. Cela évitait d'obtenir des questionnaires remplis partiellement.

Si l'on considère le manque de réponses par les participants lors de la première ronde, cela représente 60 non réponses sur 744 prévus. Soit 8.06% de non réponses. Autrement dit, le questionnaire de la première ronde a été rempli à 92%. Lors de la deuxième ronde, les questionnaires ont été remplis à 100%, mais il y avait deux experts en moins que lors de la première ronde.

Lors de la deuxième ronde, 70% des items sélectionnés avaient une cotation supérieure ou égale à 7 avec un accord consensuel fort. Ceci est très favorable, et signifie que les 2/3 des items retenus dans cette grille d'évaluation, sont fortement acceptés par les experts et de façon consensuelle.

Malgré la possibilité donnée aux experts d'ajouter des items pour chaque compétence en fin de questionnaire, nous remarquons que certains thèmes n'ont pas été abordés. Notamment sur le côté organisationnel de la médecine libérale (comptabilité, gestion du personnel, fiscalité, planning des rendez-vous, logiciels médicaux ...), sur les rapports avec les instances administratives, institutionnelles et médicales (sécurité sociale, l'ARS, URPS, la justice, la PMI, la santé scolaire et au travail, le conseil de l'ordre de médecins, les syndicats ...), sur les documents administratifs utilisés en MG. Certaines de ces notions, apparaissaient partiellement

dans la grille de la faculté de médecine de Rouen, mais elles ne sont pas réapparues lors de cette étude. Il est probable que ces notions n'apparaissent pas essentielles aux yeux des experts, ou bien ces notions appartiennent à un niveau supérieur de compétence. Il est possible également que ces notions n'aient pas été évoquées par les experts car elles n'apparaissent pas dans les autres grilles d'évaluation d'après lesquelles ils se sont inspirés.

Contrairement à la grille du CNGE, nous remarquons que certains des items formulés/sélectionnés apprécient le novice avec des termes négatifs voire péjoratifs. La philosophie du CNGE ne décrit pas le niveau novice comme le « mauvais élève », mais comme une étape pour accéder au niveau compétent. Il semble que dans cette étude, les experts interrogés en aient peu tenu compte dans leur proposition de reformulation. Probablement que les experts n'ont pas intégré complètement la notion d'évaluation critériée et qu'ils ont conservé des réflexes d'évaluation normative.

Les items finalement sélectionnés par les experts au terme de la deuxième ronde Delphi, sont pour certains très proches sur le fond. Dans la première compétence (relation, communication, approche centrée patient), les items n°5 et n°11 abordent tous les deux la notion de langage médical. Il serait redondant de placer ces 2 items dans une grille d'évaluation.

Dans la troisième compétence (éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire) les items n°1 et 8 sont proches également et abordent tous deux les notions de prévention. Il serait également redondant de placer ces 2 items dans une grille d'évaluation.

Les items n°18 de la première compétence (relation, communication, approche centrée patient) et l'item n°6 de la deuxième compétence (approche globale, prise en compte de la complexité) abordent également une même notion, sur l'avis du patient, mais dans deux contextes différents. Il serait possible, mais peut-être redondant de placer ces deux items dans une grille d'évaluation.

Ce problème d'items proches sur le fond est explicable, par le fait que lors de la cotation, les experts n'ont pas trié les items qu'ils cotaient les meilleurs. Ils n'avaient donc pas conscience que certains des meilleurs items qu'ils avaient choisis étaient similaires. Ceci s'explique également par le fait, que plusieurs items que nous

propositions aux experts lors de la deuxième ronde, étaient proches. Par conséquent, si deux items proches sur le fond obtenaient une bonne cotation, alors ils étaient inévitablement tous les deux sélectionnés.

Lors de cette étude, nous avons atteint tous les objectifs visés. Effectivement, les items obtenus commencent tous de façon harmonieuse par un verbe, sont quasiment tous constitués d'une seule phrase. Pour la majeure partie, ils sont clairs, facilement compréhensibles. Après la mise en forme des items dans un tableau, la grille obtenue, est lisible sur une seule page pour chaque compétence, sans la contrainte de se reporter à des pages annexes. Il y a bien 5 à 10 items par compétence. La grille est critériée. Par rapport aux autres grilles que nous avons trouvées dans les autres facultés lors de notre recueil de données et celle proposée par le CNGE, aucune d'entre elles, n'entraîne intégralement dans les objectifs que nous nous étions fixés. En effet, comme nous l'avons détaillé au début du paragraphe « résultat », pour chacune des facultés, certaines de ces grilles d'évaluation ne prennent pas en compte les notions de compétence ni de niveau générique, d'autres sont peu lisibles car réparties dans plusieurs annexes, et elles ne sont pas critériées. La grille du CNGE n'est également pas critériée.

La grille d'évaluation obtenue est complète, simple, confortable à utiliser, facilement appropriable par l'évaluateur et par l'interne. Avec 33 items au total, on peut considérer qu'il faut une trentaine de minutes pour remplir cette grille d'évaluation.

### 3 Perspectives

Les items obtenus lors de notre étude, ont été reformulés et sélectionnés uniquement par des MSU. Il serait judicieux, une fois l'accord du DUMG, d'utiliser partiellement ou intégralement cette grille d'évaluation, de faire évaluer ces items par une cohorte d'étudiants, en dernier semestre d'internat de médecine générale, par exemple.

Comme l'évoquait le professeur TARDIF, la recherche de construction d'une grille d'évaluation à partir de modèles théoriques et d'expérience professionnelle, permet de cadrer et de guider la formation de l'interne (14). Il semblerait également judicieux, que l'interne soit évalué à plusieurs reprises au cours de son stage ambulatoire, afin qu'il puisse noter l'évolution de ses performances et se fixer des objectifs d'évolutions.



# Conclusion

Ce travail a permis de façon participative et rigoureuse d'élaborer une grille d'évaluation des internes de médecine générale en stage ambulatoire de niveau 1 et en SASPAS. Les items obtenus de façon consensuelle en fin de cette étude sont actualisés, ils tiennent compte des différents niveaux de compétence et des niveaux génériques. Ces items sont conformes aux objectifs (objectif primaire et secondaire), que nous avons fixé initialement. Ces items sont intégrables dans une grille d'évaluation de stage, et permettent d'évaluer un interne de médecine générale tout au long de ces stages ambulatoires. Ces items sont regroupés dans des grilles à partir de la page 65.

L'aboutissement de ce travail, réalisé avec le plus grand soin, pourra par la suite être présenté au département de médecine général de Rouen, afin d'être intégré partiellement ou intégralement dans la nouvelle grille d'évaluation, ou bien servir dans la réalisation d'un travail complémentaire.

Il serait très utile qu'une grille d'évaluation nationale soit éditée, en partenariat avec les différentes facultés de médecine françaises, afin de guider et d'harmoniser l'évaluation des internes de médecine générale en stage ambulatoire.

## Références bibliographiques

1. Historique du cngc [Internet]. 2012. Disponible sur: [http://www.cngc.fr/le\\_cngc/historique\\_du\\_cngc/](http://www.cngc.fr/le_cngc/historique_du_cngc/)
2. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. Disponible sur: [Legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
3. CAZARD S, RENARD V. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2011.
4. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>
5. Référentiel métier et compétences Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens.
6. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». Fond APRIL. SFMG:septembre 2010.
7. Guide de l'apprentissage par compétences, Ou comment mieux appréhender les évaluations du DES de médecine générale. ISNAR-IMG; 2013.
8. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. Disponible sur: [legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
9. LE MAUFF P, BAIL P, GARGOT F, GARNIER F, GUYOT H, HONNORAT C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale, Aspects théoriques, réflexions pratiques. *Exercer*. avr 2005;(73):63-9.
10. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales [Internet]. 2015. Disponible sur: [legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
11. ATTALI C, GHASAROSSIAN C, BAIL P, GOMES J, CHEVALLIER P, BEIS J-N, et al. La certification de la compétence des internes de médecine générale : mode d'emploi. *Exercer*. sept 2005;
12. CHARTIER S, ADELIN-DUFLLOT F, LE BRETON J, COMPAGNON L, BERCIER S, FERRAT E. La mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : aspects théoriques et retour d'expérience. *Exercer*. 2014;111(33-9).
13. FRAPPE P, ATTALI C, MATILLON Y. Socle historique des référentiels métiers et compétences en médecine générale. 2010;91:41-6.
14. COMPAGNON L, BAIL P, HUEZ J-F, STANIKIEWICZ B, GHASAROSSIAN C,

- ZERBIB Y, et al. Les niveaux de compétences. *Exercer*. 2013;108(156-64).
15. ATTALI C, BAIL P, MAGNIER A-M, BEIS J-N, GHASAROSSIAN C, GOMES J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer*. janv 2006;(n°76):31-2.
  16. ALLEN J-M, BRAILOVSKY C. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine, Dimensions of competence and priority topics for assessment. *Can Fam Physician • Médecin Fam Can*. sept 2011;57:e331-40.
  17. BOUCHER A. Pour un cursus d'études médicales axé sur les compétences. Cadre de formation. Les Presses du CPASS, Université de Montréal. :76 pages.
  18. ALLEN J, HEYRMAN J, GAY B, SVAB I, RAM P, CREBOLDER H. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. *WONCA Eur*. 2002;
  19. Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf>
  20. NGUYEN D, BLAIS J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 2007;(8):232-51.
  21. ATTALI C, HUEZ J-F, VALETTE T, LEHR-DRYLEWICZ A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;108:165-9.
  22. JOUQUAN J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *PEDAGOGIE MEDICALE*. 2002;38-52 - Volume 3 - Numéro 1.
  23. LEMANISSIER M. Validation d'une première liste d'indications d'échographies réalisables par le médecin généraliste. *Th Méd Caen*. :2013.
  24. FARAUT P. Consensus sur la composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste dans les Alpes-Maritimes. *Th Méd Nice*. 2013;
  25. CHIPEAUX E. Le « gut feeling » chez les médecins généralistes de terrain du Finistère: définition, modélisation et implications. *Th Méd Brest*. 2011;95p.
  26. Méthode DELPHI Dossier documentaire. ORSAS – Lorraine; 2009.
  27. SLOCUM N, ELLIOTT J, HEETERBEEK S. Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur. Fondation Roi Baudouin. mars 2006;
  28. CHARBONNEAU P, DIEHL J-L, GARRIGUES B, GUIDET B, JONQUET O, JOUVET P, et al. Methodologie de recommandations d'experts. Bur Consens Société Réanimation Lang Fr SRLF [Internet]. Disponible sur: <http://www.srlf.org/Data/pdf/methodologie-Recom-Experts-SRLF-6.pdf>
  29. BOOTO EKIONEA J-P., BERNARD P, PLAISANT M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la

- gestion des connaissances. *Rech Qual.* 2011;29(3):168-92.
30. PINEAULT R, DAVELUY C. La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies. *Agence Arc Montr.* 1986;231-6.
  31. FRAPPE P. *Initiation à la recherche.* 2011.



# Annexes

# Annexe n°1 : Tableaux des 6 compétences du CNGE

Tableau 27 : compétence Relation, communication, approche centrée patient

Niveau	Description du niveau
Niveau novice	• Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale
	• Connaît quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication
	• Connaît les caractéristiques fondamentales de la relation médecin-malade
	• Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doit faire l'objet d'une formation
	• Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « biomédicale », y perçoit des limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique
	• Utilise principalement une communication verbale
	• Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient
	• Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient
Niveau Intermédiaire	• Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias
	• Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle
	• Dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions (voir aussi approche globale et complexité)
	• Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient
	• Accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation
	• Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles
Niveau compétent	• Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical
	• Met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique
	• En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier
	• Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux
	• Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient
	• Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci
	• Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause
• Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage	
• Met en œuvre, avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient	

Tableau 28 : compétence approche globale, prise en compte de la complexité

Niveau	Description du niveau
<b>Niveau novice</b>	• Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect biomédical aux dépens des aspects psychosociaux
	• Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement biomédicales
	• Entrevoit qu'il existe des données psychosociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte
	• Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie, mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui
<b>Niveau Intermédiaire</b>	• Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation
	• A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique
	• Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence)
	• Lors d'une consultation, il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier
	• Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion
	• Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin
<b>Niveau compétent</b>	• A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient)
	• Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle
	• Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient
	• Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser
	• Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant
	• Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient
	• En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture
	• Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient
	• Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

Tableau 29 : compétence éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire

Niveau	Description du niveau
Niveau novice	• Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste
	• Définit ce que recouvrent les trois niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire
	• Possède des notions de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses trois niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi)
	• Se sent responsable de la gestion de la santé du patient
	• Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient
Niveau Intermédiaire	• Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin
	• Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples
	• Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant
	• Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient
Niveau compétent	• Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient
	• Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient
	• Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur)
	• Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient
	• Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient

Tableau 30 : compétence premier recours, urgences

Niveau	Description du niveau
Niveau novice	• Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical
	• Évoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats
	• Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face
Niveau Intermédiaire	• Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte
	• Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais peine à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient
	• Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient
	• Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties
	• Étend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure
Niveau compétent	• Élargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé
	• Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions
	• S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins
	• Fait des diagnostics de situation
	• Évoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf. suivi)
	• Évoque la possibilité de symptômes biomédicalement inexplicables (SBI)
	• Élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient
• Gère les urgences ressenties par le patient	
• Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités	

**Tableau 31 : compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient**

Niveau	Description du niveau
Niveau novice	• Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients
	• Utilise le dossier médical
	• Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin
	• Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins
	• Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants
	• Met en place une relation médecin-malade fondée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites
Niveau Intermédiaire	• Se rend disponible pour la permanence des soins
	• Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations
	• Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi
	• Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche
	• Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi
	• Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours
Niveau compétent	• Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)
	• Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi
	• Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient
	• Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient
	• Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux
	• Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient
	• Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage
	• Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile
• Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins, y compris lors de ses absences	

**Tableau 32 : compétence professionnalisme**

Niveau	Description du niveau
Niveau novice	• Entrevoit un projet professionnel
	• Accepte son rôle d'interne
	• Présente un engagement altruiste envers le patient
	• Participe aux formations théoriques et pratiques du DES
Niveau Intermédiaire	• Manifeste un engagement pour la médecine générale
	• S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques
	• Prend conscience du besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences
	• Définit des objectifs de formation en fonction de son projet professionnel
Niveau compétent	• Organise son temps de travail
	• Assume sa responsabilité envers le patient et la société
	• Collabore avec les autres soignants
	• Organise son outil et son temps de travail
	• Améliore ses compétences
	• Prend en charge le patient avec altruisme
• S'implique dans le rayonnement de la discipline	



**EVALUATION DE STAGE DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE**  
Définition des 15 critères cités dans le tableau d'évaluation

<b>1 – RECUEIL DES DONNEES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Néglige l'expression spontanée du patient</li> <li>- Dirige l'interrogatoire de façon restrictive</li> <li>- Se contente d'un examen orienté sur le symptôme</li> <li>- Ne s'intéresse pas aux examens déjà pratiqués</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueille les données administratives et socio-économiques</li> <li>- Est capable de gérer un entretien</li> <li>- Se préoccupe de l'anamnèse</li> <li>- Prend en compte toutes les plaintes</li> <li>- Consulte le dossier et le complète</li> <li>- Pratique un examen clinique adapté</li> <li>- Tient compte des examens déjà pratiqués</li> </ul>
<b>2 – INTERPRETATION DES DONNEES CLINIQUES ET PARA-CLINIQUES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne sait pas établir les hypothèses diagnostiques adaptées aux données recueillies</li> <li>- Pose un diagnostic à priori</li> <li>- Est incapable d'interpréter des résultats inattendus et les écarte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiérarchise les hypothèses</li> <li>- Tient compte de la prévalence des maladies</li> <li>- Intègre les facteurs sociaux et économiques</li> <li>- Tient compte de la valeur prédictive des examens</li> <li>- Interprète correctement les examens complémentaires</li> <li>- Base ses décisions sur tous ces facteurs et tient compte de toutes les alternatives</li> </ul>
<b>3 – UTILISATION DES DONNEES CLINIQUES ET PARA-CLINIQUES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aboutit à un diagnostic erroné</li> <li>- Prescrit un traitement inadapté</li> <li>- Ne reconnaît pas ses limites</li> <li>- Ne voit pas les relations entre les différents problèmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est capable de diagnostiquer l'urgence</li> <li>- Sait reconnaître le besoin d'explorations supplémentaires</li> <li>- Arrive à poser un diagnostic correct</li> <li>- Sait faire appel aux spécialistes</li> <li>- Prescrit le traitement adapté</li> </ul>
<b>4 – APTITUDES PRATIQUES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se désintéresse des actes techniques</li> <li>- Prend des risques inutiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaît les gestes techniques indispensables à un examen clinique correct</li> <li>- Maîtrise les gestes techniques nécessaires à sa fonction et à son orientation</li> </ul>
<b>5 – EFFICACITE EN CAS D'URGENCE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est mal à l'aise avec l'urgence</li> <li>- N'apprécie pas les éléments de gravité</li> <li>- Ne sait pas être disponible</li> <li>- Fait appel sans discernement au système de garde d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A une bonne formation d'urgentiste (diagnostic, indication, gestes)</li> <li>- Participe activement à l'équipe d'urgence</li> <li>- Sait obtenir et organiser les secours appropriés</li> </ul>
<b>6 – PRISE EN CHARGE GLOBALE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne s'intéresse qu'au diagnostic et aux actes techniques</li> <li>- N'envisage aucun suivi</li> <li>- Renouvelle les traitements sans examen</li> <li>- Prescrit de façon non pertinente et dangereuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organise le suivi</li> <li>- Rationalise la prescription des examens complémentaires et des thérapeutiques</li> <li>- Prend en compte les demandes du patient tout en tenant compte des interactions médicamenteuses</li> <li>- Repère les faits nouveaux et remet en question les décisions antérieures inappropriées</li> </ul>

<b>7 – RELATIONS HUMAINES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est indifférent</li> <li>- A une attitude distante, fermée, rigide</li> <li>- Impose des décisions sans négociation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sait mettre à l'aise le patient</li> <li>- Sait s'adapter à l'âge et au milieu socio-culturel</li> <li>- Sait écouter mais capable d'interrompre</li> <li>- S'intéresse à la biographie</li> <li>- Entend les demandes explicites et implicites</li> <li>- Explique toujours sa décision et obtient l'accord des patients</li> <li>- Travaille en équipe</li> </ul>
<b>8 – ETHIQUE PROFESSIONNELLE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evite toute collaboration</li> <li>- Est incapable de supporter les remarques de ses pairs</li> <li>- Critique ses confrères devant le patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agit pour que son action soit cohérente avec les autres démarches professionnelles</li> <li>- Respecte le code de déontologie</li> </ul>
<b>9 – DISPONIBILITE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est toujours en retard, indisponible</li> <li>- Est désorganisé</li> <li>- Est dilettante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponctuel, disponible et organisé</li> </ul>
<b>10 – CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A de grosses lacunes dans sa formation théorique</li> <li>- Ne cherche pas à les combler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A acquis et sait utiliser les connaissances biomédicales et psychologiques</li> <li>- Entretien et actualise ses connaissances</li> <li>- Aptitude à la lecture critique</li> </ul>
<b>11 – CURIOSITE SCIENTIFIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vit sur ses acquis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'intéresse et participe à la recherche et à l'évaluation</li> <li>- Participe activement aux réunions de service</li> </ul>
<b>12 – CAPACITE A PARTAGER LE SAVOIR</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne cherche pas à partager ses connaissances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est capable de transmettre son savoir aux patients, aux familles, aux infirmières, à ses pairs</li> </ul>
<b>13 – CONNAISSANCES ADMINISTRATIVES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ignore les contraintes administratives</li> <li>- Néglige les formulaires et documents administratifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'intéresse à la gestion administrative</li> <li>- Sait utiliser et remplit correctement les différents documents administratifs</li> </ul>
<b>14 – COUT DE LA SANTE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ignore le coût de ses décisions</li> <li>- Ne recherche pas la meilleure efficacité-coût</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A efficacité égale, choisit la solution la moins onéreuse</li> <li>- S'intéresse à l'Economie de la santé</li> </ul>
<b>15 – GESTION DE L'ENTREPRISE MEDICALE (stage chez le médecin généraliste)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- N'a aucune connaissance de gestion</li> <li>- Ignore la législation du travail</li> <li>- Ne se préoccupe pas de la formation du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participe à la vie du cabinet</li> <li>- S'intéresse à la gestion</li> <li>- Se préoccupe de son mode d'exercice ultérieur</li> </ul>

# Annexe n°3 : Grille d'évaluation de stage des internes de médecine générale de Paris-Créteil en 2014/2015

## Évaluation au terme du stage pratique

Compétences	Pour objet ou stage	Évaluation de fin de stage			Progression au cours de sensory Oui/Non	Commentaires
		Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant		
<b>Premier recours, urgences</b>						
Présente des aptitudes diagnostiques					Oui / Non	
Présente des aptitudes thérapeutiques					Oui / Non	
Présente des aptitudes à gérer l'urgence/les soins non programmés					Oui / Non	
Est capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en MG (voir liste du DMG)					Oui / Non	
<b>Approche globale, prise en compte de la complexité</b>						
Prend en compte la globalité du patient (données biomédicales, psychologiques, sociales, administratives, etc.)					Oui / Non	
Est capable de synthétiser les données recueillies					Oui / Non	
<b>Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire</b>						
Propose ou participe des actions de prévention					Oui / Non	
S'implique dans l'éducation du patient (en particulier l'éducation thérapeutique)					Oui / Non	
Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage					Oui / Non	
<b>Continuité, suivi et coordination des soins</b>						
Participe à l'organisation du suivi du patient					Oui / Non	
Vérifie que la transmission est faite entre les différents intervenants					Oui / Non	
S'implique dans la tenue et le suivi des dossiers					Oui / Non	
<b>Relation, communication, approche centrée patient</b>						
S'implique dans la relation <sup>et/</sup> ou la communication centrée sur l'intérêt du patient dans le respect du secret médical						
avec le patient					Oui / Non	
avec la famille					Oui / Non	
avec l'équipe de soins					Oui / Non	
avec les professionnels extérieurs au lieu de stage					Oui / Non	
Est capable d'expliquer une décision, une prescription					Oui / Non	
Est capable d'annoncer une nouvelle grave					Oui / Non	
<b>Professionnalisme</b>						
Comportement (ponctualité, assiduité, présentation, hygiène, propreté.)					Oui / Non	
Investissement (motivation, curiosité intellectuelle)					Oui / Non	
Autonomie / Prise de responsabilité					Oui / Non	
Respect, comportement éthique					Oui / Non	
<b>Conseils pédagogiques pour la suite du cursus</b>						

Carnet de validation du stage en médecine générale de niveau 2 DUERMG/ UPEC

2012\_11

11

### Critères d'évaluation des 3 niveaux

INS : insuffisant, INT : intermédiaire SAT : satisfaisant

#### Premier recours, incertitude, urgences

- **Présente des aptitudes diagnostiques**

**INS** : examen clinique souvent imprécis et superficiel, inadapté au problème posé ; connaissances des maladies et de leurs diagnostics limitées, mal organisées mal utilisées. Incapable de faire le lien entre les données recueillies et la pathologie. Faible capacité diagnostique

**INT** : examen assez précis, tentant de s'adapter au problème posé ; connaissances des maladies et de leurs diagnostics incomplètes, peu organisées ; analyse correcte des données recueillies et tentatives d'établir un lien avec les hypothèses diagnostiques.

**SAT** : examen précis, fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, découvre des signes discrets. Connaissances des maladies et de leur diagnostic approfondies, bien utilisées. Bonne analyse des données recueillies. Capable d'évoquer les hypothèses diagnostiques

- **Présente des aptitudes thérapeutiques**

**INS** : connaissance limitée des traitements courants en MG ; incapable de considérer les rapports bénéfices /risques ; ne prend pas en compte les risques et l'inconfort liés aux prescriptions

**INT** : connaissances incomplètes des traitements courants en MG ; prise en compte insuffisante des rapports bénéfice risque et des risques et l'inconfort liés aux prescriptions

**SAT** : bonne connaissance des traitements courants en MG. Intègre le rapport bénéfice risque dans sa décision. Minimise les risques et l'inconfort du patient

- **Présente des aptitudes à gérer l'urgence/les soins non programmés**

**INS** : ne prend pas efficacement en charge les urgences prévalentes en MG ambulatoire. A des difficultés à hiérarchiser ses tâches devant des demandes de soins non programmés.

**INT** : capable de prendre en charge les urgences les moins complexes parmi les urgences prévalentes en MG ambulatoire. Tente de hiérarchiser ses tâches.

**SAT** : capable de prendre en charge les urgences prévalentes en MG ambulatoire de façon adaptée ; Hiérarchise ses actions et organise son temps pour répondre aux soins non programmés

- **Est capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en MG**

**INS** : incapable de poser l'indication et de réaliser les gestes techniques prévalents en MG avec sécurité

**INT** : pose l'indication et exécute en supervision certains gestes techniques prévalents en MG

**SAT** : pose l'indication et réalise en autonomie et avec sécurité les gestes techniques prévalents en MG

#### Approche globale, prise en compte de la complexité

- **Prend en compte la globalité du patient (données biomédicales, psychologiques, sociales, administratives, etc.)**

**INS** : décision ne tenant pas compte de la prévalence ou de la gravité, uniquement basée sur une démarche bio clinique, n'intégrant pas l'avis du patient ni les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.

**INT** : décision tentant de prendre en compte la prévalence et la gravité et d'intégrer les données bio psycho sociales du patient

**SAT** : décision adaptée à la situation, tenant compte de la prévalence ou de la gravité, basée sur une démarche intégrant les données bio psycho sociales du patient et intégrant l'avis du patient et les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.

- **Est capable de synthétiser les données recueillies**

**INS** : présente des observations brouillonnes et non hiérarchisées

**INT** : organise les données de ses observations en tentant de les hiérarchiser

**SAT** : les dossiers présentent des données concises, précises, organisées et hiérarchisées en fonction des problèmes posés

A renvoyer à la scolarité du 3<sup>ème</sup> cycle bureau 104

**Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire**

- **Propose ou participe des actions de prévention**

**INS** : n'intègre pas la prévention ni le dépistage dans les consultations. Se contente de répondre aux problèmes ponctuels même si ceux-ci sont facilement gérables.

**INT** : pense à intégrer des actions de prévention ou de dépistage dans les situations de soins facilement gérables.

**SAT** : Intéressé par la promotion de la santé et propose des démarches de prévention et dépistage individuel <sup>et/ou</sup> organisé validées.

- **S'implique dans l'éducation du patient (en particulier l'éducation thérapeutique)**

**INS** : ne s'intéresse pas à l'éducation du patient, informations inexistantes, ne tient pas compte des représentations, des possibilités ou de l'avis du patient. Les objectifs ne sont ni explicités ni négociés. N'évalue pas les capacités et les apprentissages du patient.

**INT** : donne des informations, tente de prendre en compte les représentations du patient ; propose des objectifs éducatifs sans évaluer les capacités et les apprentissages du patient.

**SAT** : prêt à intégrer l'éducation à partir d'une démarche centrée patient et d'un diagnostic éducatif. Prend en compte les contraintes liées à la maladie et les préférences et possibilités du patient dans son contexte de vie et de travail.

- **Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage**

**INS** : ne s'implique pas spontanément dans les actions de santé publique ayant lieu dans son lieu de stage

**INT** : participe aux actions de santé publique de son lieu de stage s'il y est invité

**SAT** : s'implique spontanément et personnellement dans les actions de santé publiques ayant lieu dans son lieu de stage

**Continuité, suivi et coordination des soins**

- **Participe à l'organisation du suivi du patient**

**INS** : n'est pas attentif à la continuité des soins reste centré sur le problème ponctuel, ne planifie pas les étapes du suivi. Ne fait pas bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé

**INT** : pense à poser les étapes du suivi du patient à court terme ; y intègre les principaux intervenants en rapport avec ces étapes.

**SAT** : intègre dans sa décision la continuité des soins et planifie le suivi à court et moyen terme. Fait bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé chaque fois que nécessaire

- **Vérifie que la transmission est faite entre les différents intervenants**

**INS** : incapable de travailler en équipe difficultés de communication avec les intervenants extérieurs dans l'intérêt du patient

**INT** : communique les éléments qui lui semblent importants aux membres de son équipe

**SAT** : communique avec aisance et s'assure que les données du suivi du patient sont connues de l'ensemble des intervenants dans l'intérêt du patient

- **S'implique dans la tenue et le suivi des dossiers**

**INS** : les dossiers ne comportent pas le minimum requis (ATCD, motif de recours, demande réelle, hypothèses diagnostiques, décisions prises et projet de soins et de suivi)

**INT** : capable de renseigner les dossiers avec les items requis mais ne sont pas présents dans la majorité des dossiers

**SAT** : la majorité des dossiers comportent le minimum requis (ATCD, motif de recours, demande réelle, hypothèses diagnostiques, décisions prises et projet de soins et de suivi) de manière intelligible, concise et structurée.

**A renvoyer à la scolarité du 3<sup>ème</sup> cycle bureau 104**

**Relation, communication, approche centrée patient**

- **S'implique dans la relation et/ou la communication centrée sur l'intérêt du patient dans le respect du secret Médical**

**avec le patient**

**INS** : a de mauvais rapports avec le patient, réalise des entretiens incomplets superficiels, non orientés par les problèmes du patient. Coupe rapidement la parole au patient, ne propose pas de reformulation ou d'aide à l'expression du patient. N'explore pas l'intégration des plaintes dans la vie du patient.

**INT** : a de bons rapports avec les patients, tente de construire son entretien en fonction des problèmes posés par le patient, commence à structurer cet entretien

**SAT** : a des rapports courtois avec le patient; entretien complet précis fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, alterne questions ouvertes et fermées, reformule, respecte les silences, s'autorise à explorer le retentissement des plaintes dans la vie du patient

**avec la famille**

**INS** : mauvais rapport avec la famille des patients. N'oppose pas le secret médical en cas de maladie lui semblant bénigne. N'intègre pas l'influence de la famille dans sa décision

**INT** : a de bons rapports avec les familles ; communique sur les pathologies du patient en opposant le secret médical si cela lui semble nécessaire.

**SAT** : communique avec aisance avec les proches du patient en respectant le secret médical quelque soit la gravité de la pathologie. Intègre les influences possibles des proches dans la décision

**avec l'équipe de soins**

**INS** : a de mauvaises relations avec les membres de son équipe, manque de politesse et de respect.

**INT** : s'intègre avec politesse dans l'équipe de soins.

**SAT** : communique avec aisance avec les membres de l'équipe de soin dans le respect de l'expertise de chacun

**avec les professionnels extérieurs au lieu de stage**

**INS** : n'adapte pas la méthode de communication en fonction du professionnel. Ne tient pas compte du secret médical

**INT** : communique facilement avec les autres professionnels mais n'arrive pas à apprécier les limites du secret médical

**SAT** : communique efficacement avec les professionnels extérieurs au lieu de stage, dans l'intérêt du patient et dans le respect du secret médical

- **Est capable d'expliquer une décision, une prescription**

**INS** : utilise un langage trop médical et ne rend pas intelligible ses décisions au patient, ne tient pas compte de son avis

**INT** : tente de mettre son vocabulaire à portée du patient, évite le jargon médical

**SAT** : utilise un langage clair et adapté au patient, vérifie la bonne compréhension du patient et intègre son avis

- **Est capable d'annoncer une nouvelle grave**

**INS** : ne fait pas preuve d'empathie ni d'écoute attentive ; peut être brutal dans son annonce, ne prend pas en compte les signes non verbaux du patient

**INT** : prend du temps pour faire son annonce et tente de rester empathique face à la mobilisation de ses propres émotions

**SAT** : attentif aux signes non verbaux tout en restant empathique, permet au patient d'avancer à son rythme dans l'acceptation de la nouvelle grave dont il est l'objet

**A renvoyer à la scolarité du 3<sup>ème</sup> cycle bureau 104**

**Professionalisme**

- **Comportement (ponctualité, assiduité, présentation, hygiène, propreté,)**

**INS** : manque de ponctualité et d'assiduité. Ne prend pas les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne en MG.

**INT** : le plus souvent assidu et ponctuel ; mesures d'hygiène et de propreté respectées la plupart du temps

**SAT** : Ponctuel et assidu, met en place les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne en MG.

- **Investissement (motivation, curiosité intellectuelle)**

**INS** : insuffisamment motivé dans l'acquisition des connaissances. Faible capacité de lecture critique des données.

**INT** : intéressé par l'acquisition des connaissances sans pour autant mettre en œuvre des stratégies de recherche adéquates.

**SAT** : motivé pour apprendre ; à la recherche d'informations validées et actualisées, forte capacité à la lecture d'articles

- **Autonomie / Prise de responsabilité**

**INS** : ne se pose pas de questions sur sa pratique, incapable d'autoévaluation, aucune réflexivité. Ne se rend pas compte de ses limites, en termes de connaissances et compétences, incapable de prendre une décision en situation complexe

**INT** : capable de se poser des questions sur sa pratique, prend conscience de certaines de ses limites.

**SAT** : Réflexif, se pose des questions avant pendant et après l'action, bonne capacité d'autoévaluation. Connait ses limites en termes de connaissances et compétences et est capable de prendre des décisions en situation complexe.

- **Respect, comportement éthique**

**INS** : manque de respect du patient, de compassion et d'empathie, n'est pas préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient)

**INT** : intègre dans sa pratique le respect et l'éthique dans la majorité des situations

**SAT** : Honnête et respectueux des patients, capable de compassion et d'empathie, préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient)

## Annexe n°4 : Courriel de demande de participation à l'étude

Objet : Travail de thèse : Demande de participation, pour l'élaboration de la nouvelle grille d'évaluation des internes en stage ambulatoire, par méthode Delphi.

Bonjour,

Je suis Interne de médecine générale en 5ème semestre, débutant un travail de thèse sur l'élaboration de la nouvelle grille d'évaluation de stage, actualisée, simplifiée et pratique pour l'évaluateur et l'étudiant, après avis d'un groupe dit « expert » selon la méthode Delphi.

La grille actuellement utilisée à la faculté médecine de Rouen est obsolète et cette nouvelle grille utilisera les 6 niveaux de compétences du conseil national des enseignants généraliste (CNGE) ainsi que les niveaux génériques (novice, intermédiaire et compétent). Il n'existe actuellement pas de grille nationale, ni dans les autres facultés, répondant aux critères souhaités dans notre étude. Votre participation en tant qu'enseignant à la faculté et maître de stage des universités (MSU) est essentielle puisque votre travail d'expertise nous permettra de construire cette grille.

Un premier travail avait été entrepris en juin 2014 par les MSU, et nous aimerions le poursuivre. Ils avaient alors proposé une première trame d'items utilisables pour la grille d'évaluation, cependant ces items ne sont pas encore exploitables pour produire une grille valable, et un travail complémentaire est à fournir.

La méthode Delphi permet de faire une étude qualitative, elle se déroule sous la forme de « rondes » consistant en un recueil d'opinions et d'idées de chaque participant, dans le but d'obtenir le plus large consensus.

Si vous acceptez de participer, à chaque ronde, vous recevrez par courriel, un ensemble de propositions à approuver, avec la possibilité lors de la première ronde de reformuler des items et d'en ajouter. Ce recueil ne devrait pas vous prendre plus d'une vingtaine de minutes. Chaque nouvelle ronde utilisera les résultats de la ronde précédente, jusqu'à l'obtention d'un consensus. Il est prévu que l'étude débute au mois de mars 2015, qu'il y ait 2 à 3 rondes se déroulant sur 3 mois. Il est important que vous n'interagissiez pas avec les autres participants au risque de biaiser l'étude, en influençant l'opinion des autres. Par ailleurs vos réponses seront anonymisées.

Nous comptons sur votre participation et nous vous remercions par avance de nous la confirmer. Si vous ne souhaitez pas prendre part dans l'élaboration de cette grille, nous vous remercions également de nous en informer.

En attendant une réponse favorable de votre part, si vous avez des questions sur la méthode ou le sujet, n'hésitez pas à nous contacter.

Avec tous nos remerciements et nos salutations.

DELAHOUCHE Quentin  
Interne de médecine générale  
[quentin.delahoche@etu.univ-rouen.fr](mailto:quentin.delahoche@etu.univ-rouen.fr)

Dr MAUVIARD Elisabeth  
Directeur de thèse  
[e.mauviard@medsyn.fr](mailto:e.mauviard@medsyn.fr)

## Annexe n°5 : Courriel et texte introductif de la première ronde Delphi

Objet : Première ronde Delphi pour la rédaction d'une grille d'évaluation des compétences en stage ambulatoire des internes de médecine générale de Haute-Normandie.

Bonjour,

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de participer à cette première ronde Delphi et de bien vouloir compléter ce questionnaire **avant le 26 Mars 2015**, afin de pouvoir recueillir toutes les données avant la seconde ronde (prévue courant Avril).

Veillez trouver ci-dessous le lien vous permettant d'accéder au questionnaire :

[https://docs.google.com/forms/d/1l4fnmO29pXUhzWiJqCh-gVI\\_kjPVWkWhT\\_ts4bh\\_vOI/viewform?usp=send\\_form](https://docs.google.com/forms/d/1l4fnmO29pXUhzWiJqCh-gVI_kjPVWkWhT_ts4bh_vOI/viewform?usp=send_form)

Rédaction d'une grille d'évaluation des compétences en stage ambulatoire des internes de médecine générale de Haute-Normandie.

Première ronde Delphi.

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de participer à cette première ronde Delphi dans le but d'élaborer une grille d'évaluation de stage actualisée, simplifiée et pratique pour l'évaluateur et l'étudiant.

Ce questionnaire comporte 6 pages (une page par niveaux de compétences) avec une dizaine d'items par page, issu du travail d'un groupe de maîtres de stage des universités (MSU) de Rouen datant de juin 2014 et de grille d'autres facultés.

Dans ce premier questionnaire, il vous est demandé de dire si chaque item est intéressant ou non. Si vous conservez un item, il vous est possible de proposer une modification. Plus vos remarques seront précises, plus il sera facile de formuler des items clairs.

À la fin de chaque page, vous pouvez suggérer un ou plusieurs items qui seront proposés lors de la prochaine ronde.

Par ailleurs vos réponses sont anonymisées.

Nous vous remercions de compléter ce questionnaire avant le 26 Mars 2015 afin de pouvoir recueillir toutes les données avant la seconde ronde (prévue courant Avril).

Nous vous rappelons, qu'il est important que vous n'interagissiez pas avec les autres participants au risque de biaiser l'étude, en influençant l'opinion des autres.

D'un point de vue pratique:

- si vous n'avez pas le temps de remplir l'ensemble du questionnaire en une seule fois, vous pouvez envoyer le questionnaire partiellement rempli en vous rendant à la dernière page (bouton "Continuer" en bas de chaque page), et de rouvrir plus tard le questionnaire en ayant bien noté à quelle question vous vous étiez arrêtés;
- vous avez également la possibilité de revenir en arrière pour modifier vos réponses (bouton "Retour" en bas de chaque page) et après avoir rempli et envoyé le questionnaire.

Si vous avez des questions sur la méthode ou le sujet, n'hésitez pas à nous contacter.

Maintenant, c'est à vous...

DELAHOUCHE Quentin  
Interne de médecine générale  
[quentin.delahoche@etu.univ-rouen.fr](mailto:quentin.delahoche@etu.univ-rouen.fr)

Dr MAUVIARD Elisabeth  
Directeur de thèse  
[e.mauviard@medsyn.fr](mailto:e.mauviard@medsyn.fr)


Continuer »

Terminé à 14 %

Fourni par  Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Capture d'écran de la page d'accueil du questionnaire de la première ronde Delphi

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de participer à cette première ronde Delphi dans le but d'élaborer une grille d'évaluation de stage actualisée, simplifiée et pratique pour l'évaluateur et l'étudiant.

Ce questionnaire comporte 6 pages (une page par niveaux de compétences) avec une dizaine d'items par page, issu du travail d'un groupe de maîtres de stage des universités (MSU) de Rouen datant de juin 2014 et de grille d'autres facultés.

Dans ce premier questionnaire, il vous est demandé de dire si chaque item est intéressant ou non. Si vous conservez un item, il vous est possible de proposer une modification. Plus vos remarques seront précises, plus il sera facile de formuler des items clairs.

A la fin de chaque page, vous pouvez suggérer un ou plusieurs items qui seront proposés lors de la prochaine ronde.

Par ailleurs vos réponses sont anonymisées.

Nous vous remercions de compléter ce questionnaire avant le 26 Mars 2015 afin de pouvoir recueillir toutes les données avant la seconde ronde (prévue courant Avril).

Nous vous rappelons, qu'il est important que vous n'interagissiez pas avec les autres participants au risque de biaiser l'étude, en influençant l'opinion des autres.

D'un point de vue pratique :

- si vous n'avez pas le temps de remplir l'ensemble du questionnaire en une seule fois, vous pouvez envoyer le questionnaire partiellement rempli en vous rendant à la dernière page (bouton "Continuer" en bas de chaque page), et de rouvrir plus tard le questionnaire en ayant bien noté à quelle question vous vous étiez arrêtés ;

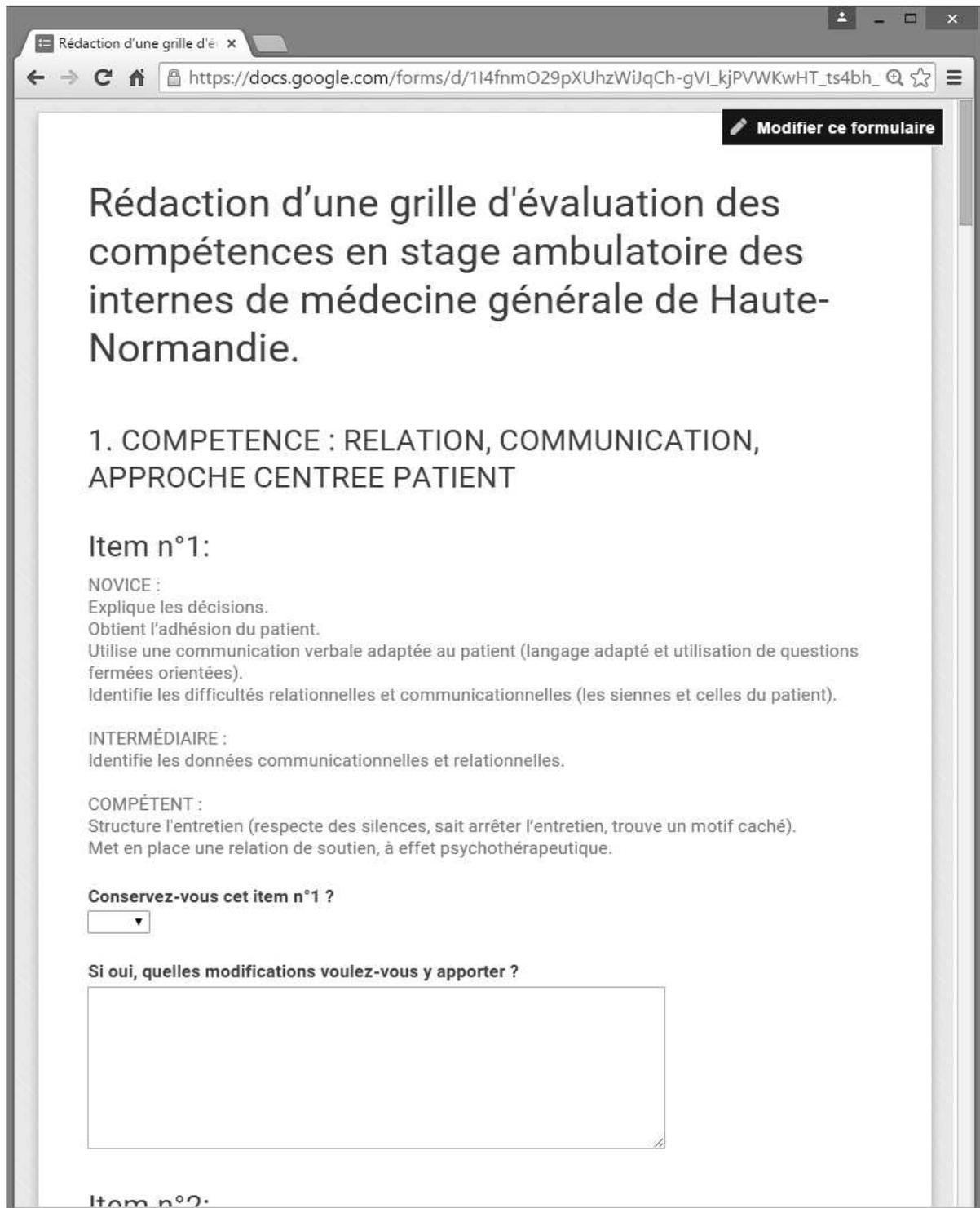
- vous avez également la possibilité de revenir en arrière pour modifier vos réponses (bouton "Retour" en bas de chaque page) et après avoir rempli et envoyé le questionnaire.

Si vous avez des questions sur la méthode ou le sujet, n'hésitez pas à nous contacter. Maintenant, c'est à vous...

DELAHOUCHE Quentin Interne de médecine générale  
[quentin.delahoche@etu.univ-rouen.fr](mailto:quentin.delahoche@etu.univ-rouen.fr)

Dr MAUVIARD Elisabeth Directeur de thèse [e.mauviard@medsyn.fr](mailto:e.mauviard@medsyn.fr)

## Annexe n°6 : Questionnaire de la première ronde Delphi



Rédaction d'une grille d'évaluation des compétences en stage ambulatoire des internes de médecine générale de Haute-Normandie.

**1. COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT**

**Item n°1:**

**NOVICE :**  
Explique les décisions.  
Obtient l'adhésion du patient.  
Utilise une communication verbale adaptée au patient (langage adapté et utilisation de questions fermées orientées).  
Identifie les difficultés relationnelles et communicationnelles (les siennes et celles du patient).

**INTERMÉDIAIRE :**  
Identifie les données communicationnelles et relationnelles.

**COMPÉTENT :**  
Structure l'entretien (respecte des silences, sait arrêter l'entretien, trouve un motif caché).  
Met en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique.

**Conservez-vous cet item n°1 ?**

**Si oui, quelles modifications voulez-vous y apporter ?**

Item n°2:

Capture d'écran première ronde Delphi, compétence relation, communication, approche centrée patient

Liste des items présentés lors de la première ronde Delphi, sans la présentation Google Forms (afin de limiter le nombre de pages) :

#### 1. COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

##### Item n°1 :

NOVICE : Explique les décisions. Obtient l'adhésion du patient. Utilise une communication verbale adaptée au patient (langage adapté et utilisation de questions fermées orientées). Identifie les difficultés relationnelles et communicationnelles (les siennes et celles du patient).

INTERMÉDIAIRE : Identifie les données communicationnelles et relationnelles.

COMPÉTENT : Structure l'entretien (respecte des silences, sait arrêter l'entretien, trouve un motif caché). Met en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique.

##### Item n°2 :

NOVICE : Mène un entretien directif centré sur le motif médical avec contrôle du débit et des sujets de l'entretien, mène un interrogatoire trop directif et trop policier.

INTERMÉDIAIRE : Reformule, utilise des questions ouvertes, identifie des objectifs médecin-patient différents et les difficultés de l'entretien, recherche un motif secondaire de consultation

COMPÉTENT : Mène en autonomie un entretien centré patient, reformule et recherche un consensus des objectifs médicaux.

##### Item n°3 :

NOVICE : A de mauvais rapports avec le patient.

INTERMÉDIAIRE : A de bons rapports avec le patient.

COMPÉTENT : A des rapports courtois avec le patient.

##### Item n°4 :

NOVICE : Réalise des entretiens incomplets superficiels, non orientés par les problèmes du patient. Coupe rapidement la parole au patient, ne propose pas de reformulation ou d'aide à l'expression du patient. N'explore pas l'intégration des plaintes dans la vie du patient.

INTERMÉDIAIRE : Tente de construire son entretien en fonction des problèmes posés par le patient, commence à structurer cet entretien.

COMPÉTENT : Entretien complet précis fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, alterne questions ouvertes et fermées, reformule, respecte les silences, s'autorise à explorer le retentissement des plaintes dans la vie du patient.

##### Item n°5 :

NOVICE : Ne fait pas preuve d'empathie ni d'écoute attentive ; peut-être brutal dans son annonce, ne prend pas en compte les signes non verbaux du patient.

INTERMÉDIAIRE : Prend du temps pour faire son annonce et tente de rester empathique face à la mobilisation de ses propres émotions.

COMPÉTENT : Est attentif aux signes non verbaux tout en restant empathique, permet au patient d'avancer à son rythme dans l'acceptation de la nouvelle grave dont il est l'objet.

##### Item n°6 :

NOVICE : Utilise un langage trop médical et ne rend pas intelligible ses décisions au patient, ne tient pas compte de son avis.

INTERMÉDIAIRE : Tente de mettre son vocabulaire à portée du patient, évite le jargon médical.

COMPÉTENT : Utilise un langage clair et adapté au patient, vérifie la bonne compréhension du patient et intègre son avis.

**Item n°7 :**

NOVICE : Accepte de communiquer avec l'entourage des patients.

INTERMÉDIAIRE : Communique avec l'entourage du patient, et avec le patient, en étant attentif au secret médical.

COMPÉTENT : Met en œuvre avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient.

**Item n°8 :**

NOVICE : A de mauvais rapports avec la famille des patients. N'oppose pas le secret médical en cas de maladie lui semblant bénigne. N'intègre pas l'influence de la famille dans sa décision.

INTERMÉDIAIRE : A de bons rapports avec les familles. Communique sur les pathologies du patient en opposant le secret médical si cela lui semble nécessaire.

COMPÉTENT : Communique avec aisance en compagnie des proches du patient en respectant le secret médical, quel que soit la gravité de la pathologie. Intègre les influences possibles des proches dans la décision.

**Item n°9 :**

NOVICE : Connait les caractéristiques fondamentales de la relation médecin malade (attitude respectueuse du patient).

INTERMÉDIAIRE : Repère et exprime les difficultés relationnelles et communicationnelles. Construit une relation en utilisant les habiletés d'une communication centrée patient. Accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation.

COMPÉTENT : Est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux. A une attitude empathique et bienveillante. Communique sur les erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause.

**Item n°10 :**

NOVICE : Met en place une communication extra-professionnelle.

INTERMÉDIAIRE : Met en place une communication utile à la profession.

COMPÉTENT : Utilise la communication extra-professionnelle et professionnelle.

**Item n°11 :**

NOVICE : Impose la décision.

INTERMÉDIAIRE : Sollicite l'avis du patient.

COMPÉTENT : Accepte le compromis avec le patient (négociation puis ouverture).

**Item n°12 :**

NOVICE : Ne sait pas refuser.

INTERMÉDIAIRE : N'argumente pas son refus.

COMPÉTENT : Sait motiver le refus.

**Item n°13 :**

NOVICE : A de mauvaises relations avec les membres de son équipe, manque de politesse et de respect.

INTERMÉDIAIRE : S'intègre avec politesse dans l'équipe de soins.

COMPÉTENT : Communique avec aisance avec les membres de l'équipe de soin dans le respect de l'expertise de chacun.

**Item n°14 :**

NOVICE : N'adapte pas la méthode de communication en fonction du professionnel. Ne tient pas compte du secret médical.

INTERMÉDIAIRE : Communique facilement avec les autres professionnels mais n'arrive pas à apprécier les limites du secret médical.

COMPÉTENT : Communique efficacement avec les professionnels extérieurs au lien de stage, dans l'intérêt du patient et dans le respect du secret médical.

**Vous voulez ajouter un item/ des items ?**

NOVICE : INTERMÉDIAIRE : COMPÉTENT :

## 2. APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

**Item n°1 :**

NOVICE : Identifie les décalages entre les souhaits du médecin et du patient.

INTERMÉDIAIRE : Explique au patient en termes adaptés le décalage.

COMPÉTENT : Intègre les décalages dans la décision.

**Item n°2 :**

NOVICE : Entend la demande du patient.

INTERMÉDIAIRE : Propose un plan de soins hiérarchisé adapté au patient.

COMPÉTENT : Négocie avec le patient un plan de soins hiérarchisé adapté.

**Item n°3 :**

NOVICE : Reste dans la demande ponctuelle.

INTERMÉDIAIRE : Traite de façon adaptée la consultation sans anticiper la durée.

COMPÉTENT : Implémente un plan de soins dans la durée.

**Item n°4 :**

NOVICE : Décide ne tenant pas compte de la prévalence ou de la gravité.

INTERMÉDIAIRE : Décide en tentant de prendre en compte la prévalence et la gravité.

COMPÉTENT : Décide de façon adaptée à la situation, tenant compte de la prévalence ou de la gravité.

**Item n°5 :**

NOVICE : Mène sa consultation en étant basée uniquement sur une démarche bio-clinique.

INTERMÉDIAIRE : Intègre les données bio-psycho-sociales du patient.

COMPÉTENT : Intègre dans sa démarche les données bio-psycho-sociales du patient.

**Item n°6 :**

NOVICE : N'intègre pas l'avis du patient ni les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.

INTERMÉDIAIRE : Interroge sur les répercussions de la plainte mais n'en tient pas compte dans sa prise en charge.

COMPÉTENT : Intègre dans sa prise en charge l'avis du patient et les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.

**Item n°7 :**

NOVICE : Recueille les données de l'interrogatoire sans les hiérarchiser avec des observations brouillonnes.

INTERMÉDIAIRE : Organise les données de ses observations en tentant de les hiérarchiser par priorité et sait les réorienter.

COMPÉTENT : Rédige des dossiers présentant des données concises, précises, organisées et hiérarchisées en fonction des problèmes posés avec anticipation des priorités.

**Vous voulez ajouter un item/ des items ?**

NOVICE : INTERMÉDIAIRE : COMPÉTENT :

### 3. EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

**Item n°1 :**

NOVICE : Comprend l'importance d'une démarche éducative et de prévention, sans l'intégrer dans les consultations.

INTERMÉDIAIRE : Intègre les données de prévention et dépistage dans son interrogatoire et alimente le dossier du patient.

COMPÉTENT : Réalise des consultations ou des parties de consultation dédiées à la prévention éducation dépistage.

**Item n°2 :**

NOVICE : N'explique pas et ne négocie pas les objectifs éducatifs.

INTERMÉDIAIRE : Propose des objectifs éducatifs.

COMPÉTENT : Prend en compte les contraintes liées à la maladie et les préférences et possibilités du patient dans son contexte de vie et de travail.

**Item n°3 :**

NOVICE : Note les données de l'interrogatoire potentiellement facteurs de risque.

INTERMÉDIAIRE : Évalue les connaissances du patient en matière de risque de santé, et les actions possibles.

COMPÉTENT : Mène son entretien afin d'amener le patient à être acteur de sa démarche de prévention.

**Item n°4 :**

NOVICE : Utilise les outils de prévention à sa portée (carnet de santé...).

INTERMÉDIAIRE :

COMPÉTENT :

**Item n°5 :**

NOVICE : N'interroge pas le patient sur les antécédents familiaux.

INTERMÉDIAIRE : Interroge le patient sur les antécédents familiaux.

COMPÉTENT : Explicite au patient les antécédents familiaux qui représentent un facteur de risque pour lui et les conséquences (plan de soin).

**Item n°6 :**

NOVICE : N'évalue pas les capacités et les apprentissages du patient.

INTERMÉDIAIRE : Évalue partiellement les capacités et les apprentissages du patient.

COMPÉTENT : S'adapte au stade de compréhension du patient.

**Item n°7 :**

NOVICE : Se contente de répondre aux problèmes ponctuels même si ceux-ci sont facilement gérables.

INTERMÉDIAIRE : Pense à intégrer des actions de prévention ou de dépistage dans les situations de soins facilement gérables.

COMPÉTENT : Est intéressé par la promotion de la santé et propose des démarches de prévention et dépistage individuel et/ou organisées validées.

**Item n°8 :**

NOVICE : Ne s'intéresse pas à l'éducation du patient, informations inexistantes, ne tient pas compte des représentations, des possibilités ou de l'avis du patient.

INTERMÉDIAIRE : Donne des informations, tente de prendre en compte les représentations du patient.

COMPÉTENT : Est prêt à intégrer l'éducation à partir d'une démarche centrée patient et d'un diagnostic éducatif.

**Item n°9 :**

NOVICE : Ne s'implique pas spontanément dans les actions de santé publique ayant lieu dans son lieu de stage.

INTERMÉDIAIRE : Participe aux actions de santé publique de son lieu de stage s'il y est invité.

COMPÉTENT : S'implique spontanément et personnellement dans les actions de santé publiques ayant lieu dans son lieu de stage.

**Vous voulez ajouter un item/ des items ?**

NOVICE : INTERMÉDIAIRE : COMPÉTENT :

#### **4. PREMIER RECOURS, URGENCES**

**Item n°1 :**

NOVICE : Se présente pour commencer un entretien.

INTERMÉDIAIRE : Accepte ses limites et énonce les ressources possibles pour trouver de l'aide.

COMPÉTENT : Organise sa consultation en fonction du degré d'urgence.

**Item n°2 :**

NOVICE : Mène sa consultation en restant centré sur le symptôme.

INTERMÉDIAIRE : Mène sa consultation autour des demandes du patient en s'intéressant à lui.

COMPÉTENT : Mène sa consultation en élargissant les pathologies dans un plan de santé global.

**Item n°3 :**

NOVICE : Examine de façon souvent imprécise et superficielle, inadaptée au problème posé. Connait de façon limitée les maladies et leurs diagnostics, qui sont mal organisés et mal utilisés. Est incapable de faire le lien entre les données recueillies et la pathologie. A une faible capacité diagnostic.

INTERMÉDIAIRE : Examine de manière assez précise, en tentant de s'adapter au problème posé. Connait des maladies et leurs diagnostics incomplètement, et sont peu organisés. Analyse correctement les données recueillies et tente d'établir un lien avec les hypothèses diagnostics.

COMPÉTENT : Examine de façon précise, fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, et découvre des signes discrets. Connait des maladies et leurs diagnostics approfondis, et sont bien utilisés. Analyse bien les données recueillies. Est capable d'évoquer les hypothèses diagnostics.

**Item n°4 :**

NOVICE : Connait de façon limitée les traitements courants en médecine générale. Est incapable de considérer les rapports bénéfices/risques. Ne prend pas en compte les risques et l'inconfort liés aux prescriptions.

INTERMÉDIAIRE : Connait incomplètement les traitements courants en médecine générale. Prend insuffisamment en compte les rapports bénéfice/risque, les risques et l'inconfort liés aux prescriptions.

COMPÉTENT : Connait bien les traitements courants en médecine générale. Intègre le rapport bénéfice risque dans sa décision. Minimise les risques et l'inconfort du patient.

**Item n°5 :**

NOVICE : Ne prend pas efficacement en charge les urgences prévalentes en médecine générale ambulatoire. A des difficultés à hiérarchiser ses tâches devant des demandes de soins non programmés.

INTERMÉDIAIRE : Est capable de prendre en charge les urgences les moins complexes parmi les urgences prévalentes en médecine générale ambulatoire. Tente de hiérarchiser ses tâches.

COMPÉTENT : Est capable de prendre en charge les urgences prévalentes en médecine

générale ambulatoire de façon adaptée. Hiérarchise ses actions et organise son temps pour répondre aux soins non programmés.

**Item n°6 :**

NOVICE : Est incapable de poser l'indication et de réaliser les gestes techniques prévalents en médecine générale avec sécurité.

INTERMÉDIAIRE : Sait poser l'indication et exécute en supervision certains gestes techniques prévalents en médecine générale.

COMPÉTENT : Sait poser l'indication et réalise en autonomie et avec sécurité les gestes techniques prévalents en médecine générale.

**Vous voulez ajouter un item/ des items ?**

NOVICE : INTERMÉDIAIRE : COMPÉTENT :

**5. CONTINUE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT****Item n°1 :**

NOVICE : Reprend les antécédents, résultats biologiques, et les derniers courriers.

INTERMÉDIAIRE :

COMPÉTENT :

**Item n°2 :**

NOVICE : N'évoque jamais la iatrogénie dans sa prise en charge.

INTERMÉDIAIRE : S'interroge sur la iatrogénie devant un symptôme.

COMPÉTENT : Enonce les possibilités de déclaration de pharmaco vigilance.

**Item n°3 :**

NOVICE :

INTERMÉDIAIRE :

COMPÉTENT : Peut expliciter les notions de directives anticipées et de personne de confiance.

**Item n°4 :**

NOVICE : Notifie dans le dossier médical le motif de consultation et la démarche diagnostic.

INTERMÉDIAIRE : Laisse des traces dans le dossier, en faisant la synthèse pour une utilisation ultérieure.

COMPÉTENT : A tout noté, avec une bonne traçabilité dans le dossier.

**Item n°5 :**

NOVICE : Prend en compte les facteurs de risque du patient et du traitement.

INTERMÉDIAIRE : Repère les motifs de consultation et sait les hiérarchiser.

COMPÉTENT : Repère bien les motifs de consultation et sait bien les hiérarchiser.

**Item n°6 :**

NOVICE : Sait recueillir des données auprès de l'entourage.

INTERMÉDIAIRE :

COMPÉTENT :

**Item n°7 :**

NOVICE : Mène un entretien sans limite de temps et ne peut conclure.

INTERMÉDIAIRE : Mène son entretien de manière logique et efficace mais dans un temps trop long.

COMPÉTENT : Mène l'ensemble de la consultation dans un temps adapté aux horaires de la spécialité.

**Item n°8 :**

NOVICE : Ne pense pas aux diagnostics urgents.

INTERMÉDIAIRE : Elimine par l'interrogatoire les diagnostics urgents.

COMPÉTENT : Mène son interrogatoire en commençant par éliminer une urgence vitale.

**Item n°9 :**

NOVICE : Programme des examens systématiques, non justifiés.

INTERMÉDIAIRE : Programme des examens adaptés au problème posé mais sans tenir compte de ce qui a été fait.

COMPÉTENT : Programme une démarche paraclinique adaptée à ce qui a déjà été fait et au problème posé.

**Item n°10 :**

NOVICE : Ne fait pas la différence entre une lettre et une ordonnance.

INTERMÉDIAIRE : Rédige des courriers structurés et adaptés, où apparaît explicitement son attente.

COMPÉTENT : Argumente ou négocie le choix de la structure ou du correspondant auquel il adresse le patient.

**Item n°11 :**

NOVICE :

INTERMÉDIAIRE :

COMPÉTENT : Permet au patient d'exprimer le projet thérapeutique auquel il adhère.

**Item n°12 :**

NOVICE : N'est pas attentif à la continuité des soins, reste centré sur le problème ponctuel, ne planifie pas les étapes du suivi. Ne fait pas bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé.

INTERMÉDIAIRE : Pense à poser les étapes du suivi du patient à court terme et y intègre les principaux intervenants en rapport avec ces étapes.

COMPÉTENT : Intègre dans sa décision la continuité des soins et planifie le suivi à court et moyen terme. Fait bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé chaque fois que nécessaire.

**Item n°13 :**

NOVICE : Est incapable de travailler en équipe. A des difficultés de communication avec les intervenants extérieurs dans l'intérêt du patient.

INTERMÉDIAIRE : Communique les éléments qui lui semblent importants aux membres de

son équipe.

COMPÉTENT : Communique avec aisance et s'assure que les données du suivi du patient sont connues de l'ensemble des intervenants dans l'intérêt du patient.

**Item n°14 :**

NOVICE : Les dossiers ne comportent pas le minimum requis (antécédents, motif de recours, demande réelle, hypothèses diagnostiques, décisions prises et projet de soins et de suivi).

INTERMÉDIAIRE : Est capable de renseigner les dossiers avec les items requis mais ne sont pas présents dans la majorité des dossiers.

COMPÉTENT : La majorité des dossiers comportent le minimum requis (antécédents, motif de recours, demande réelle, hypothèses diagnostiques, décisions prises et projet de soins et de suivi) de manière intelligible, concise et structurée.

**Item n°15 :**

NOVICE :

INTERMÉDIAIRE :

COMPÉTENT : Organise le suivi au long cours, propose un calendrier au patient.

**Item n°16 :**

NOVICE : Ne connaît que l'hôpital.

INTERMÉDIAIRE : Connaît l'existence de différentes structures socio-médicales y compris associatives, mais ne connaît pas les moyens d'orienter le patient.

COMPÉTENT : Cite des réseaux de soins et indique leur fonctionnement au patient.

**Vous voulez ajouter un item/ des items ?**

NOVICE : INTERMÉDIAIRE : COMPÉTENT :

## 6. PROFESSIONNALISME

**Item n°1 :**

NOVICE : Fait appel à ses savoirs théoriques.

INTERMÉDIAIRE : Utilise les données des patients et connaît les recommandations. Ebauche la lecture critique d'article.

COMPÉTENT : Pratique en utilisant la médecine basée sur des preuves (Evidence-Based Medicine).

**Item n°2 :**

NOVICE : N'exprime pas de demande ni d'objectif de formation.

INTERMÉDIAIRE : A du recul sur ce qu'il connaît bien et ce qui lui reste à parcourir

COMPÉTENT : Enonce ses objectifs de formation personnelle, propose des ressources possibles et évalue leur qualité. Enonce les fonctions de la médecine générale et la place qu'il projette d'y prendre.

**Item n°3 :**

NOVICE : Comprend qu'on négocie en permanence.

INTERMÉDIAIRE : Intègre la nécessité de savoir dire non (mais ne le fait pas bien).

COMPÉTENT : Sait dire non en maintenant le lien thérapeutique.

**Item n°4 :**

NOVICE : Manque de ponctualité et d'assiduité.

INTERMÉDIAIRE : Est le plus souvent assidu et ponctuel.

COMPÉTENT : Est ponctuel et assidu.

**Item n°5 :**

NOVICE : Ne prend pas les mesures d'hygiène et de propreté conseillées.

INTERMÉDIAIRE : Prend des mesures d'hygiène et de propreté et les respecte la plupart du temps.

COMPÉTENT : Met en place les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne en médecine générale.

**Item n°6 :**

NOVICE : Ne se pose pas de questions sur sa pratique, est incapable d'autoévaluation, n'a aucune réflexivité.

INTERMÉDIAIRE : Capable de se poser des questions sur sa pratique.

COMPÉTENT : Réflexif, se pose des questions avant, pendant et après l'action, a une bonne capacité d'autoévaluation.

**Item n°7 :**

NOVICE : Ne se rend pas compte de ses limites, en termes de connaissances et compétences, et est incapable de prendre une décision en situation complexe.

INTERMÉDIAIRE : Prend conscience de certaines de ses limites.

COMPÉTENT : Connait ses limites en termes de connaissances et compétences. Est capable de prendre des décisions en situation complexe.

**Item n°8 :**

NOVICE : Manque de respect au patient, de compassion et d'empathie, n'est pas préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient).

INTERMÉDIAIRE : Intègre dans sa pratique le respect et l'éthique dans la majorité des situations.

COMPÉTENT : Est honnête et respectueux des patients, capable de compassion et d'empathie, préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient)

**Item n°9 :**

NOVICE : Sait qu'il existe des lois qui gouvernent les rapports humains.

INTERMÉDIAIRE : Identifie les cadres légaux dans lesquels il évolue.

COMPÉTENT : Connaît les lois et s'interroge sur les limites éthiques.

**Item n°10 :**

NOVICE : Insuffisamment motivé dans l'acquisition des connaissances. A une faible capacité de lecture critique des données.

INTERMÉDIAIRE : Est intéressé par l'acquisition des connaissances sans pour autant mettre

en œuvre des stratégies de recherche adéquates.

COMPÉTENT : Est motivé pour apprendre ; est à la recherche d'informations validées et actualisées, a une forte capacité à la lecture d'articles.

Vous voulez ajouter un item/ des items ?

NOVICE : INTERMÉDIAIRE : COMPÉTENT :

## **Annexe n°7 : Courriel et texte introductif de la deuxième ronde Delphi**

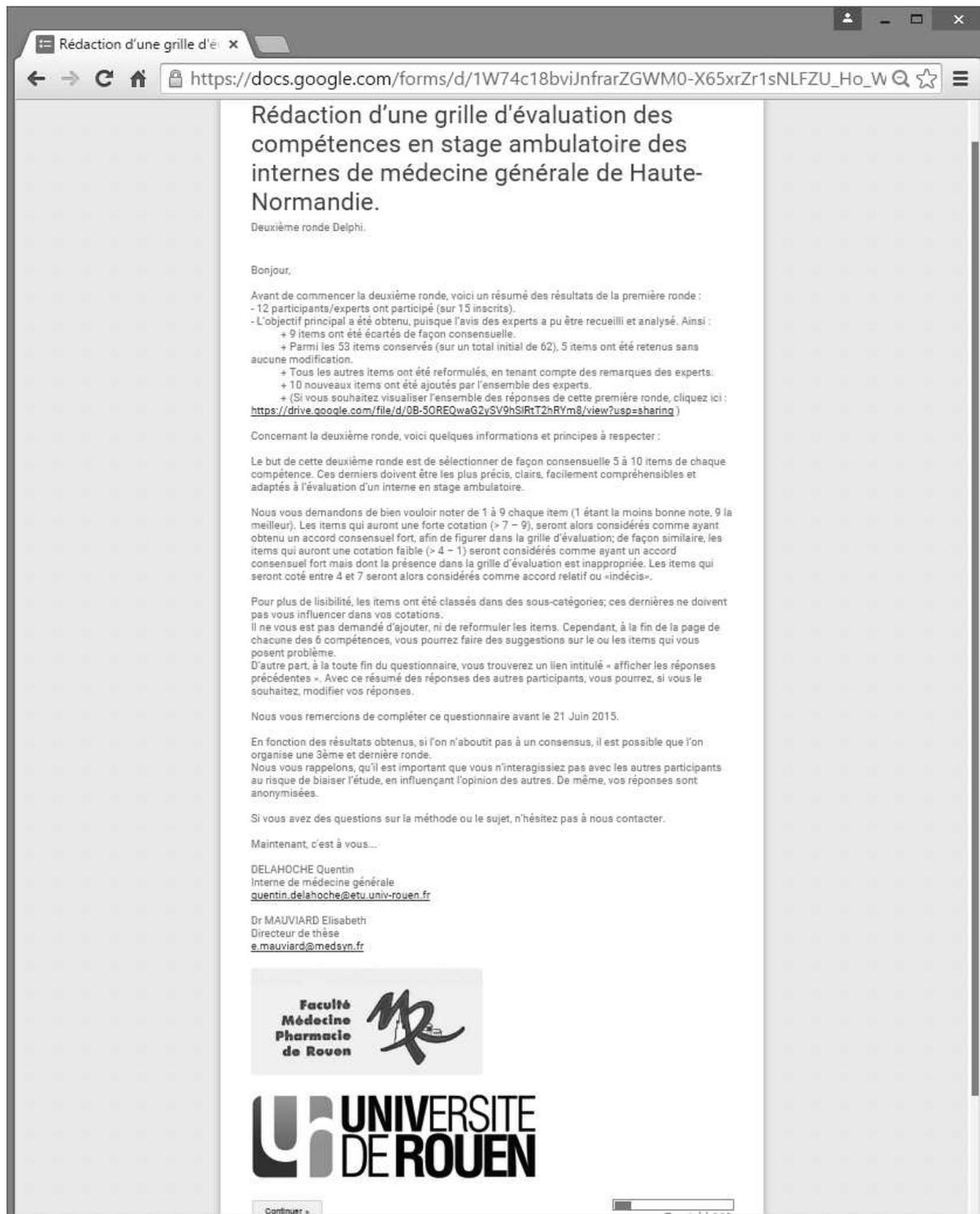
Objet : Deuxième ronde Delphi pour la rédaction d'une grille d'évaluation des compétences en stage ambulatoire des internes de médecine générale de Haute-Normandie.

Bonjour,

La deuxième ronde commence, veuillez trouver ci-dessous le lien vous permettant d'accéder aux explications et au questionnaire :

[https://docs.google.com/forms/d/1W74c18bviJnfrarZGWM0-X65xrZr1sNLFZU\\_Ho\\_WB\\_g/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1W74c18bviJnfrarZGWM0-X65xrZr1sNLFZU_Ho_WB_g/viewform)

Merci encore pour votre participation.



Capture d'écran de la page d'accueil du questionnaire de la deuxième ronde Delphi

Bonjour,

Avant de commencer la deuxième ronde, voici un résumé des résultats de la première ronde :

- 12 participants/experts ont participé (sur 15 inscrits).
- L'objectif principal a été obtenu, puisque l'avis des experts a pu être recueilli et analysé. Ainsi :
  - + 9 items ont été écartés de façon consensuelle.
  - + Parmi les 53 items conservés (sur un total initial de 62), 5 items ont été retenus sans aucune modification.
  - + Tous les autres items ont été reformulés, en tenant compte des remarques des experts.
  - + 10 nouveaux items ont été ajoutés par l'ensemble des experts.
  - + (Si vous souhaitez visualiser l'ensemble des réponses de cette première ronde, cliquez ici : <https://drive.google.com/file/d/0B-5OREQwaG2ySV9hSIRtT2hRYm8/view?usp=sharing> )

Concernant la deuxième ronde, voici quelques informations et principes à respecter :

Le but de cette deuxième ronde est de sélectionner de façon consensuelle 5 à 10 items de chaque compétence. Ces derniers doivent être les plus précis, clairs, facilement compréhensibles et adaptés à l'évaluation d'un interne en stage ambulatoire.

Nous vous demandons de bien vouloir noter de 1 à 9 chaque item (1 étant la moins bonne note, 9 la meilleur). Les items qui auront une forte cotation (> 7 – 9), seront alors considérés comme ayant obtenu un accord consensuel fort, afin de figurer dans la grille d'évaluation; de façon similaire, les items qui auront une cotation faible (> 4 – 1) seront considérés comme ayant un accord consensuel fort mais dont la présence dans la grille d'évaluation est inappropriée. Les items qui seront cotés entre 4 et 7 seront alors considérés comme accord relatif ou «indécis».

Pour plus de lisibilité, les items ont été classés dans des sous-catégories ; ces dernières ne doivent pas vous influencer dans vos cotations.

Il ne vous est pas demandé d'ajouter, ni de reformuler les items. Cependant, à la fin de la page de chacune des 6 compétences, vous pourrez faire des suggestions sur le ou les items qui vous posent problème.

D'autre part, à la toute fin du questionnaire, vous trouverez un lien intitulé « afficher

les réponses précédentes ». Avec ce résumé des réponses des autres participants, vous pourrez, si vous le souhaitez, modifier vos réponses.

Nous vous remercions de compléter ce questionnaire avant le 21 Juin 2015.

En fonction des résultats obtenus, si l'on n'aboutit pas à un consensus, il est possible que l'on organise une 3ème et dernière ronde.

Nous vous rappelons, qu'il est important que vous n'interagissiez pas avec les autres participants au risque de biaiser l'étude, en influençant l'opinion des autres. De même, vos réponses sont anonymisées.

Si vous avez des questions sur la méthode ou le sujet, n'hésitez pas à nous contacter.

Maintenant, c'est à vous...

DELAHOUCHE Quentin  
Interne de médecine générale  
[quentin.delahoche@etu.univ-rouen.fr](mailto:quentin.delahoche@etu.univ-rouen.fr)

Dr MAUVIARD Elisabeth  
Directeur de thèse  
[e.mauviard@medsyn.fr](mailto:e.mauviard@medsyn.fr)

# Annexe n°8 : Questionnaire de la deuxième ronde Delphi

Rédaction d'une grille d'évaluation des compétences en stage ambulatoire des internes de médecine générale de Haute-Normandie.

\*Obligatoire

1. COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

A) COMMUNICATION

**Item n°1**  
 NOVICE : Commence à expliquer les décisions.  
 INTERMÉDIAIRE : Explique les décisions.  
 COMPÉTENT : Explique clairement les décisions.

Quelle note attribuez-vous à cet item n°1 ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9

● ● ● ● ● ● ● ● ●

**Item n°2**  
 NOVICE : Essai d'obtenir l'adhésion du patient.  
 INTERMÉDIAIRE : Met en œuvre des démarches pour obtenir l'adhésion du patient.  
 COMPÉTENT : Utilise des stratégies efficaces pour emporter l'adhésion du patient.

Quelle note attribuez-vous à cet item n°2 ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9

● ● ● ● ● ● ● ● ●

**Item n°3**  
 NOVICE : Sait noter les difficultés relationnelles et communicationnelles (les siennes et celles du patient).  
 INTERMÉDIAIRE : Identifie les données communicationnelles et relationnelles (les siennes et celles du patient).  
 COMPÉTENT : Met en place une relation de soutien et d'aide, à effet psychothérapeutique. Structure l'entretien (respecte des silences, sait arrêter l'entretien).

Quelle note attribuez-vous à cet item n°3 ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9

● ● ● ● ● ● ● ● ●

**Item n° 4**  
 NOVICE : Utilise une communication essentiellement verbale.  
 INTERMÉDIAIRE : Utilise une communication verbale adaptée au patient.  
 COMPÉTENT : Utilise opportunément tous les éléments de la communication (verbale et non verbale).

Quelle note attribuez-vous à cet item n°4 ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Capture d'écran du questionnaire Google Forms de la deuxième ronde Delphi, compétence relation, communication, approche centrée patient

## Liste des items présentés lors de la deuxième ronde Delphi, sans la présentation Google Forms (afin de limiter le nombre de pages) :

### 1. COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

#### A) COMMUNICATION

##### Item n°1

NOVICE : Commence à expliquer les décisions.

INTERMÉDIAIRE : Explique les décisions.

COMPÉTENT : Explique clairement les décisions.

##### Item n°2

NOVICE : Essai d'obtenir l'adhésion du patient.

INTERMÉDIAIRE : Met en œuvre des démarches pour obtenir l'adhésion du patient.

COMPÉTENT : Utilise des stratégies efficaces pour emporter l'adhésion du patient.

##### Item n°3

NOVICE : Sait noter les difficultés relationnelles et communicationnelles (les siennes et celles du patient).

INTERMÉDIAIRE : Identifie les données communicationnelles et relationnelles (les siennes et celles du patient).

COMPÉTENT : Met en place une relation de soutien et d'aide, à effet psychothérapeutique. Structure l'entretien (respecte des silences, sait arrêter l'entretien).

##### Item n° 4

NOVICE : Utilise une communication essentiellement verbale. INTERMÉDIAIRE : Utilise une communication verbale adaptée au patient. COMPÉTENT : Utilise opportunément tous les éléments de la communication (verbale et non verbale).

#### B) CONDUITE DE L'ENTRETIEN

##### Item n° 5

NOVICE : Mène un entretien directif centré sur le motif médical et utilise un jargon médical difficile à comprendre pour le patient. Mène un interrogatoire trop directif et trop policier.

INTERMÉDIAIRE : Reformule, utilise des questions ouvertes, identifie des objectifs médecin-patient différents et les difficultés de l'entretien.

COMPÉTENT : Mène en autonomie un entretien centré patient, reformule et recherche un consensus des objectifs médicaux.

##### Item n° 6

NOVICE : Mène un entretien sans limite de temps et ne peut conclure.

INTERMÉDIAIRE : Mène son entretien de manière logique et efficace mais dans un temps trop long.

COMPÉTENT : Mène l'ensemble de la consultation dans un temps adapté aux horaires de la spécialité. Accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une

seule consultation.

**Item n°7**

NOVICE : Réalise des entretiens incomplets et superficiels, non orientés par les problèmes du patient.

INTERMÉDIAIRE : Construit son entretien en fonction des problèmes posés par le patient.

COMPÉTENT : Réalise des entretiens complet, précis et fiable, orienté en fonction des problèmes du patient.

**Item n°8**

NOVICE : Coupe rapidement la parole au patient, ne propose pas de reformulation ou d'aide à l'expression du patient. N'explore pas le retentissement des plaintes dans la vie du patient.

INTERMÉDIAIRE : Commence à structurer cet entretien.

COMPÉTENT : Alterne questions ouvertes et fermées, reformule, respecte les silences. Explore le retentissement des plaintes dans la vie du patient.

**Item n°9**

NOVICE : Identifie une structure à la consultation (interrogatoire, examen clinique, prise de décision, information/négociation, prescription).

INTERMÉDIAIRE : Commence à structurer sa consultation avec des difficultés pour gérer le temps.

COMPÉTENT : Structure sa consultation centrée sur le patient et adaptée aux contraintes de temps.

**Item n°10**

NOVICE : Comprend qu'on négocie en permanence.

INTERMÉDIAIRE : Intègre la nécessité de savoir dire non (mais ne le fait pas bien).

COMPÉTENT : Sait dire non en maintenant le lien thérapeutique.

**Item n°11**

NOVICE : Utilise un langage trop médical et ne rend pas intelligible ses décisions au patient.

INTERMÉDIAIRE : Tente de mettre son vocabulaire à portée du patient, évite le jargon médical.

COMPÉTENT : Utilise un langage clair et adapté au patient, vérifie la bonne compréhension du patient.

**C) RELATIONNEL****Item n°12**

NOVICE : A de mauvais rapports avec le patient.

INTERMÉDIAIRE : A de bons rapports avec le patient.

COMPÉTENT : A des rapports courtois avec le patient.

**Item n°13**

NOVICE : Ne se présente pas, ne regarde pas le patient, a un visage fermé.

INTERMÉDIAIRE : Se présente, utilise des formules de politesse (bonjour ...), regarde le patient qui lui parle, ne baille pas.

COMPÉTENT : A une attitude d'écoute bienveillante.

**Item n°14**

NOVICE : Peut-être brutal dans son annonce, ne prend pas en compte les signes non verbaux du patient.

INTERMÉDIAIRE : Prend du temps pour faire son annonce.

COMPÉTENT : Est attentif aux signes non verbaux tout en restant empathique.

**Item n°15**

NOVICE : Ne fait pas preuve d'empathie, ni d'écoute attentive.

INTERMÉDIAIRE : Tente de rester empathique face à la mobilisation de ses propres émotions.

COMPÉTENT : Permet au patient d'avancer à son rythme dans l'acceptation de la nouvelle dont il est l'objet.

**Item n°16**

NOVICE : Ne tient pas compte de l'avis du patient.

INTERMÉDIAIRE : Sollicite l'approbation du patient à la prise de décision.

COMPÉTENT : Intègre l'avis du patient.

**Item n°17**

NOVICE : Connait les caractéristiques fondamentales de la relation médecin malade (attitude respectueuse envers le patient).

INTERMÉDIAIRE : Repère et exprime les difficultés relationnelles et communicationnelles.

COMPÉTENT : Est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux. Communique sur les erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause.

**Item n°18**

NOVICE : Impose la décision.

INTERMÉDIAIRE : Sollicite l'avis du patient.

COMPÉTENT : Accepte le compromis avec le patient (négociation puis ouverture).

**Item n°19**

NOVICE : Ne sait pas refuser ou refuse de façon abrupte.

INTERMÉDIAIRE : Sait argumenter un refus.

COMPÉTENT : Sait refuser de façon opportune dans le respect de la qualité de la relation avec le patient.

**Item n°20**

NOVICE : Identifie les divergences entre les souhaits du médecin et ceux du patient.

INTERMÉDIAIRE : Explique au patient en termes adaptés les divergences entre ses souhaits et ceux du patient.

COMPÉTENT : Intègre les divergences entre ses souhaits et ceux du patient dans la décision.

**Item n°21**

NOVICE : Se positionne en prescripteur expert du soin.

INTERMÉDIAIRE : Identifie les compétences des patients en termes de gestion de leur santé.

COMPÉTENT : Adopte une posture collaborative avec les patients et cherche à développer

leurs compétences.

**Item n°22**

NOVICE : Manque de respect au patient, de compassion et d'empathie.

INTERMÉDIAIRE : Est poli mais constamment distant.

COMPÉTENT : Est honnête et respectueux des patients, capable de compassion et d'empathie.

**D) LIEN AVEC LA FAMILLE OU L'ENTOURAGE DU PATIENT****Item n°23**

NOVICE : A de mauvais rapports avec la famille des patients.

INTERMÉDIAIRE : A de bons rapports avec les familles.

COMPÉTENT : Communique avec aisance en compagnie des proches du patient en respectant le secret médical.

**Item n°24**

NOVICE : N'intègre pas l'influence de la famille dans sa décision.

INTERMÉDIAIRE : Interroge sur l'avis de la famille ou entourage sur la pathologie du patient.

COMPÉTENT : Intègre les influences possibles des proches dans la décision.

**E) COMMUNICATION AVEC LES PARTENAIRES DE SOIN****Item n°25**

NOVICE : N'adapte pas son discours au professionnel auquel il s'adresse et ne tient pas compte du secret médical.

INTERMÉDIAIRE : Communique facilement avec les autres professionnels mais n'arrive pas à apprécier les limites du secret médical.

COMPÉTENT : Communique efficacement avec les professionnels extérieurs au lieu de stage, dans l'intérêt du patient et dans le respect du secret médical.

**Item n°26**

NOVICE : A des difficultés relationnelles à l'égard des membres de l'équipe de soins avec lesquels il communique peu fréquemment, leur manque de politesse et de respect.

INTERMÉDIAIRE : S'intègre avec politesse dans l'équipe de soins.

COMPÉTENT : Communique aisément avec les membres de l'équipe de soins dans le respect de l'expertise de chacun.

**Item n°27**

NOVICE : A des difficultés à communiquer avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient.

INTERMÉDIAIRE : Communique facilement avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient.

COMPÉTENT : Met en œuvre avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient.

**Avez-vous des suggestions à faire sur un ou plusieurs items ?**

## 2. APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

### A) PRISE EN CHARGE DANS LA DUREE

#### Item n°1

NOVICE : Identifie la demande du patient. Ne propose pas de plan de soin hiérarchisé.

INTERMÉDIAIRE : Propose un plan de soins hiérarchisé adapté au patient.

COMPÉTENT : Négocie avec le patient un plan de soins hiérarchisé adapté.

#### Item n°2

NOVICE : A une consultation centrée sur la demande ponctuelle exprimée par le patient.

INTERMÉDIAIRE : Traite de façon adaptée et globale la consultation sans anticiper la durée, mais dépasse le temps imparti.

COMPÉTENT : Implémente un plan de soins dans la durée dans le temps imparti.

### B) DEMARCHE DECISIONNELLE

#### Item n°3

NOVICE : Décide en ne tenant pas compte de la prévalence ou de la gravité.

INTERMÉDIAIRE : Décide en tentant de prendre en compte la prévalence et la gravité.

COMPÉTENT : Décide de façon adaptée à la situation, tenant compte de la prévalence ou de la gravité.

#### Item n°4

NOVICE : Est conscient qu'il va devoir gérer l'incertitude, connaît le risque grave évitable des situations cliniques qu'il rencontre.

INTERMÉDIAIRE : Pose des hypothèses diagnostiques tenant compte de la prévalence des maladies en médecine générale.

COMPÉTENT : Propose un plan de soin adapté en situation d'incertitude avec des consignes permettant au patient de reconsulter à bon escient.

### C) PRIORISE EN FONCTION DU CONTEXTE PATIENT

#### Item n°5

NOVICE : Mène sa consultation en étant basée uniquement sur une démarche bioclinique.

INTERMÉDIAIRE : Commence à intégrer dans sa consultation les données psycho-sociales du patient.

COMPÉTENT : Intègre dans sa démarche les données bio-psycho-sociales du patient.

#### Item n°6

NOVICE : Interroge sur les répercussions de la plainte mais n'en tient pas compte dans sa prise en charge.

INTERMÉDIAIRE : N'intègre pas suffisamment l'avis du patient ni les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.

COMPÉTENT : Intègre dans sa prise en charge l'avis du patient et les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.

#### Item n°7

NOVICE : Identifie qu'il existe un décalage entre les priorités et les représentations des patients et des professionnels de santé.

INTERMÉDIAIRE : Mesure chez les patients les représentations liées aux problèmes de santé explicites et implicites.

COMPÉTENT : Intègre les priorités et les représentations du patient dans sa démarche décisionnelle.

#### Item n°8

NOVICE : A une consultation centrée sur la demande exprimée par le patient.

INTERMÉDIAIRE : Sait répondre aux besoins explicites du patient en hiérarchisant les plaintes.

COMPÉTENT : Propose une réponse adaptée aux besoins explicites et implicites du patient hiérarchisé en tenant compte de la gravité et des priorités du patient.

#### **Avez-vous des suggestions à faire sur un ou plusieurs items ?**

### 3. EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

#### A) PREVENTION ET DEPISTAGE

##### Item n°1

NOVICE : Comprend l'importance d'une démarche éducative et de prévention, sans l'intégrer dans les consultations.

INTERMÉDIAIRE : Intègre les données de prévention et dépistage dans son interrogatoire et alimente le dossier du patient.

COMPÉTENT : Réalise des consultations ou des parties de consultation dédiées à la prévention, à l'éducation et au dépistage.

##### Item n°2

NOVICE : N'interroge pas le patient sur les antécédents familiaux.

INTERMÉDIAIRE : Interroge le patient sur les antécédents familiaux.

COMPÉTENT : Explicite au patient les antécédents familiaux qui représentent un facteur de risque pour lui et les conséquences.

#### B) EDUCATION DU PATIENT

##### Item n°3

NOVICE : N'explicite pas et ne négocie pas les objectifs éducatifs.

INTERMÉDIAIRE : Propose des objectifs éducatifs.

COMPÉTENT : Prend en compte les contraintes liées à la maladie, les préférences et possibilités du patient dans son contexte de vie et de travail.

##### Item n°4

NOVICE : Note les données de l'interrogatoire qui peuvent potentiellement être des facteurs de risque.

INTERMÉDIAIRE : Évalue les connaissances du patient en matière de risque de santé, et les actions possibles.

COMPÉTENT : Mène son entretien afin d'amener le patient à être acteur de sa démarche de prévention.

**Item n°5**

NOVICE : N'évalue pas les capacités et les apprentissages du patient.

INTERMÉDIAIRE : Évalue partiellement les capacités et les apprentissages du patient.

COMPÉTENT : S'adapte aux capacités de compréhension du patient.

**Item n°6**

NOVICE : Ne s'intéresse pas à l'éducation du patient, ne donne pas d'informations.

INTERMÉDIAIRE : Donne des informations, mais ne tient pas compte des représentations, des possibilités ou de l'avis du patient.

COMPÉTENT : Intégrer l'éducation à partir d'une démarche centrée patient et d'un diagnostic éducatif.

**C) IMPLICATION ACTION DE SANTE PUBLIQUE****Item n°7**

NOVICE : Connait les outils de prévention (carnet de santé...fiches information patients INPES ou autres ...).

INTERMÉDIAIRE : S'informe et recherche d'autres outils de prévention/éducation patient.

COMPÉTENT : Maitrise l'utilisation de ces outils et leur explicitation au patient.

**Item n°8**

NOVICE : Se contente de répondre aux problèmes ponctuels même si ceux-ci sont facilement gérables.

INTERMÉDIAIRE : Pense à intégrer des actions de prévention ou de dépistage dans les situations de soins facilement gérables.

COMPÉTENT : Est intéressé par la promotion de la santé et propose des démarches de prévention et dépistage individuel et/ou organisées validées.

**Item n°9**

NOVICE : Découvre les actions de santé publique ayant lieu dans son lieu de stage.

INTERMÉDIAIRE : Participe aux actions de santé publique de son lieu de stage s'il y est invité.

COMPÉTENT : S'implique spontanément et personnellement dans les actions de santé publiques ayant lieu dans son lieu de stage.

**Avez-vous des suggestions à faire sur un ou plusieurs items ?**

**4. PREMIER RECOURS, URGENCES****A) APTITUDE DIAGNOSTIQUE****Item n°1**

NOVICE : Mène sa consultation en restant centré sur le symptôme.

INTERMÉDIAIRE : Mène sa consultation autour des demandes du patient en s'intéressant à lui. COMPÉTENT : Mène sa consultation en élargissant les pathologies dans un plan de santé global.

**Item n°2**

NOVICE : Ne pense pas aux diagnostics urgents.

INTERMÉDIAIRE : Élimine par l'interrogatoire les diagnostics urgents.

COMPÉTENT : Mène son interrogatoire en commençant par éliminer une urgence vitale.

#### Item n°3

NOVICE : Examine de façon souvent imprécise et superficielle, et inadaptée au problème posé.

INTERMÉDIAIRE : Examine de manière assez précise, en tentant de s'adapter au problème posé.

COMPÉTENT : Examine de façon précise, fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, et découvre des signes discrets.

#### Item n°4

NOVICE : Connait de façon limitée les maladies et leurs diagnostics, qui sont mal organisés et mal utilisés.

INTERMÉDIAIRE : Connait des maladies et leurs diagnostics incomplètement, et sont peu organisés.

COMPÉTENT : Connait des maladies et leurs diagnostics approfondis, et sont bien utilisés.

#### Item n°5

NOVICE : Est incapable de faire le lien entre les données recueillies et la pathologie. A une faible capacité diagnostic.

INTERMÉDIAIRE : Analyse correctement les données recueillies et tente d'établir un lien avec les hypothèses diagnostics.

COMPÉTENT : Analyse bien les données recueillies. Est capable d'évoquer les hypothèses diagnostics.

### B) APTITUDE THERAPEUTIQUE

#### Item n°6

NOVICE : Connait de façon limitée les traitements courants en médecine générale.

INTERMÉDIAIRE : Connait incomplètement les traitements courants en médecine générale.

COMPÉTENT : Connait bien les traitements courants en médecine générale.

#### Item n°7

NOVICE : Est incapable de considérer les rapports bénéfices /risques dans sa décision.

INTERMÉDIAIRE : Sait évaluer les rapports bénéfice/risque dans sa décision.

COMPÉTENT : Intègre le rapport bénéfice risque dans sa décision.

#### Item n°8

NOVICE : Ne prend pas en compte les risques et l'inconfort liés aux prescriptions.

INTERMÉDIAIRE : Prend insuffisamment en compte les risques et l'inconfort liés aux prescriptions.

COMPÉTENT : Prend en compte les risques et l'inconfort du patient liés aux prescriptions.

#### Item n°9

NOVICE : Ne tient pas compte des effets indésirables.

INTERMÉDIAIRE : Identifie les effets indésirables chez les patients.

COMPÉTENT : Anticipe les effets indésirables potentiels avec les patients.

### C) GESTION DE L'URGENCE ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

#### Item n°10

NOVICE : Ne prend pas efficacement en charge les urgences prévalentes en médecine générale ambulatoire.

INTERMÉDIAIRE : Est capable de prendre en charge les urgences les moins complexes parmi les urgences prévalentes en médecine générale ambulatoire.

COMPÉTENT : Est capable de prendre en charge les urgences prévalentes en médecine générale ambulatoire de façon adaptée.

#### Item n°11

NOVICE : A des difficultés à hiérarchiser ses tâches devant des demandes de soins non programmés.

INTERMÉDIAIRE : Tente de hiérarchiser ses tâches.

COMPÉTENT : Hiérarchise ses actions et organise son temps pour répondre aux soins non programmés.

#### Item n°12

NOVICE : Découvre la prévalence des maladies en médecine générale, l'accueil du "tout venant", de la maladie à des stades différents.

INTERMÉDIAIRE : Commence à être capable de prendre en charge le patient quel que soit le stade de sa pathologie.

COMPÉTENT : Est capable d'accueillir et de prendre en charge n'importe quel patient, à n'importe quel stade de sa maladie.

#### Item n°13

NOVICE : S'informe sur les antécédents, les résultats biologiques, et les derniers courriers.

INTERMÉDIAIRE : Sait commenter et expliciter les résultats biologiques et les derniers courriers au patient.

COMPÉTENT : Sait utiliser ces informations pour sa démarche diagnostique pendant la consultation.

#### Item n°14

NOVICE : Identifie l'urgence biomédicale.

INTERMÉDIAIRE : Repère les situations d'urgences ressenties par les patients, commence à identifier ce qui les sous-tend dans l'histoire du patient.

COMPÉTENT : Est capable de répondre à une urgence ressentie de façon adaptée.

#### Item n°15

NOVICE : Connait les arbres décisionnels utiles à la prise en charge des pathologies prévalentes en milieu hospitalier.

INTERMÉDIAIRE : Sait proposer une prise en charge adaptée au milieu ambulatoire pour les maladies prévalentes en médecine de ville.

COMPÉTENT : Sait proposer une prise en charge adaptée à la majorité des problèmes de

soins rencontrés en médecine de ville y compris en situation d'incertitude.

**Item n°16**

NOVICE : Ne sait pas prendre une décision en situation complexe.

INTERMÉDIAIRE : Choisit une option et mène sa consultation en conséquence.

COMPÉTENT : Est capable de prendre des décisions en situation complexe. Fait part des différentes options possibles au patient et se met d'accord avec lui sur l'option prioritaire.

**D) GESTES TECHNIQUES****Item n°17**

NOVICE : Découvre l'indication et accepte l'apprentissage des gestes techniques prévalents en médecine générale avec sécurité.

INTERMÉDIAIRE : Sait poser l'indication et exécute en supervision certains gestes techniques prévalents en médecine générale.

COMPÉTENT : Sait poser l'indication et réalise en autonomie et avec sécurité les gestes techniques prévalents en médecine générale.

**Avez-vous des suggestions à faire sur un ou plusieurs items ?**

**5. CONTINUITÉ, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT****A) TENU DU DOSSIER MÉDICAL****Item n°1**

NOVICE : Néglige les éléments du dossier médical.

INTERMÉDIAIRE : Explore le dossier uniquement sur les dernières consultations.

COMPÉTENT : Se fait une idée complète de l'histoire du patient en exploitant les éléments contenus dans le dossier médical.

**Item n°2**

NOVICE : Notifie dans le dossier médical le motif de consultation et la démarche diagnostic.

INTERMÉDIAIRE : Laisse des traces dans le dossier, en faisant la synthèse pour une utilisation ultérieure.

COMPÉTENT : A tout synthétisé, avec une bonne traçabilité dans le dossier.

**Item n°3**

NOVICE : Utilise le dossier médical mais ne le complète pas avec le minimum requis (antécédents, motif de recours, demande réelle, hypothèses diagnostiques, décisions prises et projet de soins et de suivi).

INTERMÉDIAIRE : Est capable de renseigner les dossiers avec les items requis mais ne sont pas présents dans la majorité des dossiers.

COMPÉTENT : La majorité des dossiers comportent le minimum requis (antécédents, motif de recours, demande réelle, hypothèses diagnostiques, décisions prises et projet de soins et de suivi) de manière intelligible, concise et structurée.

**Item n°4**

NOVICE : Recueille partiellement les données sans les hiérarchiser dans des observations

brouillonnes.

INTERMÉDIAIRE : Organise les données de ses observations en tentant de les hiérarchiser par priorité et sait les réorienter.

COMPÉTENT : Rédige des dossiers présentant des données concises, précises, organisées et hiérarchisées en fonction des problèmes posés avec anticipation des priorités.

## B) OUTILS DE COORDINATION

### Item n°5

NOVICE : Sait recueillir des données auprès de l'entourage, et des autres professionnels de santé.

INTERMÉDIAIRE : Sait exploiter ces données, et établir des plans d'action pour les proches et les paramédicaux intervenants auprès du patient.

COMPÉTENT : Est capable de mobiliser les ressources familiales, paramédicales et sociales adaptées aux besoins du patient (organisation d'un maintien à domicile).

### Item n°6

NOVICE : Programme des examens systématiques, non justifiés.

INTERMÉDIAIRE : Programme des examens adaptés au problème posé mais sans tenir compte de ce qui a été fait.

COMPÉTENT : Programme une démarche paraclinique adaptée à ce qui a déjà été fait et au problème posé.

### Item n°7

NOVICE : Rédige ses ordonnances et ses courriers sans expliciter, ni argumenter sa demande.

INTERMÉDIAIRE : Rédige des courriers structurés et adaptés, où commence à apparaître explicitement son attente.

COMPÉTENT : Argumente et négocie le choix de la structure ou du correspondant auquel il adresse le patient par des courriers circonstanciés, avec une argumentation et une question précise.

### Item n°8

NOVICE : Prend en compte les facteurs de risque du patient et du traitement.

INTERMÉDIAIRE : Repère les motifs de consultation et essaye de les hiérarchiser.

COMPÉTENT : Repère bien les motifs de consultation et sait bien les hiérarchiser.

## C) CONNAISSANCE ET CHOIX DES PARTENAIRES DE SANTE

### Item n°9

NOVICE : Ne fait pas bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé.

INTERMÉDIAIRE : A conscience des besoins de ressources externes éventuelles mais sans les indiquer clairement au patient.

COMPÉTENT : Fait bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé chaque fois que nécessaire.

### Item n°10

NOVICE : Découvre et comprend le travail en équipe en ambulatoire. Identifie les difficultés

de communication avec les intervenants extérieurs.

INTERMÉDIAIRE : Communique les éléments lui semblant importants aux membres de l'équipe soignante. Met en œuvre une collaboration avec les intervenants extérieurs.

COMPÉTENT : Communique avec aisance et s'assure que les données du suivi du patient sont connues de l'ensemble des intervenants dans l'intérêt du patient. Organise et coordonne les soins du patient à domicile.

#### Item n°11

NOVICE : N'est pas attentif à la continuité des soins, reste centré sur le problème ponctuel. N'énonce aucun plan de soin au long cours.

INTERMÉDIAIRE : Énonce un plan de soin stéréotypé correspondant à la pathologie prise en charge et planifie le suivi à court terme.

COMPÉTENT : Organise le suivi au long cours, propose un calendrier adapté au patient, à sa situation et y intègre les principaux intervenants en rapport avec ces étapes.

#### Item n°12

NOVICE : Ne connaît que le fonctionnement hospitalier, et découvre la notion de réseau de soins.

INTERMÉDIAIRE : Connait l'existence de différentes structures médico-sociales y compris associatives, mais ne connaît pas ou a encore des difficultés à bien orienter le patient.

COMPÉTENT : Cite des réseaux de soins et indique leur fonctionnement au patient.

### **Avez-vous des suggestions à faire sur un ou plusieurs items ?**

## 6. PROFESSIONNALISME

### A) HYGIENE

#### Item n°1

NOVICE : Prend conscience des mesures d'hygiène et de propreté conseillées.

INTERMÉDIAIRE : Prend des mesures d'hygiène et de propreté, et les respecte la plupart du temps.

COMPÉTENT : Met en place les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne en médecine générale.

### B) PONCTUALITE

#### Item n°2

NOVICE : Manque de ponctualité et d'assiduité.

INTERMÉDIAIRE : Est le plus souvent assidu et ponctuel.

COMPÉTENT : Est ponctuel et assidu.

### C) PERMANENCE DE SOINS

#### Item n°3

NOVICE : Identifie la nécessité d'une permanence de soins.

INTERMÉDIAIRE : Identifie les ressources de soins offertes au patient en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.

COMPÉTENT : Inscrit explicitement dans son projet professionnel sa participation à la permanence de soins.

#### D) IATROGENIE

##### Item n°4

NOVICE : N'évoque jamais la iatrogénie dans sa prise en charge.

INTERMÉDIAIRE : S'interroge sur la possibilité d'une origine médicamenteuse, médicale, paramédicale devant un symptôme.

COMPÉTENT : Enonce les possibilités de déclaration de pharmacovigilance.

#### E) ETHIQUE

##### Item n°5

NOVICE : N'est pas préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient).

INTERMÉDIAIRE : Intègre dans sa pratique le respect et l'éthique dans la majorité des situations.

COMPÉTENT : Est préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient).

##### Item n°6

NOVICE : Sait qu'il existe des lois qui gouvernent les rapports humains.

INTERMÉDIAIRE : Identifie les cadres légaux dans lesquels il évolue.

COMPÉTENT : Connaît les lois ou sait les rechercher, et s'interroge sur les limites éthiques.

##### Item n°7

NOVICE : Ne connaît pas les procédures de directives anticipées, ni de personne de confiance.

INTERMÉDIAIRE : Connaît les notions de directives anticipées et de personne de confiance.

COMPÉTENT : Connaît et peut expliciter les notions de directives anticipées et de personne de confiance.

##### Item n°8

NOVICE : N'oppose pas le secret médical en cas de maladie lui semblant bénigne.

INTERMÉDIAIRE : Communique sur les pathologies du patient en opposant le secret médical si cela lui semble nécessaire.

COMPÉTENT : Rappel à bon escient à l'entourage l'obligation de secret médical.

#### F) RESSOURCES DE FORMATION

##### Item n°9

NOVICE : Fait appel à ses savoirs théoriques.

INTERMÉDIAIRE : Utilise les données des patients et connaît les recommandations. Ébauche la lecture critique d'article.

COMPÉTENT : Pratique en utilisant la médecine basée sur des preuves (Evidence-Based Medicine).

##### Item n°10

NOVICE : Participe aux formations théoriques (cours ; revues de médecine générale), mais

n'exprime pas de demande ni d'objectif de formation continue.

INTERMÉDIAIRE : Prend conscience de ce qu'il connaît bien, ce qui lui reste à parcourir, et de la nécessité de la formation continue.

COMPÉTENT : Énonce ses objectifs de formation professionnelle, propose des ressources possibles et évalue leur qualité.

#### Item n°11

NOVICE : Découvre la nécessité de questions sur sa pratique et l'autoévaluation, n'a aucune réflexivité.

INTERMÉDIAIRE : Est capable de se poser des questions sur sa pratique.

COMPÉTENT : Réflexif, se pose des questions avant, pendant et après l'action, a une bonne capacité d'autoévaluation. 11 Découvre la nécessité de questions sur sa pratique et l'autoévaluation, n'a aucune réflexivité. Est capable de se poser des questions sur sa pratique. Réflexif, se pose des questions avant, pendant et après l'action, a une bonne capacité d'autoévaluation.

#### Item n°12

NOVICE : Ne se rend pas compte de ses limites, en termes de connaissances et de compétences.

INTERMÉDIAIRE : Prend conscience de certaines de ses limites.

COMPÉTENT : Connaît ses limites en termes de connaissances et compétences.

#### Item n°13

NOVICE : Insuffisamment motivé dans l'acquisition des connaissances.

INTERMÉDIAIRE : Est intéressé par l'acquisition des connaissances sans pour autant mettre en œuvre des stratégies de recherche adéquates.

COMPÉTENT : Est motivé pour apprendre, est à la recherche d'informations validées et actualisées.

#### Item n°14

NOVICE : A une faible capacité de lecture critique des données.

INTERMÉDIAIRE : Connaît des ressources mais s'en satisfait sans s'ouvrir à d'autres.

COMPÉTENT : A une forte capacité à la lecture d'articles.

**Avez-vous des suggestions à faire sur un ou plusieurs items ?**

## Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

# Résumé

**Titre : Rédaction de la grille d'évaluation actualisée des compétences des internes de médecine générale de Haute-Normandie en stage ambulatoire.**

L'obtention du diplôme d'étude spécialisé en médecine générale nécessite la validation des stages ambulatoires. Une grille d'évaluation de stage est donc indispensable pour certifier qu'un interne est un futur professionnel de santé compétent. La grille utilisée aujourd'hui par la faculté de Rouen n'est plus actualisée et il n'existe pas de grille nationale validée.

Objectifs : Obtenir une grille d'évaluation consensuelle après l'avis d'experts, afin qu'elle soit actualisée concernant les niveaux de compétences et niveaux génériques, et que chacune des 6 compétences comportent entre 5 et 10 items.

Matériel et méthode : Etude menée entre juin 2014 et juin 2015, les experts sélectionnés étaient des maîtres de stage des universités et enseignants de la faculté de médecine de Rouen. Après avoir effectué un recueil de données dans la littérature, dans les autres facultés et du travail initié en juin 2014 par les maîtres de stage des universités de Rouen, plusieurs rondes Delphi ont été réalisées afin d'obtenir un consensus d'experts. Il était proposé aux experts des questionnaires via Google Forms, qui répondaient alors de façon anonyme. Dans un premier temps il leur était demandé de dire s'ils conservaient chacun des items et de proposer une reformulation. Dans un second temps, il leur était demandé d'attribuer une cotation de 1 à 9 pour chaque item.

Résultats : 80% de participation (soit 12/15 experts) lors de la première ronde, et 67% lors de la deuxième (soit 10/15 experts). Parmi les 62 items proposés lors de la première ronde, 9 ont été rejetés de façon consensuelle, et 49 avaient un consensus d'acceptation modéré à fort. Lors de la deuxième ronde, 33 items ont été sélectionnés avec 5 à 6 items par compétence, 70% avaient une cotation supérieure ou égale à 7 (les cotations allant de 6.2 à 8.1). Les items commencent tous par un verbe, sont quasiment tous constitués d'une seule phrase, sont clairs et critériés. Les grilles obtenues pour les 6 compétences sont lisible, chacune sur une seule page.

Conclusion : Les items obtenus de façon consensuelle lors de cette étude pourraient être utilisables dans la future grille d'évaluation de stage des internes de médecine générale de Rouen, après l'avoir présenté au département de médecine générale.

Mots-clefs : Diplôme d'étude spécialisé de médecine générale, maître de stage des universités, niveaux de compétence, niveaux génériques, méthode Delphi, grille d'évaluation de stage ambulatoire.