

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ – LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

ANNÉE : 2012

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

***OBJECTIFS DE FORMATION
DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE
EN STAGE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
DE PÉDIATRIE ET D'URGENCE À LILLE***

Présentée et soutenue publiquement le 18 avril 2012

Par Yann MARLIER

Jury

Président : **Monsieur le Professeur R. GLANTENET**

Assesseurs : **Monsieur le Professeur A. MARTINOT**

Monsieur le Professeur M. COSSON

Monsieur le Professeur E. WIEL

Directeur de thèse : **Monsieur le Docteur P. LEROUGE**

Travail du département de Médecine Générale de Lille

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	14
A. LA FILIÈRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE	15
1. <u>Une spécialité à part entière</u>	15
2. <u>Le déroulement du DES</u>	15
3. <u>Les objectifs du DES</u>	16
B. DES OBJECTIFS EN TERMES DE COMPÉTENCE	16
1. <u>L'objectif de formation</u>	17
2. <u>Le concept de compétence</u>	17
3. <u>Adaptation du concept de compétence à notre problématique</u>	18
4. <u>L'utilité de la formulation d'objectifs</u>	19
C. LA CONCEPTION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE	19
1. <u>Les définitions de la médecine générale</u>	19
a. définition en termes de tâches professionnelles	19
b. définition en termes de discipline scientifique	20
2. <u>Les cinq fonctions de la médecine générale</u>	21
3. <u>Les six compétences fondamentales de la médecine générale</u>	22
4. <u>Les trois dimensions fondamentales dans la prise de décision</u>	22
D. LE CHOIX DE LA QUESTION DE RECHERCHE	23
1. <u>Les terrains de stages</u>	23
2. <u>Entre objectifs particuliers et objectifs consensuels</u>	23
3. <u>La question de recherche</u>	24
II. MATÉRIEL et MÉTHODE	25
A. UNE MÉTHODE QUALITATIVE ET CONSENSUELLE	26
1. <u>Les principales méthodes de consensus en médecine</u>	26
a. la conférence de consensus	26
b. la méthode Delphi	27
c. la méthode de détermination de la pertinence des indications de la RAND/UCLA	27
2. <u>Le choix de la technique du groupe nominal</u>	28
a. description	28
b. avantages	29
c. inconvénients	29
d. justification du choix de la méthode	30
B. MATÉRIEL	30
1. <u>Le choix de la question</u>	30
2. <u>L'organisation des soirées</u>	31
3. <u>La première soirée</u>	32
4. <u>L'entre-deux soirées</u>	33
5. <u>La seconde soirée</u>	33
6. <u>La hiérarchisation définitive</u>	34

III. RÉSULTATS et ANALYSES	35
A. EN STAGE DE PÉDIATRIE	36
1. <u>L'énumération des idées</u>	36
2. <u>La reformulation des idées sous forme d'items</u>	38
3. <u>Le vote et le classement des items</u>	40
4. <u>La reformulation des items sous forme d'objectifs</u>	43
5. <u>Le vote et le classement des objectifs</u>	46
6. <u>Analyse des résultats obtenus</u>	48
a. objectifs de niveau A	48
b. objectifs de niveau B	49
c. objectifs de niveau C	51
d. objectifs de niveau D	52
e. objectifs de niveau E	53
B. EN STAGE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE	54
1. <u>L'énumération des idées</u>	54
a. en gynécologie	54
b. en obstétrique	55
2. <u>La reformulation des idées sous forme d'items</u>	56
a. en gynécologie	56
b. en obstétrique	57
3. <u>Le vote et le classement des items</u>	59
a. en gynécologie	59
b. en obstétrique	61
4. <u>La reformulation des items sous forme d'objectifs</u>	62
5. <u>Le vote et le classement des objectifs</u>	66
6. <u>Analyse des résultats obtenus</u>	68
a. objectif de niveau A	68
b. objectifs de niveau B	68
c. objectifs de niveau C	69
d. objectifs de niveau D	70
e. objectifs de niveau E	70
C. EN STAGE D'URGENCE	72
1. <u>L'énumération des idées</u>	72
2. <u>La reformulation des idées sous forme d'items</u>	73
3. <u>Le vote et le classement des items</u>	76
4. <u>La reformulation des items sous forme d'objectifs</u>	77
5. <u>Le vote et le classement des objectifs</u>	80
6. <u>Analyse des résultats obtenus</u>	82
a. objectif de niveau A	82
b. objectifs de niveau B	82
c. objectifs de niveau C	83
d. objectif de niveau D	84

IV. DISCUSSION et CONCLUSION	85
A. APPORT DE L'ÉTUDE	86
1. <u>Une formulation d'objectifs maintenant connus</u>	86
a. des listes exprimées en termes de compétence	86
b. des listes complémentaires	86
c. des listes en accord avec les fonctions de la médecine générale	86
2. <u>Intérêts de l'étude pour les IMG</u>	87
3. <u>Intérêts pour le DMG</u>	88
4. <u>Intérêts pour les praticiens hospitaliers formateurs</u>	88
B. LES LIMITES	89
1. <u>Les biais méthodologiques</u>	89
2. <u>Le faible taux de participation</u>	89
3. <u>Le biais d'auto-sélection</u>	90
C. LES PERSPECTIVES	90
1. <u>Pour les applications à venir</u>	90
2. <u>Pour la planification du DES</u>	91
D. CONCLUSION	92
V. BIBLIOGRAPHIE	93
VI. ANNEXES	96

GLOSSAIRE

CRAT : Centre de Références sur les Agents Tératogènes

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

ENC : Examen National Classant

FCS : Fausse Couche Spontanée

FCV : Frottis Cervico Vaginal

GEU : Grossesse Extra Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus Humain

HTA : Hypertension Artérielle

IMG : Interne de Médecine Générale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

TGN : Technique du Groupe Nominal

TDM : Tomodensitométrie

WONCA : World Organization of Family Doctors Europe

INTRODUCTION

En 2009, la commission inter-régionale nord-ouest de médecine générale a souhaité redéfinir les objectifs de stage de la maquette de son Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES).

Cette initiative a amené le Département de Médecine Générale (DMG) de Lille à conduire un travail sur la définition des objectifs de formation de ses internes concernant le stage de médecine polyvalente.

En 2010, ce travail a permis de constituer une liste de 25 objectifs élaborée avec la collaboration des différents chefs de service de médecine polyvalente qui les avaient classés dans un second temps selon leur importance [1].

Le travail présenté ici, est donc l'aboutissement d'une suite logique que le DMG a voulu mener pour améliorer la formation de ses Internes de Médecine Générale (IMG).

Il s'agit d'une nouvelle étape dans la certification et la valorisation de l'enseignement de cette spécialité.

A. LA FILIÈRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

1. Une spécialité à part entière

La réforme du troisième cycle de 2002 [2] introduit en fin de sixième année l'Examen National Classant (ENC) évaluant les savoirs acquis par les étudiants, lors du deuxième cycle. De ce programme naît une nouvelle spécialité médicale dans le cursus universitaire : la médecine générale. Ces compétences sont alors reconnues par la validation du DES de médecine générale [3].

2. Le déroulement du DES [4]

Sa durée de 3 ans, après l'ENC, permet aux internes de médecine générale de bénéficier d'une double formation :

- un enseignement théorique d'environ 200 heures, accordé par les enseignants de médecine dans l'enceinte de la faculté,
- une formation pratique dispensée sur six terrains de stages, agréés par l'agence régionale de santé, pour une durée de 6 mois chacun.

La maquette se répartissant ainsi :

- Un stage hospitalier de médecine d'urgence,
- Un stage hospitalier en pédiatrie et/ou gynécologie,
- Un stage hospitalier en médecine adulte (médecine polyvalente, médecine générale, médecine interne, gériatrie),
- Un stage chez un praticien agréé maître de stage,
- Un stage entrant dans le cadre d'un projet professionnel (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) ou autre),
- À Lille, un des stages hospitaliers doit être effectué en CHU.

Nous remarquons que le semestre de gynécologie/pédiatrie peut être appréhendé différemment en fonction des lieux de formation. Ainsi, concernant la Faculté de Médecine de Lille, ce stage se répartit sur deux trimestres dans les deux spécialités. Concernant la Faculté de Médecine de Rouen, ce stage s'effectue exclusivement durant le semestre dans l'un des deux services [5].

3. Les objectifs du DES

Le DES fait suite à quatre ans de deuxième cycle d'études médicales durant lesquelles chaque étudiant a acquis un savoir défini par 345 items de formation englobant l'ensemble des spécialités médicales [6].

Le DES de médecine générale doit permettre la mise en application de ces savoirs particuliers dans le cadre d'une pratique ambulatoire. Il doit faire évoluer des connaissances simples en compétences complexes.

Ainsi à l'issue de ces trois ans, les internes formés pourront évoluer de manière autonome et seront capables de remplir les fonctions de la médecine générale.

B. DES OBJECTIFS EN TERMES DE COMPÉTENCE

Afin d'appréhender la finalité de ce travail, nous définirons les termes « objectifs de formation » et admettrons qu'il sera en réalité plus approprié de parler d'objectif en termes de compétences.

1. L'objectif de formation

L'objectif est un « énoncé d'intention décrivant le résultat concret attendu à la suite d'une action » [7].

Il doit répondre à six critères qualifiés de simple, spécifique, mesurable, acceptable, réaliste et temporel [8].

La pédagogie par objectifs propose une hiérarchisation d'objectifs généraux, intermédiaires et spécifiques dans le but de normaliser la formation.

Ces objectifs reposent sur l'acquisition de capacités humaines dans trois domaines : celui du « savoir » concernant le domaine cognitif, du « savoir-faire » pour le domaine psychomoteur et du « savoir-être » pour le domaine de l'affectif.

Si cette approche pédagogique a l'avantage de clarifier les finalités de la formation et de structurer sa planification, elle possède ses limites. En effet, les tâches complexes sont difficilement identifiables avec une telle approche. En second lieu, les objectifs ne répondent souvent qu'à des comportements observables et non à une réflexion ou un état d'esprit de l'apprenant. Pour pallier ces carences, nous définirons le concept de compétence.

2. Le concept de compétence

Sa définition nous permet de ne pas méconnaître les dimensions subtiles et complexes du « savoir-agir ».

La compétence se caractérise par l'action qu'exerce le praticien en « s'ajustant au contexte professionnel, en faisant la bonne chose au bon moment, de la bonne façon (avec les bonnes personnes) en cohérence avec ses rôles et ses responsabilités professionnelles, en utilisant des ressources internes (des connaissances accessibles, des habiletés automatisées, des valeurs intégrées) et des ressources externes (professionnels, consultants, ressources communautaires, ressources documentaires) » [9].

Ce concept intègre l'utilisation des savoirs formels et informels [10], l'interaction des ressources externes et internes, leurs utilisations à bon escient pour résoudre un problème posé dans une circonstance donnée.

Nous pouvons résumer cette idée de la manière suivante : s'il est impossible de tout savoir, il est en revanche possible de tout savoir résoudre.

3. Adaptation du concept de compétence à notre problématique

Afin d'adapter le concept de compétence dans la formation et l'évaluation de la santé, la représentation de la pyramide de Miller [11] permet de comprendre la chronologie de la construction et l'intégration des savoirs acquis. Ceux-ci deviennent, avec le temps, de plus en plus fins et pertinents dans leurs utilisations.



ECOS : Examen clinique objectif structuré

ELM : Enseignement au lit du malade

QCM : Questions à choix multiples

Le premier niveau correspond à l'acquisition des savoirs, ce que l'on sait, c'est ce que l'on sait redire.

Le deuxième niveau correspond à la construction des savoirs. Il intègre la dimension du savoir dire pourquoi et du savoir dire comment.

Le troisième niveau permet la démonstration des savoirs précédemment acquis. Savoir, c'est aussi montrer que l'on sait, dans une circonstance définie et codifiée.

Le dernier niveau suggère l'intégration dans l'action, des différents savoirs accumulés, le savoir-faire, le savoir-agir, le savoir-être, dans des circonstances complexes. C'est à ce niveau d'exigence que notre liste d'objectifs devra faire référence.

4. L'utilité de la formulation d'objectifs

La formulation d'objectifs d'apprentissage est une étape essentielle dans la planification d'une formation. Elle intervient entre la définition des tâches professionnelles et l'évaluation des activités de formation [12]. Elle permet de la rationaliser et de la rendre plus homogène dans l'espace et dans le temps.

Nous nous efforcerons de les formuler selon un modèle d'apprentissage centré sur l'étudiant comme défini dans le paradigme d'apprentissage et non focalisé sur l'enseignant lui-même que décrit le paradigme d'enseignement [13].

Afin de mieux comprendre leurs enjeux et leurs places, nous évoquerons les particularités de la médecine générale par rapport aux autres spécialités médicales, puis nous définirons les principes de compétence qu'ils suggèrent.

C. LA CONCEPTION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

1. Les définitions de la médecine générale

a. définitions en termes de tâches professionnelles

Trois définitions permettent de nous éclairer sur les fonctions et les compétences requises pour l'exercice de la profession.

La définition de Leeuwenhorst 1974 [14] intègre des notions de soins primaires, de diagnostic précoce, de prise en charge des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé. Elle évoque aussi la continuité des soins, de confiance, de collaboration et de responsabilité médicale.

La WONCA en 1991 [15] définit ce concept de la manière suivante : « le médecin généraliste/médecin de famille est responsable de fournir des soins complets à toute personne et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels. Il assume la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses patients. [II] prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa communauté. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques ».

La définition Olesen 2000 [16] précise que « le médecin généraliste/médecin de famille est un spécialiste formé pour le travail de soins primaires d'un système de santé et formé à prendre les mesures initiales pour fournir des soins aux patients indépendamment du type de problème(s) de santé présenté(s). [II] prend soin des personnes au sein d'une société, indépendamment du type de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales. Il organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients. [II] parcourt les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, de l'accompagnement et de la guérison, en utilisant et en intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale ».

Ces trois définitions ont pour point commun et pour limite de figer la médecine générale sur ses activités professionnelles, dans un système de soins donné. Elles sont essentiellement descriptives en formulant l'ensemble des tâches qui incombent au praticien.

b. définition en termes de discipline scientifique

Cette vision trop restrictive de la profession a conduit le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) à entamer une réflexion [17] sur les missions de la médecine générale. Au-delà de sa place dans le système de soin, cette discipline trouve aussi sa légitimité dans un cursus universitaire qui repose sur un enseignement théorique basé sur des concepts universels, sur des stages pratiques et sur une unité de recherche que dirige la Société Nationale de Médecine Générale (SNMG).

L'évolution des approches de la pratique de cette spécialité a conduit la World Organization of Family Doctors Europe (WONCA) à proposer en 2002 une nouvelle définition de la médecine générale.

« La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuves et sa pratique. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » [18]. Cette formulation s'appuie sur la conception des soins primaires que l'American Institute of Medicine, en 1996, a qualifié de « prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et la communauté » [19].

Le double aspect de la formation spécialisée et de l'orientation vers les soins primaires, permet d'améliorer la qualité des soins du système de santé dans lequel exerce le médecin généraliste, aussi bien sur la maîtrise de ses coûts que sur son efficacité [20].

2. Les cinq fonctions de la médecine générale

De ces définitions de la médecine générale nous retenons cinq fonctions [21] :

- **la fonction de premier recours** : le médecin généraliste se trouve en première ligne face à la demande du patient. Il doit définir une prise en charge adaptée face à cette demande, prise en charge à domicile, ambulatoire, hospitalière. Il réalise l'aiguillage de l'ensemble des problèmes de santé auxquels est exposée la population,

- **la prise en charge globale** : le médecin généraliste confronté à son patient doit parfois gérer plusieurs motifs lors d'une même consultation, doit souvent prendre en considération les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles voire existentielles du cas qui enrichissent la problématique initiale. Capacités d'écoute, d'analyse et de synthèse sont donc nécessaires pour optimiser la prise en charge,

- **la continuité des soins** : par l'intermédiaire du dossier médical actualisé, le médecin généraliste assure un suivi dans différents espaces temps. Le temps de l'aigu, tout d'abord, où chaque affection nécessite réévaluation en cas d'inefficacité de la prescription initiale. Puis le temps du subaigu, où l'affection en cause nécessite plusieurs consultations et examens pour établir l'étiologie qui permettra de cibler la prise en charge. Vient ensuite le temps du chronique où les affections concernées nécessitent un contrôle régulier de paramètres cliniques, radiologiques ou biologiques et d'éventuelles réadaptations thérapeutiques et enfin, le temps d'une vie au sens large, où chaque étape marquant l'existence de l'individu met à contribution le médecin, de la conception, à la naissance, de l'enfance à l'adolescence, de l'âge adulte à la sénescence, avant la confrontation à la mort,

- **la coordination des soins** : le médecin doit pouvoir orienter ou réorienter le patient, déléguer certains soins, développer son réseau de soins pour être plus réactif et plus efficace devant une situation complexe. Il est le lien privilégié entre les auxiliaires de vie, les professions paramédicales et les autres spécialités médicales [22],

- **la santé publique** : le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié en termes de prévention de santé. Expliquer, éduquer, conseiller, négocier et parfois convaincre sur des

questions de prévention individuelle et collective. De la vaccination du nourrisson au dépistage de certains cancers, en passant par la prévention des facteurs de risques cardiovasculaires, le discours doit sans cesse s'adapter au cas particulier qui lui est présenté.

3. Les six compétences fondamentales de médecine générale

Ces six compétences fondamentales ou essentielles font référence aux fonctions développées plus haut [23] :

- **la gestion des soins de santé primaires** en assurant le premier contact et en coordonnant les soins,

- **les soins centrés sur la personne** en abordant l'individu au sein de sa communauté, en privilégiant une relation médecin-patient harmonieuse et en fournissant des soins continus,

- **l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes** en tenant compte des notions de prévalence et d'incidence des maladies en soins primaires, en s'adaptant à toutes les situations rencontrées,

- **l'approche globale** en gérant simultanément les problèmes aigus et chroniques, en promouvant l'action de santé publique,

- **l'orientation communautaire** en harmonisant les besoins individuels avec les besoins et les ressources collectives,

- **l'adoption d'un modèle holistique** en répondant aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles.

4. Les trois dimensions fondamentales dans la prise de décision

Les fonctions et compétences doivent s'exercer dans trois dimensions fondamentales qui amèneront une orientation négociée de la prise en charge du patient [24] :

- **la dimension contextuelle** en assimilant les données de vie du patient en tant qu'individu intégré dans une famille, dépendante d'une communauté et d'une culture,

- **la dimension comportementale** en s'appuyant sur les capacités professionnelles, son vécu, ses valeurs et son éthique,

- **la dimension scientifique** qui permet de résoudre les problèmes de santé grâce à une médecine fondée sur la preuve scientifique [25].

La conjugaison des cinq fonctions essentielles, des six compétences fondamentales et de ces trois dimensions déterminent la complexité de la spécialité.

D. LE CHOIX DE LA QUESTION DE RECHERCHE

1. Les terrains de stages

Au vu de la maquette, nous identifions les raisons qui amènent à définir les objectifs de formation des stages d'urgences, de pédiatrie et de gynécologie concernant la formation particulière des internes de médecine générale :

- il s'agit de trois des quatre stages hospitaliers obligatoires dans le cursus du DES,
- le sujet a été traité pour le quatrième stage obligatoire, celui de la médecine polyvalente. Le projet s'inscrit dans un continuum d'accréditation du DES pour sa formation pratique.

Ce travail permettra d'adapter la formation hospitalière aux besoins spécifiques de formation des internes de médecine générale.

2. Entre objectifs particuliers et objectifs consensuels

Il ne s'agit pas de définir la liste des objectifs propres à chaque service qui ont des contraintes de fonctionnement et des spécificités de recrutement ou de prise en charge de patients. L'hétérogénéité des services nécessite souvent une adaptabilité des formateurs vis-à-vis des étudiants de troisième cycle qu'ils accueillent.

La liste d'objectifs de formation spécifique à la médecine générale dans les services hospitaliers est complémentaire d'une liste d'objectifs particuliers des services hospitaliers eux-mêmes. Elle ne peut ni s'y opposer, ni s'y substituer, mais pour permettre son adhésion finale et son application généralisée, elle doit être consensuelle. Les objectifs principaux sont les besoins du service hospitalier.

C'est pourquoi, chaque chef de service, de chaque service, de chaque spécialité a été sollicité pour formuler ensemble, cette base commune qui fournira la trame de formation et d'évaluation des IMG.

Les experts de chaque spécialité, impliqués dans cette démarche, cibleront avec pertinence les objectifs sous forme de compétences qu'ils jugent nécessaires d'acquérir durant le cursus du troisième cycle, tout en ayant intégré les particularités du concept de la médecine générale.

Ce travail s'installe dans le cadre d'un développement de programme de formation des IMG, dans la perspective d'en améliorer la qualité en abordant la complexité de la discipline tout en respectant son abord scientifique.

3. La question de recherche

Dans un souci de promotion de la formation au DES de médecine générale, notamment concernant les stages d'urgence, de pédiatrie et de gynécologie, nous nous sommes posé la question suivante :

« Comment les praticiens hospitaliers formulent-ils les objectifs de formation pour un interne de médecine générale en stage de médecine d'urgence, de pédiatrie et de gynécologie ? »

Afin de répondre à cette question nous développerons la méthode utilisée puis analyserons les résultats obtenus avant de conclure.

MATÉRIEL
et
MÉTHODE

A. UNE MÉTHODE QUALITATIVE ET CONSENSUELLE

Trois critères nous orientent dans le choix de la méthode qui nous permettra de recueillir les données : le qualitatif, la rencontre, le consensuel.

La rencontre avec les experts de chaque spécialité est une étape indispensable à l'élaboration de notre liste, de manière à colliger leurs opinions sur la question que nous nous posons. Sa réponse quant à elle n'est ni quantifiable, ni mesurable mais bel et bien qualitative, exprimée en termes d'idées.

Les réunions d'échanges, d'interactions interpersonnelles directes, permettent à chacun d'exprimer son point de vue, d'écouter celui de ses confrères, de partager ses expériences, de réorienter la problématique pour aboutir à une formulation d'idées que chacun accepte.

Une méthode dite de consensus est donc indispensable pour établir notre recueil de données qualitatif. Il en existe quatre principales utilisées en médecine, nous les détaillerons afin d'éclairer notre choix.

1. Les principales méthodes de consensus en médecine

a. la conférence de consensus [26]

Elle consiste à exprimer les divergences existant au sein d'une communauté scientifique à propos d'une question controversée.

Elle se déroule sous forme de séances publiques. Les dissensus doivent alors laisser place à un consensus final basé sur la lecture critique de rapports scientifiques et d'échanges démocratiques d'opinions.

La conférence de consensus se compose d'un groupe d'experts et d'un jury multidisciplinaire. Tandis que le premier débat sur le thème choisi, le second fait la synthèse des connaissances et des idées exprimées sous forme de recommandations.

b. la méthode Delphi [27]

Elle a pour but de mettre en évidence des convergences d'opinions et de dégager certains consensus sur des sujets précis en recueillant les avis d'experts géographiquement éloignés.

L'objectif le plus fréquent des études Delphi est d'apporter l'éclairage des experts sur des zones d'incertitude en vue d'une aide à la décision.

La formulation du problème s'effectue sous la forme de questionnaires successifs, précis, quantifiables et indépendants. L'échantillon d'experts suffisamment important (au moins une centaine) est ensuite interrogé, de manière indépendante et anonyme, leurs réponses étant recueillies par voie postale.

Les experts, informés des résultats du premier tour, fournissent une nouvelle réponse en la justifiant si elle est fortement déviante par rapport au groupe. Chaque expert commente ensuite les arguments des déviants avant que soient définies lors du dernier tour, l'opinion consensuelle médiane ainsi que la dispersion des opinions.

c. la méthode de détermination de la pertinence des indications de la RAND/UCLA [28]

Dans ce type de méthode, l'organisateur établit en premier lieu une pré-liste de recommandations. Celle-ci est rédigée à la suite d'une lecture de la littérature traitant le sujet à explorer. Les participants de l'étude, à qui est envoyée cette pré liste, sont chargés en second lieu d'en faire une première cotation, celle-ci s'effectue par correspondance et demeure individuelle et anonyme.

Une réunion d'échanges entre les membres du groupe permet ensuite de discuter de cette cotation, de préciser, voire de modifier certaines recommandations.

Une seconde cotation permet enfin de retenir, selon une règle de sélection prédéfinie, les propositions indiquées ou non.

2. Le choix de la technique du groupe nominal (TGN)

a. description

Développée en 1968 [29], elle est appliquée au monde de la santé depuis 1972 [30].

Elle s'appuie sur des réunions physiques, contrairement à la méthode Delphi, et ne nécessite ni réunion préparatoire ni synthèse des données bibliographiques, contrairement à la méthode RAND/UCLA.

La TGN se base sur un principe de génération d'idées puis sur l'évaluation de celles-ci. Elle convient spécialement à des questions pour lesquelles il est difficile de déduire ou de prévoir la réponse, d'autant plus qu'il existe initialement des divergences d'opinions. La méthode permet de rechercher un consensus à travers les échanges d'informations.

En fonction du thème traité, une à deux réunions d'environ 3 heures sont nécessaires. Les experts sont réunis dans un même lieu puis répartis en petits groupes de 5 à 10 personnes. Les réunions sont animées par un modérateur qui veille au respect de la parole de chacun. Les avis des participants sont ainsi recueillis équitablement dans le but d'éviter l'émergence de personnalités fortes qui imposeraient leur opinion.

Chaque membre du groupe rédige seul et en silence, les propositions qui lui semblent pertinentes. Ce temps de réflexion individuelle d'une durée de 10 minutes permet de recueillir un plus grand nombre de commentaires sur le thème choisi [31].

Puis, chacun énonce une de ses propositions, alternativement, sans commentaire ni discussion du groupe. En effet, le groupe nominal est formé d'individus qui ne communiquent que très peu verbalement [32]. Les tours de tables successifs s'effectuent jusqu'à épuisement des propositions et permettent finalement d'établir une première liste d'idées brutes.

Un temps de reformulation, de clarification et de fusion des idées affine la liste tandis que les redondances sont éliminées. Chaque expert est enfin invité à coter, à l'aide d'une échelle numérique, individuellement et anonymement la liste des items formulés. Le recueil des votes permet d'établir une hiérarchisation des items, discutée au sein d'un groupe à l'initiative du coordonnateur.

Une seconde et ultime réunion permet d'ordonner définitivement les items, de les préciser et d'opérer une sélection des énoncés en fonction d'une nouvelle hiérarchisation ordonnée par un dernier vote.

b. avantages

Cette méthode est d'un intérêt majeur lorsqu'il s'agit de classer ou prioriser des questions, des décisions, des indicateurs ou des interventions.

Elle permet de générer un grand nombre d'idées sans influence, en proposant un temps de rédaction en silence. De plus, elle oblige une production d'énoncés de qualité en opposant les experts les uns par rapport aux autres, lors la réflexion individuelle.

L'animation du groupe par le modérateur évite l'émergence de fortes personnalités et permet à chacun de trouver une satisfaction personnelle dans la formulation de ses idées [33].

La richesse des expériences des intervenants permet d'appréhender une grande diversité de points de vue.

Le recueil des données et la hiérarchisation des votes évitent l'utilisation d'outils statistiques complexes et permet d'obtenir un consensus rapide sur le thème abordé.

Elle présente enfin l'avantage d'un temps de préparation et de réalisation réduit. Son coût quant à lui se restreint à des envois postaux par le comité d'organisation.

c. inconvénients

La TGN laisse peu de place à une réflexion prolongée, la véritable question étant posée aux participants avant la phase de génération des idées.

Elle est peu adaptée à la résolution de problèmes complexes qui nécessiteraient une phase préparatoire et une analyse de la littérature.

La variabilité potentielle des conclusions en fonction de la composition du groupe d'experts en constitue aussi une limite. De plus, la finesse des résultats peut faire défaut car le vote exclut les idées accessoires qui n'en demeurent pas moins pertinentes ou innovantes.

La rigidité du processus ne permettant que de minimales interactions de par la structure du groupe et l'organisation de la séance peut laisser un sentiment de frustration aux participants. Il est nécessaire que leur adhésion soit totale pour que le travail soit de qualité.

L'intérêt des résultats obtenus dépend aussi de la qualité du modérateur. Une mauvaise animation peut jouer sur la motivation du groupe et sur la qualité de sa production.

La planification des réunions dans un espace donné et lors d'une date définie peut constituer un frein dans le recrutement des experts parfois géographiquement éloignés et aux emplois du temps chargés.

d. justification du choix de la méthode

Plusieurs éléments rendent le choix de la technique du groupe nominal incontournable dans l'élaboration de notre projet.

Tout d'abord, la rencontre entre praticiens hospitaliers accueillant les IMG et enseignants de médecine générale guidant les IMG dans leur apprentissage. Se rencontrer pour mieux se connaître est une démarche que le DMG souhaite promouvoir.

Ensuite, l'échange de points de vue d'experts sur la formation et le partage des expériences lui donnent toute sa richesse.

La satisfaction de la participation à un travail commun et confraternel permettra une adhésion optimale lors la mise en place du projet final.

Enfin, le faible investissement en temps de l'équipe organisatrice et des groupes conviés ainsi que la simplicité de sa mise en œuvre permettent de mobiliser un maximum de personnes tout en continuant à satisfaire à ses autres devoirs professionnels.

B. MATÉRIEL

La mise au point de cette étude s'est basée sur la description détaillée de l'étude de Gabriel Aubin (1979) [34]. Le congrès de médecine générale de 2008 à Lyon [35] y fait notamment référence et a inspiré certaines recherches dans l'élaboration de liste hiérarchisée d'objectifs [36].

1. Le choix de la question

La question que nous nous sommes posée s'est tout naturellement rapprochée du premier travail visant à définir les objectifs de formation en stage de médecine polyvalente.

Afin d'en garder son sens et sa finalité, c'est-à-dire la définition des objectifs en termes de compétences, le choix s'est porté sur la question suivante :

« A l'issue de son stage de pédiatrie ou gynécologie-obstétrique ou d'urgence, l'interne de médecine générale doit être capable de... ? »

N'ayant pas la même signification pour tous et afin d'éviter les malentendus sur leur interprétation comme nous avons pu l'expliquer en introduction, les termes objectifs et compétences n'apparaissent pas dans ce libellé.

2. L'organisation des soirées

Nous avons rédigé un courrier (annexe 1) expliquant l'objet de notre travail.

Le secrétariat du département de médecine générale s'est chargé de son envoi deux mois avant la réunion. Nous invitons chaque formateur à bloquer la date de la première rencontre et à nous informer de leur éventuelle présence.

Devant le manque de réponses, et afin d'augmenter la représentativité du groupe, nous avons appelé personnellement chaque service une semaine avant l'échéance. Ces échanges ont permis d'expliquer à nouveau notre projet, de clarifier certaines interrogations et parfois de convaincre certains praticiens hospitaliers de l'intérêt de leur présence. D'autres ont exprimé le regret de ne pouvoir participer ou de ne pouvoir se faire remplacer pour des raisons d'emplois du temps chargés ou de distances trop éloignées.

Lors de la première soirée, nous anticipions le choix de la seconde date. Celle-ci confirmée, nous avons procédé à un nouvel envoi de courrier à chaque service hospitalier.

Les réunions se sont déroulées dans l'enceinte du pôle formation de la faculté de médecine de Lille dans la salle de conférence du résidanat.

Pour la pédiatrie, les dates retenues étaient les jeudis 22 septembre puis 17 novembre 2011 à 19h. Sur les vingt services sollicités, sept praticiens étaient présents, ramenant la représentativité de l'ensemble des chefs de service de pédiatrie à 35%. Lors de la seconde réunion six pédiatres se sont déplacés.

Pour la gynécologie, le choix s'est porté sur les jeudis 29 septembre puis 1^{er} décembre à 19 heures. Sur les dix-huit services sollicités, cinq praticiens étaient présents, ramenant la représentativité de l'ensemble des chefs de service à 28 %. Lors de la seconde réunion, deux praticiens se sont déplacés. Cette faible représentativité n'a cependant pas entamé la qualité du travail réalisé.

Pour les urgences, les dates convenues étaient les mercredis 30 novembre et 14 décembre 2011 à 20 heures. Sur les vingt-huit services sollicités, huit praticiens étaient présents, ramenant la représentativité de l'ensemble des chefs de service à 29%. Lors de la seconde réunion huit urgentistes se sont déplacés.

Dans un souci de clarté de lecture et de compréhension du travail, nous avons choisi de nommer « **idée** » toute proposition générée lors de la phase de réflexion individuelle puis « **item** » toutes idées, retravaillées, voire fusionnées lors de la phase de réflexion collective de la première soirée. Le terme « **objectif** » est réservé à la reformulation des items lors de la seconde soirée.

3. La première soirée

Elle se déroule selon quatre grandes étapes. La génération des idées, l'énumération des idées, la reformulation des idées et enfin le vote des items (annexe 2).

Pour veiller au bon déroulement de la séance, le **modérateur** accueille les participants, introduit le sujet, explique les principes de la TGN. Afin de consigner le travail produit, un **secrétaire** est chargé de rapporter chaque idée formulée, de noter les regroupements d'idées et leur reformulation, d'inscrire les phases de réflexions accompagnant la formulation.

La première étape est la génération des idées. Elle est le temps essentiel du travail, car il en découle sa qualité finale. Durant une période de 10 à 15 minutes, chacun note en silence les idées lui paraissant pertinentes. Le modérateur veille à l'absence d'interaction interprofessionnelle dans le but que chaque production soit strictement individuelle.

La seconde étape vise à la restitution des idées. Le modérateur invite chaque participant à préciser à tour de rôle, une et une seule idée. Les échanges entre les experts ne sont toujours pas autorisés. Nous évitons ainsi l'influence d'un tiers dans la retranscription orale d'une idée écrite. Chacun est interrogé puis réinterrogé jusqu'à épuisement totale des idées. Le secrétaire inscrit et annote au tableau l'ensemble des propositions, pour faciliter la lisibilité de l'ensemble des propositions.

La troisième étape de la soirée consiste à reformuler les idées, en éliminer, en faire des regroupements, en préciser les termes et notamment à expliciter les verbes d'action qui donnent le sens général de la notion exposée. Ce temps est dédié à l'interaction entre les experts eux-mêmes et au dialogue entre experts et organisateurs. Il permet à chacun de

s'exprimer tandis que le modérateur veille à ce que tous les participants soient équitablement écoutés. Cette phase est riche d'enseignement car elle s'accompagne de longues réflexions sur certaines notions que seule la simple formulation d'idée ne peut préciser. Elle permet aussi de comprendre la démarche active qui a amené le groupe à choisir un terme plutôt qu'un autre.

En quatrième lieu, le modérateur, après relecture des items, invite les participants à voter pour hiérarchiser les propositions. Ce classement donnera du relief dans l'interprétation des résultats. Le bulletin de vote (annexe 3) comporte 10 pages de notation (de 1 à 10). La note de 10 est attribuée à l'item prioritaire. Tous les items ne sont donc pas répertoriés par une même personne. Cependant le nombre de votants permet une répartition significative de l'importance de ces items. Chaque bulletin est numéroté pour garantir l'anonymat du votant.

4. L'entre-deux soirées

Cette période est mise à profit pour enregistrer les votes puis pour classer les items. La synthèse de la soirée est effectuée au regard des commentaires que chaque idée a suggérés.

Un courrier d'invitation (annexe 4), pour la seconde soirée, est envoyé à chaque service. Nous y ajoutons le tableau des items classés selon le résultat des votes, afin que chaque praticien, puisse s'imprégner de cette nouvelle grille qui servira de base de travail pour l'élaboration des objectifs finals.

5. La deuxième soirée

Lors de cette ultime rencontre, nous soumettons aux praticiens présents la liste des items classés sur grand écran. Cette liste issue d'un fichier Word peut parallèlement et en direct être modifiée à tout moment. Tous les items sont rediscutés successivement dans l'ordre dans lequel ils ont été triés.

Le modérateur convie les participants à échanger leur point de vue pour chaque item, en respectant la parole de chacun. Secrétaire et modérateur participent aux débats et réorientent parfois la problématique de la soirée. A savoir que les objectifs exprimés en termes de compétence doivent être applicables aux champs de la médecine générale.

Au terme de deux heures d'échange, les items sont reformulés, clarifiés, précisés et la rédaction de la liste des objectifs est établie.

Nous interpellons chaque participant sur le fait que cette nouvelle série sera soumise à leur vote. Contrairement à la première soirée, celui-ci s'effectuera par voie postale afin que tous les services, même ceux non représentés durant cette soirée, puissent prendre part à la hiérarchisation finale.

6. La hiérarchisation définitive

Deux différences mettent en relief le classement des items de celui des objectifs.

Tout d'abord, le second s'effectue par correspondance pour toucher l'ensemble des services hospitaliers. De ce fait, malgré certaines absences lors de la seconde soirée, tous les experts sont sollicités. Ils peuvent également partager leurs observations pour alimenter l'analyse des résultats.

Ensuite, l'échelle de cotation s'étend de 1 à 100 pour les 10 objectifs choisis. La note de 100 est attribuée à l'objectif prioritaire, puis selon ce curseur, liberté est laissée aux votants de classer les autres objectifs. La largesse de l'intervalle permet une meilleure pondération dans l'importance attribuée aux énoncés.

Nous avons enfin cloisonné les résultats en répartissant les objectifs selon des niveaux d'importance. Le niveau dépend de la moyenne attribuée aux objectifs.

Nous retiendrons de manière générale la gradation suivante. Nous verrons par la suite que celle-ci sera susceptible de légers ajustements en fonction de la spécialité étudiée.

Niveau	Moyenne
A	95/100
B	75/100
C	50/100
D	25/100
E	5/100

RÉSULTATS
et
ANALYSES

A. RÉSULTATS ET ANALYSE CONCERNANT LES OBJECTIFS DE FORMATION EN STAGE DE PÉDIATRIE

48 idées ont été formulées, elles ont été retravaillées dans un second temps pour identifier 21 items qui ont laissé place dans un dernier temps à 15 objectifs.

1. L'énumération des idées

Idée 1 : Savoir faire correctement une anamnèse.

Idée 2 : Savoir examiner un nouveau-né, nourrisson, enfant (normal *versus* pathologique).

Idée 3 : Reconnaître un nouveau-né, nourrisson, enfant qui ne va pas bien.

Idée 4 : Savoir se mettre en condition pour examiner un enfant.

Idée 5 : Etre capable de rentrer en contact avec une famille et un enfant.

Idée 6 : Approcher un enfant en fonction de son âge.

Idée 7 : Savoir utiliser le carnet de santé.

Idée 8 : Reconnaître les critères d'hospitalisation pour chaque pathologie.

Idée 9 : Savoir identifier une pathologie bénigne, moyenne ou grave en écoutant les parents.

Idée 10 : Gérer une fièvre chez un enfant de plus de 3 mois et moins de 3 mois.

Idée 11 : Recueillir les informations concernant les motifs d'hospitalisation.

Idée 12 : Evaluer la sévérité d'une situation et ses propres capacités à y faire face ou faire appel à quelqu'un d'autre.

Idée 13 : Evaluer la normalité de la croissance.

Idée 14 : Reconnaître un enfant normal en fonction de son développement psychomoteur, de sa courbe de poids et de taille.

Idée 15 : Savoir expliquer simplement une pathologie aux parents et aux enfants.

Idée 16 : Prescrire les examens complémentaires nécessaires après un examen clinique.

Idée 17 : Quand faire appel au sénior ?

Idée 18 : Prise en charge d'une gastroentérite infectieuse aiguë, son traitement, reconnaître une déshydratation.

Idée 19 : Faire un examen clinique complet : interrogatoire, inspection, palpation, auscultation.

Idée 20 : Proposer une thérapeutique adaptée pour des affections courantes ou fréquentes.

Idée 21 : Dépister un déficit sensoriel.

- Idée 22** : Donner aux parents les grands principes diététiques d'un enfant qui va bien.
- Idée 23** : Connaître les principales étapes du développement psychomoteur d'un enfant normal.
- Idée 24** : Savoir examiner les tympans.
- Idée 25** : Connaître le calendrier vaccinal.
- Idée 26** : Après les examens, poser les hypothèses diagnostiques.
- Idée 27** : Savoir trouver de l'aide, des informations, dans les situations complexes.
- Idée 28** : Rassurer les parents tout en expliquant les éléments qui doivent les inquiéter.
- Idée 29** : Organiser la prise en charge d'un enfant en détresse vitale.
- Idée 30** : Etre capable de faire une synthèse d'un dossier.
- Idée 31** : Prescrire un traitement adapté en fonction de l'âge et du poids.
- Idée 32** : Reconnaître les principales éruptions.
- Idée 33** : Connaître les autres intervenants du secteur de la petite enfance (aide sociale à l'enfance (ASE), PMI (Protection maternelle et infantile)...))
- Idée 34** : S'évaluer par rapport aux objectifs de formation : « je sais, je ne sais pas ».
- Idée 35** : Valoriser le rôle et l'image des parents.
- Idée 36** : Connaître les différentes pathologies d'organes par rapport aux objectifs pédagogiques du service.
- Idée 37** : S'intégrer dans le service.
- Idée 38** : Tenir le dossier médical.
- Idée 39** : Examiner un nourrisson de moins de 3 mois.
- Idée 40** : Ecouter l'avis des autres soignants.
- Idée 41** : Négocier l'absence de traitement et d'examen.
- Idée 42** : Gérer les situations conflictuelles avec les familles.
- Idée 43** : Intérêt de la courbe de croissance et du périmètre crânien.
- Idée 44** : Connaître les normes des constantes vitales en fonction de l'âge.
- Idée 45** : Connaître l'utilité d'une bandelette urinaire.
- Idée 46** : Dialoguer avec un adolescent.
- Idée 47** : Connaître les principales acquisitions neurologiques d'un enfant dans les trois premières années de vie.
- Idée 48** : Connaître et évaluer les principales pathologies de l'enfant.

2. La reformulation des idées sous forme d'items

A la suite de cette énumération d'idées, les modérateurs ont invité les pédiatres, lors d'un temps de réflexion commun, à reformuler certaines d'entre elles.

Ce temps essentiel a pour but de rapprocher certains énoncés dont les thèmes se ressemblent. Il permet aussi de préciser une certaine subtilité dans l'intitulé des idées et d'en faire ressortir sa spécificité dans la spécialité qu'est la pédiatrie.

Dans un souci de clarté, nous nommons la reformulation ou la fusion des idées susnommées sous le terme « d'item ». Ainsi nous considérons ici, qu'une idée correspond à un énoncé issu de la phase de réflexion, alors qu'un item correspond à une idée reformulée voire des idées fusionnées lors de la seconde phase de la soirée.

item 1 : fusion des idées 2, 4, 5, 6, 24, 39 : Approcher et examiner un enfant en fonction de son âge.

item 2 : fusion des idées 1, 11, 19, 26, 30 : Intégrer les spécificités pédiatriques de l'anamnèse, de l'examen clinique, de la démarche diagnostique et thérapeutique.

item 3 : fusion des idées 3, 29, 44 : Reconnaître un nouveau-né, un nourrisson, un enfant qui ne va pas bien et organiser sa prise en charge.

item 4 : fusion des idées 7, 30 : Savoir utiliser le carnet de santé.

item 5 : fusion des idées 12, 17, 34 : Evaluer la sévérité d'une situation et ses propres capacités à y faire face, demander une aide si besoin.

item 6 : fusion des idées 15, 28 : Savoir expliquer simplement une pathologie aux parents et aux enfants. Expliquer les bases de surveillance et les signes inquiétants.

item 7 : fusion des idées 20, 31 : Proposer une thérapeutique adaptée pour des affections courantes ou fréquentes.

item 8 : fusion des idées 13, 14, 23, 43, 47 : Connaître les bases du développement staturo-pondéral et psychomoteur.

item 9 : fusion des idées 27, 33, 34, 37, 40 : Savoir s'intégrer et travailler en équipe (notion de réseau de soin).

item 10 : fusion des idées 8, 9, 10, 18, 32, 36, 48 : Connaître et évaluer les principales pathologies de l'enfant (fièvre chez l'enfant, éruptions dont le purpura, gastroentérite, bronchiolite).

A l'issue de ce travail, la liste finale des items a été suggérée, avec pour certains, des sous-objectifs sur lesquels il convenait d'insister.

Item 1 : Approcher et examiner un enfant en fonction de son âge.

- Se mettre en condition pour examiner un enfant
- Etre capable de rentrer en contact avec la famille
- Approcher un enfant de moins de 3 mois
- Savoir examiner les tympans

Item 2 : Intégrer les spécificités pédiatriques de l'anamnèse, de l'examen clinique, de la démarche diagnostique et thérapeutique.

Item 3 : Reconnaître un nouveau-né, un nourrisson, un enfant qui ne va pas bien et organiser sa prise en charge.

Item 4 : Savoir utiliser le carnet de santé

- Promouvoir son utilisation auprès des parents
- Utilisation des courbes de croissance staturo-pondérale
- Connaître le calendrier vaccinal, la mécanique des rattrapages

Item 5 : Evaluer la sévérité d'une situation et ses propres capacités à y faire face

- Evaluer ce qui relève de l'hospitalisation, de l'ambulatoire
- Evaluer ses propres compétences
- Quand faut-il faire appel au sénior, à un confrère ?

Item 6 : Savoir expliquer simplement une pathologie aux parents et aux enfants

- Expliquer les bases de la surveillance
- Expliquer les signes qui doivent inquiéter, sans inquiéter

Item 7 : Proposer une thérapeutique adaptée pour des affections fréquentes

- La bronchiolite
- La gastro-entérite
- L'hyperthermie

Item 8 : Connaître les bases du développement staturo-pondéral et psychomoteur dans les trois premières années de vie de l'enfant.

Item 9 : Savoir s'intégrer et travailler en équipe.

Item 10 : Connaître et évaluer les principales pathologies de l'enfant

- La bronchiolite
- La gastroentérite et déshydratation
- Les éruptions dont le purpura

Item 11 : Négocier l'absence de traitement et d'examen

Item 12 : Valoriser le rôle et l'image des parents

Item 13 : Connaître le calendrier vaccinal

Item 14 : Dépister un déficit sensoriel

Item 15 : S'évaluer par rapport aux objectifs de formation (« je sais, je ne sais pas »)

Item 16 : Savoir prescrire les examens complémentaires après un examen clinique

Item 17 : Donner les grands principes diététiques d'un enfant qui va bien

Item 18 : Gérer les situations conflictuelles avec les parents

Item 19 : Savoir trouver de l'aide dans les situations complexes

Item 20 : Connaître l'utilité de la bandelette urinaire

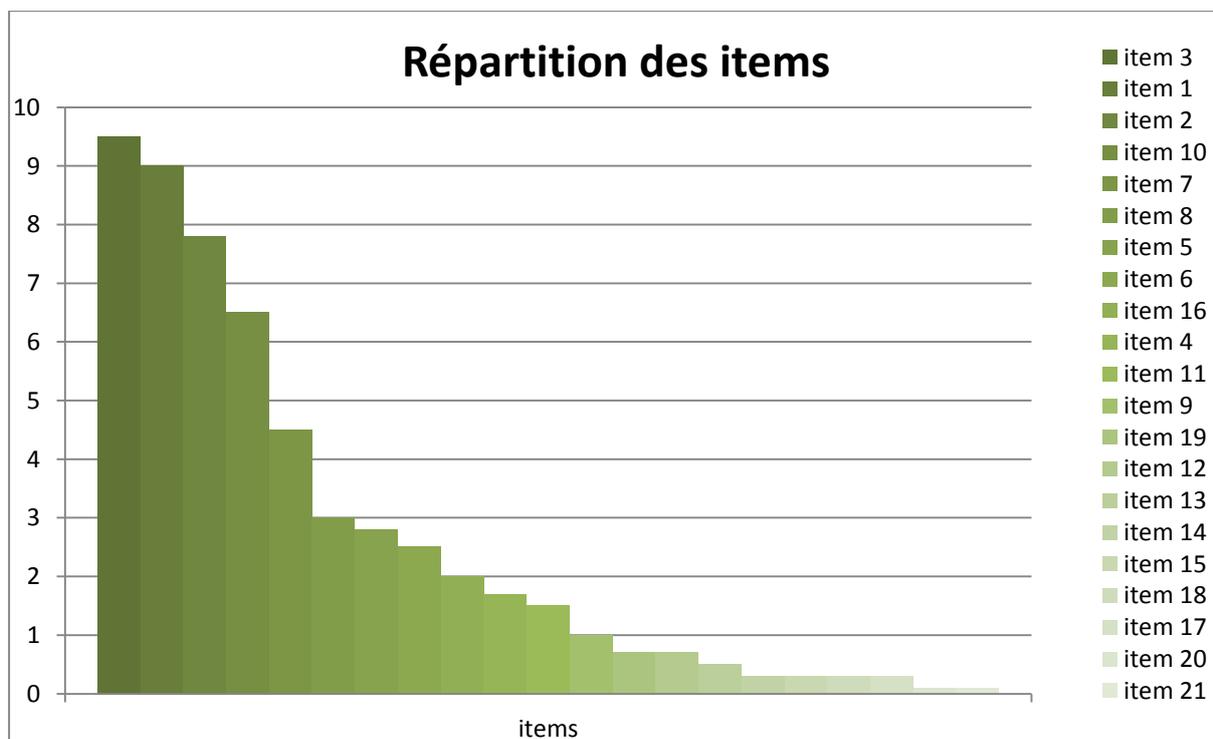
Item 21 : Dialoguer avec un adolescent

3. Le vote et le classement des items

Après avoir retranscrit la liste finale des items reformulés, les participants ont été invités à voter pour les items les plus importants. Le degré de pertinence de la notion développée est coté de 1 à 10.

Nous proposons ensuite le tableau de classement des items avec leur moyenne ainsi que le graphique détaillant leur répartition.

items	Bulletin 1	Bulletin 2	Bulletin 3	Bulletin 4	Bulletin 5	Bulletin 6	Total	Moyenne
1	10	9	10	8	9	8	54	9
2	8	4	8	10	8	9	47	7.8
3	9	10	9	9	10	10	57	9.5
4	3	1			3	3	10	1.7
5		6	3		4	4	17	2.8
6	7	3				5	15	2.5
7	5	7	5	5	5		27	4.5
8		5		7		6	18	3
9				2	4		6	1
10	4	8	7	6	7	7	39	6.5
11	6	2				1	9	1.5
12			4				4	0.7
13				1	2		3	0.5
14	2						2	0.3
15						2	2	0.3
16			6		6		12	2
17				2			2	0.3
18	1		1				2	0.3
19				3		1	4	0.7
20							0	0
21							0	0



Rang	Énoncé des items de pédiatrie	moyenne
1	3 : Reconnaître et organiser la prise en charge d'un nouveau-né, nourrisson, enfant qui ne va pas bien	9.5
2	1 : Approcher et examiner un enfant en fonction de son âge	9
3	2 : Intégrer les spécificités pédiatriques de l'anamnèse, de l'examen clinique, de la démarche diagnostique et thérapeutique	7.8
4	10 : Connaître et évaluer les principales pathologies de l'enfant	6.5
5	7 : Proposer une thérapeutique adaptée pour des affections courantes ou fréquentes	4.5
6	8 : Connaître les bases du développement staturo-pondéral et psychomoteur	3
7	5 : Evaluer la sévérité d'une situation, ses propres capacités à y faire face, demander une aide si besoin	2.8
8	6 : Savoir expliquer simplement une pathologie aux parents et aux enfants. Donner les bases de surveillance de la pathologie sans inquiéter	2.5
9	16 : Prescrire les examens complémentaires nécessaires après un examen clinique	2
10	4 : Savoir utiliser le carnet de santé	1.7
11	11 : Négocier l'absence de traitement et d'examen	1.5
12	9 : Savoir s'intégrer et travailler en équipe	1
13	19 : Savoir trouver de l'aide dans les situations complexes	0.7
14	12 : Valoriser le rôle et l'image des parents	0.7
15	13 : Connaître le calendrier vaccinal	0.5
16	14 : Dépister un déficit sensoriel	0.3
17	15 : S'évaluer par rapport aux objectifs de formation : « je sais, je ne sais pas »	0.3
18	18 : Gérer les situations conflictuelles avec les parents	0.3
19	17 : Donner aux parents les grands principes diététiques d'un enfant qui va bien	0.3
20	20 : Connaître l'utilité de la bandelette urinaire	0
21	21 : Dialoguer avec un adolescent	0

4. La reformulation des items sous forme d'objectifs

1 : « **Approcher et examiner un enfant en fonction de son âge** » reste exprimé de la sorte, mais deux sous-objectifs y sont intégrés. « Etre capable d'entrer en contact avec l'enfant et ses parents » et « adapter les conditions d'examen en fonction de l'âge de l'enfant ».

2 : « Intégrer les spécificités pédiatriques de l'anamnèse, de l'examen clinique, de la démarche diagnostique et thérapeutique » devient « **intégrer les spécificités pédiatriques de l'anamnèse, de l'examen clinique** ». Le terme de démarche diagnostique et thérapeutique a été retiré pour centrer l'objectif sur l'obtention de compétence clinique spécifique à la pédiatrie. Trois sous-objectifs notamment issus de l'item 8 en précisent l'orientation. Reconnaître les étapes du développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant, s'assurer de la normalité du développement staturopondéral et pubertaire, savoir examiner les tympans.

3 : « Reconnaître et organiser la prise en charge d'un nouveau-né, nourrisson, enfant qui ne va pas bien » devient « **reconnaître un nouveau-né, un nourrisson, un enfant qui ne va pas bien** » avec trois sous-objectifs que sont mesurer la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire, reconnaître les signes de gravité à l'interrogatoire et à l'inspection puis dans un dernier temps, organiser sa prise en charge.

4 : « Savoir utiliser le carnet de santé » devient « **utiliser le carnet de santé** » avec trois sous-objectifs que sont promouvoir son utilisation auprès des parents, utiliser et interpréter les courbes de croissance staturo-pondérale, maîtriser le calendrier vaccinal.

5 : « Evaluer la sévérité d'une situation, ses propres capacités à y faire face, demander une aide si besoin » devient « **évaluer la sévérité d'une situation et ses capacités à y faire face** » avec deux sous-objectifs que sont « évaluer ce qui relève de l'avis spécialisé, de l'hospitalisation, de l'ambulatoire » et « évaluer ses compétences et ses limites ». Ces sous-objectifs intègrent notamment les idées exprimées par les items 15 et 19 « savoir trouver de l'aide dans les situations complexes » et « s'évaluer par rapport aux objectifs de formation : « je sais, je ne sais pas ».

6 : « Savoir expliquer simplement une pathologie aux parents et aux enfants », « donner les bases de surveillance de la pathologie sans inquiéter » devient « **savoir expliquer, sans**

inquiéter une affection aux parents et aux enfants » avec trois sous-objectifs que sont « donner les consignes de la surveillance », « expliquer les signes d’alerte » et « s’assurer de la compréhension des informations données ».

7 : « Proposer une thérapeutique adaptée pour des affections courantes ou fréquentes » devient « **proposer une thérapeutique adaptée pour des affections fréquentes** ». Les participants ont précisé spécifiquement les sous-objectifs suivants : la fièvre ; les affections respiratoires avec la bronchiolite, l’asthme, la bronchite ; La gastro-entérite ; l’infection urinaire ; les angines ; les otites.

8 : l’item 9 est renommé simplement objectif 8 « **savoir s’intégrer et travailler en équipe** ».

9 : « Négocier l’absence de traitement et d’examen » devient « **négocier l’absence d’examen complémentaire, l’absence de traitement** ».

10 : l’item 12 est renommé simplement objectif 10 « **valoriser le rôle et l’image des parents** ».

11 : l’item 14 est renommé simplement objectif 11 « **dépister un déficit sensoriel** ».

12 : « Prescrire les examens complémentaires nécessaires après un examen clinique » devient « **évaluer la pertinence de la prescription des examens complémentaires** ».

13 : « Donner aux parents les grands principes diététiques d’un enfant qui va bien » devient « **expliquer les grands principes diététiques d’un enfant en fonction de l’âge** ».

14 : L’item 18 est renommé simplement objectif 14 « **gérer les situations conflictuelles avec les parents** ».

15 : L’item 21 est renommé simplement objectif 15 « **savoir aborder un adolescent** ».

« Connaître l’utilité de la bandelette urinaire » est supprimé car jugé accessoire.

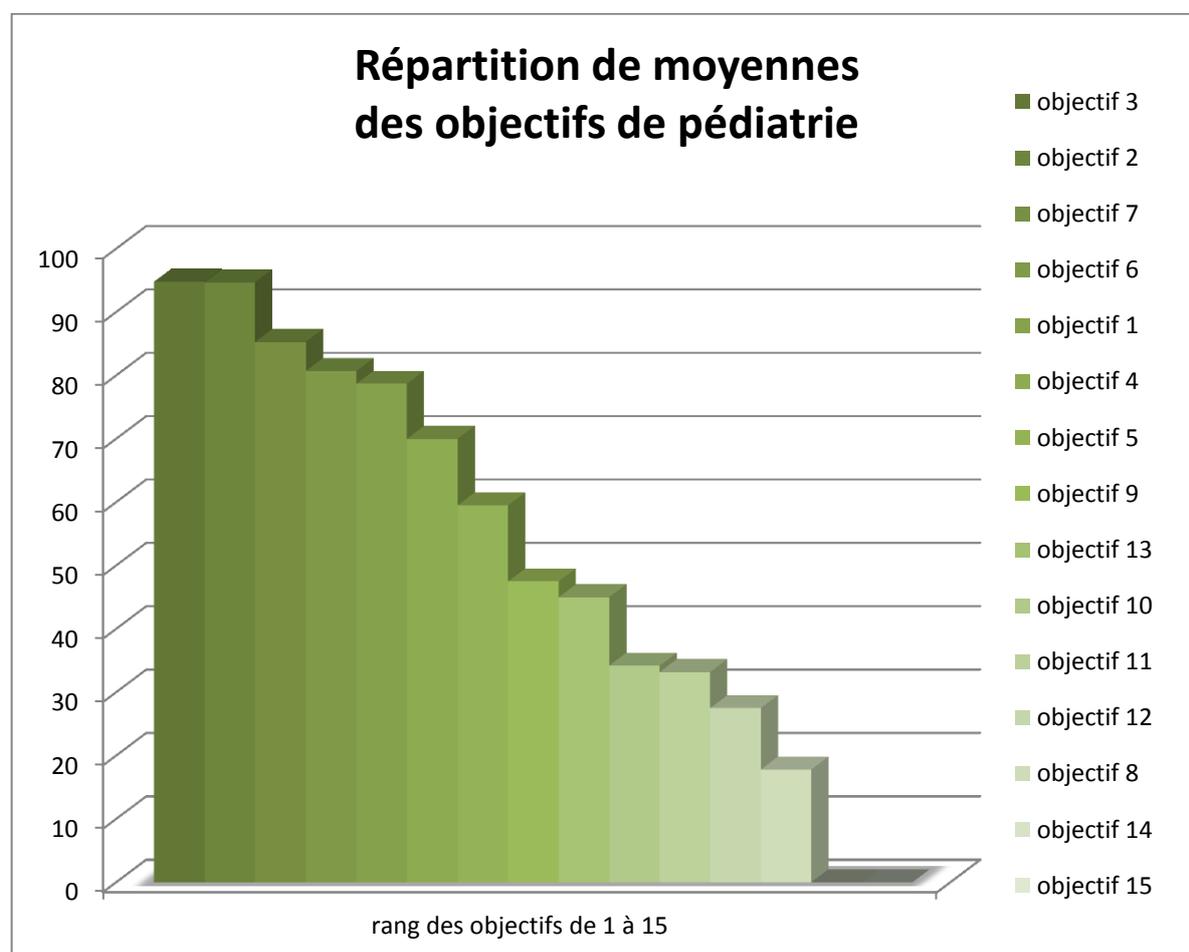
« Connaître et évaluer les principales pathologies de l’enfant » est finalement supprimé, malgré sa popularité lors des votes du premier tour, car jugé trop vague et trop large pour être évaluable.

Nous déduisons de cette réflexion les 15 objectifs suivants :

- 1** : Approcher et examiner un enfant en fonction de son âge
 - Etre capable d'entrer en contact avec l'enfant et ses parents
 - Adapter les conditions d'examen en fonction de l'âge de l'enfant
- 2** : Intégrer les spécificités pédiatriques de l'anamnèse, de l'examen clinique
 - Reconnaître les étapes du développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant
 - S'assurer de la normalité du développement staturopondéral et pubertaire
 - Savoir examiner les tympans
- 3** : Reconnaître un nouveau-né, un nourrisson, un enfant qui ne va pas bien
 - Mesurer la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire
 - Reconnaître les signes de gravité à l'interrogatoire et à l'inspection
 - Organiser sa prise en charge
- 4** : Utiliser le carnet de santé
 - Promouvoir son utilisation auprès des parents
 - Utiliser et interpréter les courbes de croissance staturo-pondérale
 - Maîtriser le calendrier vaccinal
- 5** : Evaluer la sévérité d'une situation et ses capacités à y faire face
 - Evaluer ce qui relève de l'avis spécialisé, de l'hospitalisation, de l'ambulatoire
 - Evaluer ses compétences et ses limites
- 6** : Savoir expliquer, sans inquiéter une affection aux parents et aux enfants
 - Donner les consignes de la surveillance
 - Expliquer les signes d'alerte
 - S'assurer de la compréhension des informations données
- 7** : Proposer une thérapeutique adaptée pour des affections fréquentes
 - La fièvre
 - Les affections respiratoires : la bronchiolite, l'asthme, la bronchite
 - La gastro-entérite
 - L'infection urinaire
 - Les angines, les otites
- 8** : Savoir s'intégrer et travailler en équipe.
- 9** : Négocier l'absence d'examen complémentaire, l'absence de traitement.
- 10** : Valoriser le rôle et l'image des parents.
- 11** : Dépister un déficit sensoriel.
- 12** : Evaluer la pertinence de la prescription des examens complémentaires.
- 13** : Expliquer les grands principes diététiques d'un enfant en fonction de l'âge.
- 14** : Gérer les situations conflictuelles avec les parents.
- 15** : Savoir aborder un adolescent.

5. Le vote et le classement des objectifs finals

objectif	Vote 1	Vote 2	Vote 3	Vote 4	Vote 5	Vote 6	Total	Moyenne
1		90	88	100	99	95	472	78.7
2	80	99	100	95	95	99	568	94.7
3	100	100	99	70	100	100	569	94.8
4	70	80	90	30	85	65	420	70
5	80		98		89	90	357	59.5
6	80	75	89	80	80	80	484	80.7
7	80	70	97	90	90	85	512	85.3
8			87	20			107	17.8
9	60	40		60	75	50	285	47.5
10	70	45	50			40	205	34.2
11		50			79	70	199	33.2
12	70	60		35			165	27.5
13	80		80	40	70		270	45
14							0	0
15							0	0



Rang	Énoncé de l'objectif de pédiatrie	Moyenne
1	3 : Reconnaître un nouveau-né, un nourrisson, un enfant qui ne va pas bien	94.8
2	2 : Intégrer les spécificités pédiatriques de l'anamnèse, de l'examen clinique	94.7
3	7 : Proposer une thérapeutique adaptée pour des affections fréquentes	85.3
4	6 : Savoir expliquer, sans inquiéter une affection aux parents et aux enfants	80.7
5	1 : Approcher et examiner un enfant en fonction de son âge	78.7
6	4 : Utiliser le carnet de santé	70
7	5 : Evaluer la sévérité d'une situation et ses capacités à y faire face	59.5
8	9 : Négocier l'absence d'examen complémentaire, l'absence de traitement	47.5
9	13 : Expliquer les grands principes diététiques d'un enfant en fonction de l'âge	45
10	10 : Valoriser le rôle et l'image des parents	34.2
11	11 : Dépister un déficit sensoriel	33.2
12	12 : Evaluer la pertinence de la prescription des examens complémentaires	27.5
13	8 : Savoir s'intégrer et travailler en équipe	17.8
14	14 : Gérer les situations conflictuelles avec les parents	0
15	15 : Savoir aborder un adolescent	0

6. Analyse des résultats obtenus

a) objectifs de niveau A

Les objectifs 2 et 3 sont des objectifs prioritaires, ils recueillent tous deux une moyenne autour de 95/100.

Intégrer les spécificités pédiatriques de l'anamnèse, de l'examen clinique

- Reconnaître les étapes du développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant
- S'assurer de la normalité du développement staturopondéral et pubertaire
- Savoir examiner les tympans

Reconnaître un nouveau-né, un nourrisson, un enfant qui ne va pas bien

- Mesurer la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire
- Reconnaître les signes de gravité à l'interrogatoire et à l'inspection
- Organiser sa prise en charge

Ces objectifs ont pour point commun d'intégrer les spécificités cliniques de la pédiatrie, aussi bien dans le suivi de l'enfant qui va bien que dans l'urgence de l'enfant qui ne va pas bien.

L'objectif 2 envisage que l'interne acquiert les repères du développement staturopondéral normal et du bon développement psychomoteur pour deux raisons.

L'une pour rassurer des parents parfois irraisonnablement inquiets pour leur enfant qui progresse et évolue normalement dans ses courbes et l'autre pour s'inquiéter en cas de cassure brutale des courbes ou de retard d'acquisition psychomotrice. L'apprentissage d'un savoir simple est de ce fait supplanté par celle d'un savoir agir, ou savoir réagir grâce à l'intégration d'une analyse chronologique du développement de l'enfant.

L'objectif 3 propose l'évaluation de l'urgence et la capacité à bien réagir. Il est le corollaire de l'objectif prioritaire de formation lors du stage d'urgence, mais reformulé sous la forme d'un objectif de pédiatrie.

b) objectifs de niveau B

Les objectifs 1, 4, 6 et 7 sont des objectifs de grande importance. Ils recueillent une moyenne autour de 75/100.

Approcher et examiner un enfant en fonction de son âge

- Etre capable d'entrer en contact avec l'enfant et ses parents
- Adapter les conditions d'examen en fonction de l'âge de l'enfant

Cet objectif illustre parfaitement la spécificité de la pédiatrie concernant les relations médecin-patient. Il demande tout particulièrement de faire la distinction entre le savoir-faire et le savoir-être.

Aucune notion théorique de second cycle ne permet de poser les bases de ce savoir-être. La mission du troisième cycle est de le développer. Au-delà d'un savoir, il s'agit avant tout d'une qualité médicale qu'il convient d'exercer tout particulièrement en pédiatrie.

En effet le triptyque médecin-parents-enfant nécessite des capacités fines d'écoute et de mise en confiance. Le médecin doit recueillir l'interrogatoire des parents et leurs inquiétudes puis appréhender l'enfant sereinement pour le mettre en confiance afin de faire un examen clinique discriminatif. Toutes les dimensions du cas ainsi apprivoisées permettront de poser les hypothèses les plus justes afin d'adopter une prise en charge adéquate.

Utiliser le carnet de santé

- Promouvoir son utilisation auprès des parents
- Utiliser et interpréter les courbes de croissance staturo-pondérale
- Maîtriser le calendrier vaccinal.

Les pédiatres ont insisté sur l'importance de valoriser cet outil de suivi de l'enfant en cours de stage afin que les internes, futurs docteurs en médecine générale, puissent le valoriser à leur tour, au quotidien, auprès des parents eux-mêmes car son potentiel demeure toutefois sous-utilisé selon les participants.

Véritable dossier médical de l'enfant traversant le temps et l'espace, le carnet de santé a la double fonction de fournir une mine d'informations aux parents sur les premiers mois de vie de leur enfant et de suggérer aux professionnels de santé les bases d'un suivi codifié et systématisé.

Il permet dans un premier temps de trouver une partie des réponses posées par l'objectif 13 concernant les grandes règles diététiques et de développer les compétences des parents sur les affections fréquentes dont est sujet leur enfant. Ainsi, le carnet explique simplement la gestion de la fièvre, des affections rhinopharyngées bénignes, ou encore de la gastro-entérite. C'est pourquoi sa promotion auprès des parents est indispensable.

Il donne dans un second temps les repères indispensables au suivi de l'enfant. Mesurer, peser puis reporter les données dans ce carnet offrent une lecture rapide du bon développement staturopondéral de l'enfant que suggère l'objectif 2.

Il détaille dans un troisième temps le calendrier vaccinal. Cependant, de sa connaissance à sa maîtrise, il existe des compétences que l'interne doit développer. Ainsi s'il est présent dans le carnet de santé de manière formelle, les participants ont évoqué aussi la gymnastique informelle de rattrapage à acquérir en cas d'oubli de tel ou tel vaccin. Il est aussi nécessaire que le praticien soit acteur de la vaccination en expliquant voire en justifiant ces prescriptions données à des parents parfois perplexes sur l'efficacité ou l'innocuité des vaccins. Maîtriser le calendrier vaccinal c'est aussi et avant tout, transmettre les enjeux de la vaccination selon un schéma codifié.

Savoir expliquer, sans inquiéter une affection aux parents et aux enfants

- Donner les consignes de la surveillance
- Expliquer les signes d'alerte
- S'assurer de la compréhension des informations données

Par l'intermédiaire de cet objectif, les participants ont évoqué l'ambivalence que pouvait suggérer le discours médical. Un discours se voulant rassurant pouvait devenir inquiétant dans un souci de prise en charge complète. L'habilité du médecin est de rassurer les parents tout en n'omettant pas de donner des signes devant inquiéter les parents sur l'état de santé de leur enfant, signes qui, s'ils apparaissent dans un second temps, ne sont plus rassurants et doivent alerter puis amener les parents à reconsulter le médecin qui les avait initialement rassurés.

Proposer une thérapeutique adaptée pour des affections fréquentes

- La fièvre
- Les affections respiratoires : la bronchiolite, l'asthme, la bronchite
- La gastro-entérite
- L'infection urinaire
- Les angines, les otites

Les participants ont insisté pour que certaines affections soient présentes dans cet objectif afin d'en orienter sa future évaluation, le but n'étant pas de donner une liste exhaustive des prises en charge pédiatriques, mais de donner à l'interne les clés d'une prise en charge structurée pour des affections couramment observées.

c. objectifs de niveau C

Ces objectifs recueillent une moyenne autour de 50/100.

Evaluer la sévérité d'une situation et ses capacités à y faire face

- Evaluer ce qui relève de l'avis spécialisé, de l'hospitalisation, de l'ambulatoire
- Evaluer ses compétences et ses limites

Dans cet objectif, évaluer c'est apprécier l'urgence ressentie par les parents, l'urgence de prise en charge ambulatoire, l'urgence de prise en charge hospitalière et enfin l'urgence vitale et sa prise en charge réanimatoire. De cette hiérarchisation découle la notion de sa propre limite de compétence. L'interne doit apprendre à se connaître lui-même en tant que praticien autonome mais intégré dans un réseau de soins. Il doit donc dans un second temps apprécier ce qu'est la juste délégation de soins : ni trop tôt, ni trop tard.

Négocier l'absence d'examen complémentaire, l'absence de traitement

Cet objectif est classé avant même celui de la prescription active des examens complémentaires. Il n'est pas spécifique de la pédiatrie, mais il n'est ressorti que durant ces réunions.

De plus, les experts l'estiment suffisamment pertinent pour en faire un objectif important de formation qui pourra être utile dans d'autres spécialités. Il nécessite plusieurs compétences. Celle du savoir « ne pas prescrire » est en fait dépendante de celle du savoir prescrire, car savoir dire non, c'est aussi expliquer pourquoi on ne dit pas oui.

Il s'agit encore une fois, en plus du savoir agir, d'une compétence relative au savoir-être. Négocier, c'est mettre en relation les souhaits du patient avec les recommandations scientifiques que chaque étudiant aura appréhendées durant sa formation. Avec une accessibilité facilitée à différentes sources d'informations médicales, les demandes des patients évoluent et il n'est pas rare qu'ils aient fait le diagnostic de leur pathologie avant même notre analyse sémiologique. La demande n'est plus forcément « Qu'est-ce que j'ai docteur ? » mais « Je viens pour avoir tel examen » ou « J'ai ça, donc il faut me donner ça pour que j'aille mieux ». Le praticien n'est donc plus seul maître de ses prescriptions et la pression exercée par certains patients le conduit parfois à modifier ses habitudes.

Cet objectif sous son aspect secondaire, demande d'acquérir malgré tout, une expérience de prescription, qui permettra parfois de négocier, pour le bien du patient, l'absence même de prescription.

Expliquer les grands principes diététiques d'un enfant en fonction de l'âge

Les premiers mois de vie sont une période durant laquelle les besoins qualitatifs et quantitatifs sont en perpétuel changement.

Expliquer, c'est verbaliser simplement leur connaissance pour qu'ils soient aisément applicables par les parents.

Expliquer c'est aussi conseiller pour éviter certaines erreurs susceptibles de retentir sur l'état de l'enfant.

Le carnet de santé peut d'ailleurs être le support de ces explications.

d. objectifs de niveau D

Ces objectifs recueillent des notes autour de 25/100.

Savoir s'intégrer et travailler en équipe

Aspécifique de la pédiatrie, il est aussi exprimé dans les autres spécialités.

Valoriser le rôle et l'image des parents

Cet objectif ne s'apprend pas de façon didactique mais il s'appréhende au contact des patients et fait également partie d'un savoir être. Valoriser c'est accompagner, soutenir, rassurer, expliquer, prévenir, notamment pour que les parents d'un premier-né ne vivent pas

les premières semaines voire les premiers mois dans l'angoisse du mal-faire qui pourraitrejaillir négativement sur les relations parents-enfants.

Dépister un déficit sensoriel

Les participants ont choisi de le distinguer de l'objectif 2 qui fait notamment mention de la reconnaissance des étapes du développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. Indirectement lié à ce sous-objectif les votants ne l'ont pas plébiscité.

Une autre raison de ce résultat tient peut-être aussi au fait que les praticiens hospitaliers ont eux-mêmes fait part de leur manque d'investissement pour le dépistage des déficits sensoriels, et ne forment pas leurs étudiants à cet objectif. Il n'en demeure pas moins important que les internes puissent appréhender durant leur stage les modalités de ces dépistages.

Evaluer la pertinence de la prescription des examens complémentaires

Il rejoint en partie l'objectif 9. Il suggère que derrière chaque acte de prescription d'examen complémentaire, il existe une question à laquelle le prescripteur cherche une réponse. De plus, dans un souci d'efficacité, il convient aussi de choisir à qui et avec quoi, il convient de poser cette question pour obtenir une réponse pertinente.

e. objectifs de niveau E

Leurs notes sont de 0/100.

Gérer les situations conflictuelles avec les parents

Savoir aborder un adolescent

Ces objectifs 14 et 15 ne recueillent aucun suffrage. Ils n'en demeurent pas moins pertinents, mais ils font référence à des compétences liées au savoir-être et à la dimension psychologique d'une prise en charge. Leur évaluation s'avèrerait délicate et subjective.

B. RÉSULTATS ET ANALYSE CONCERNANT LES OBJECTIFS DE FORMATION EN STAGE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Les participants ont choisi de scinder les propositions en deux parties. Aborder les objectifs de stages d'abord en gynécologie puis en obstétrique.

Le temps de l'énumération a permis de dégager 19 idées en gynécologie et 26 idées en obstétrique. A l'issue de l'énumération des idées, une fusion de certaines d'entre elles puis la reformulation des autres ont permis de définir secondairement les items : 14 pour la gynécologie et 18 pour l'obstétrique.

Une réflexion sur certaines propositions a aussi permis d'éclaircir certains énoncés avant de passer au temps de la notation des items formulés. La hiérarchisation des items a ensuite été soumise lors de la seconde réunion. Une liste définitive de 16 objectifs commune aux spécialités de gynécologie et d'obstétrique est ressortie à la suite de cet échange.

1. L'énumération des idées

a. en gynécologie

Idée 1 : Savoir poser un spéculum pour réaliser un frottis, faire un examen gynécologique.

Idée 2 : Savoir faire une palpation des seins dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Idée 3 : Contribuer au dépistage des deux principaux cancers.

Idée 4 : Suivre sur le plan gynécologique une femme et prescrire une contraception.

Idée 5 : Savoir prescrire et renouveler une contraception.

Idée 6 : Savoir prendre en charge une demande d'IVG.

Idée 7 : Savoir poser un implant et un stérilet.

Idée 8 : Promouvoir la vaccination contre l'HPV.

Idée 9 : Connaître et reconnaître les principales infections gynécologiques.

Idée 10 : Savoir prescrire et/ou renouveler le traitement hormonal substitutif.

Idée 11 : Savoir lire et interpréter les résultats d'un frottis.

Idée 12 : Connaître les principaux motifs de consultation de gynéco-médicale.

Idée 13 : Savoir prescrire les échographies, les TDM et les IRM.

Idée 14 : Savoir conseiller en matière de stérilité.

Idée 15 : Savoir prescrire un spermogramme.

Idée 16 : Savoir réaliser une consultation pré-conceptionnelle.

Idée 17 : Savoir surveiller une patiente en suite opératoire.

Idée 18 : Savoir prescrire une mammographie à bon escient.

Idée 19 : Coordonner le suivi post-thérapeutique du cancer.

b. en obstétrique

Idée 1 : Savoir évoquer le diagnostic de grossesse.

Idée 2 : Connaître les différents examens au cours de la grossesse.

Idée 3 : Savoir prescrire l'échographie du premier trimestre.

Idée 4 : Savoir informer et prescrire le dépistage de la trisomie 21.

Idée 5 : Repérer les grossesses à risques et les orienter correctement.

Idée 6 : Remplir correctement la déclaration de grossesse.

Idée 7 : Evaluer le degré de gravité d'une situation obstétricale aiguë.

Idée 8 : Savoir dépister le diabète gestationnel.

Idée 9 : Savoir reconnaître une pré-éclampsie.

Idée 10 : Savoir examiner un col utérin.

Idée 11 : Savoir repérer les contractions utérines anormales.

Idée 12 : Connaître le C.R.A.T.

Idée 13 : Savoir surveiller conjointement avec le gynéco un risque (HTA...)

Idée 14 : Savoir prendre en charge un post-partum.

Idée 15 : Dépister une infection urinaire en cours de grossesse.

Idée 16 : Aborder un accouchement inopiné.

Idée 17 : Savoir qu'il existe des préparations à la naissance.

Idée 18 : Savoir gérer une interruption de montée de lait.

Idée 19 : Connaître les conseils pour la rééducation périnéale.

Idée 20 : Savoir gérer l'allaitement.

Idée 21 : Connaître les modalités de la contraception en post-partum.

Idée 22 : Promouvoir l'allaitement.

Idée 23 : Renseigner le dossier partagé.

Idée 24 : Connaître les dates des congés maternités.

Idée 25 : Négocier l'absence d'arrêt de travail.

Idée 26 : Evoquer et gérer les addictions lors de la grossesse.

2. La reformulation des idées sous forme d'items

a. en gynécologie

Les idées 1, 2, 3, 11, 18 soulignent l'importance de la maîtrise des dépistages des principaux cancers en gynécologie.

Une dichotomie a été suggérée. Les participants ont insisté sur la maîtrise du dépistage du cancer du col de l'utérus (1, 3, 11) ainsi que sur celui du cancer du sein (2, 3, 18).

L'item 1 regroupe les idées **1, 3 et 11** : Savoir indiquer, réaliser et interpréter les résultats d'un frottis cervico-vaginal.

L'item 2 regroupe les idées **2, 3 et 18** : Savoir appréhender le dépistage du cancer du sein.

L'item 8 intervient en amont et fait intervenir la notion de prévention vaccinale du cancer du col, au-delà de la simple prévention par le dépistage.

L'item 4 regroupe les idées **4 et 5** et pose les bases de la maîtrise d'une prescription et du suivi d'une contraception.

L'item 7 aborde une notion plus pratique de la contraception et demande l'acquisition de gestes comme la pose de l'implant contraceptif ou la pose du stérilet. Les participants ont insisté sur l'importance d'accéder à ce type de savoir-faire en cours de stage, afin de donner le choix au futur praticien de faire ou de ne pas faire ces gestes lorsqu'ils exerceront en cabinet de médecine de ville.

L'item 14 regroupe les idées **14 et 15** et demande à l'interne de maîtriser l'approche de la stérilité dans un couple.

La liste des 14 items de gynécologie est donc la suivante :

Item 1 : Savoir indiquer, réaliser et interpréter les résultats d'un frotti cervico-vaginal.

Item 2 : Savoir appréhender les modalités du dépistage du cancer du sein (clinique et mammographie).

Item 3 : Coordonner le suivi post-thérapeutique du cancer.

Item 4 : Suivre sur le plan gynécologique une femme et prescrire une contraception.

Item 5 : Savoir surveiller une patiente en suite opératoire.

Item 6 : Savoir prendre en charge une demande d'IVG.

Item 7 : Savoir poser un implant et un stérilet.

Item 8 : Promouvoir la vaccination contre l'HPV.

Item 9 : Connaître et reconnaître les principales infections gynécologiques.

Item 10 : Savoir prescrire et/ou renouveler le traitement hormonal substitutif.

Item 11 : Savoir réaliser une consultation pré-conceptionnelle.

Item 12 : Connaître les principaux motifs de consultation de gynéco-médical.

Item 13 : Savoir prescrire les échographies, les TDM et les IRM.

Item 14 : Savoir conseiller et orienter en matière de stérilité.

b. en obstétrique

Les idées 2, 3, 4, 5, 6 ont permis d'insister sur le suivi de la grossesse pour former **l'item 2** : savoir suivre une grossesse normale, savoir prescrire et expliquer les examens complémentaires en évoquant les subtilités des échographies obligatoires et la pertinence de l'HT21 (test de dépistage de la trisomie 21).

Les idées 18, 20, 22 soulignent l'importance de la maîtrise de la période de l'allaitement pour former **l'item 18** : promouvoir l'allaitement durant la grossesse, connaître les conseils utiles à son bon déroulement, gérer ses complications et le souhait de son arrêt.

Les idées 14, 19, 21 insistent sur la gestion du post-partum pour former **l'item 14** : savoir gérer un post-partum, ses complications, conseiller sur la contraception et la rééducation périnéale.

L'idée 16 a fait l'objet d'une longue réflexion. A savoir : est-ce qu'un interne de médecine générale doit savoir aborder un accouchement ?

Les experts étaient partagés sur la question. En effet, dans le cadre de son exercice futur, la maîtrise de cet acte n'a que peu de sens. D'autant plus que le maîtriser demande beaucoup de pratique et d'investissement de la part de l'interne. Cependant il est apparu que le suivi et l'observation d'un accouchement en salle de naissance, accompagné d'une sage-femme expérimentée avait un sens pédagogique. « Voir » pour appréhender un éventuel accouchement inopiné, ne signifie pas maîtriser toutes les modalités d'un accouchement normal. En tant que futurs praticiens ambulatoires, il apparaît important de dire « je ne sais pas faire, mais j'ai déjà vu faire ».

Les chefs de service ont insisté sur le fait que l'IMG était déjà à l'heure actuelle, libre d'assister à un tel acte durant son stage. Liberté signifie en réalité bon vouloir de l'interne, mais ne signifie pas objectif de stage à part entière.

Suivre un accouchement durant l'entrée de la patiente en salle de travail, jusqu'à l'expulsion du placenta demande du temps voire de la patience. Faire du suivi d'un accouchement normal, un objectif de stage, demandera une implication horaire totale de l'interne durant une journée allouée à cet objectif, ainsi qu'effort et disponibilité du personnel de bloc pour intégrer dans son équipe ce nouvel élément, bien que passager.

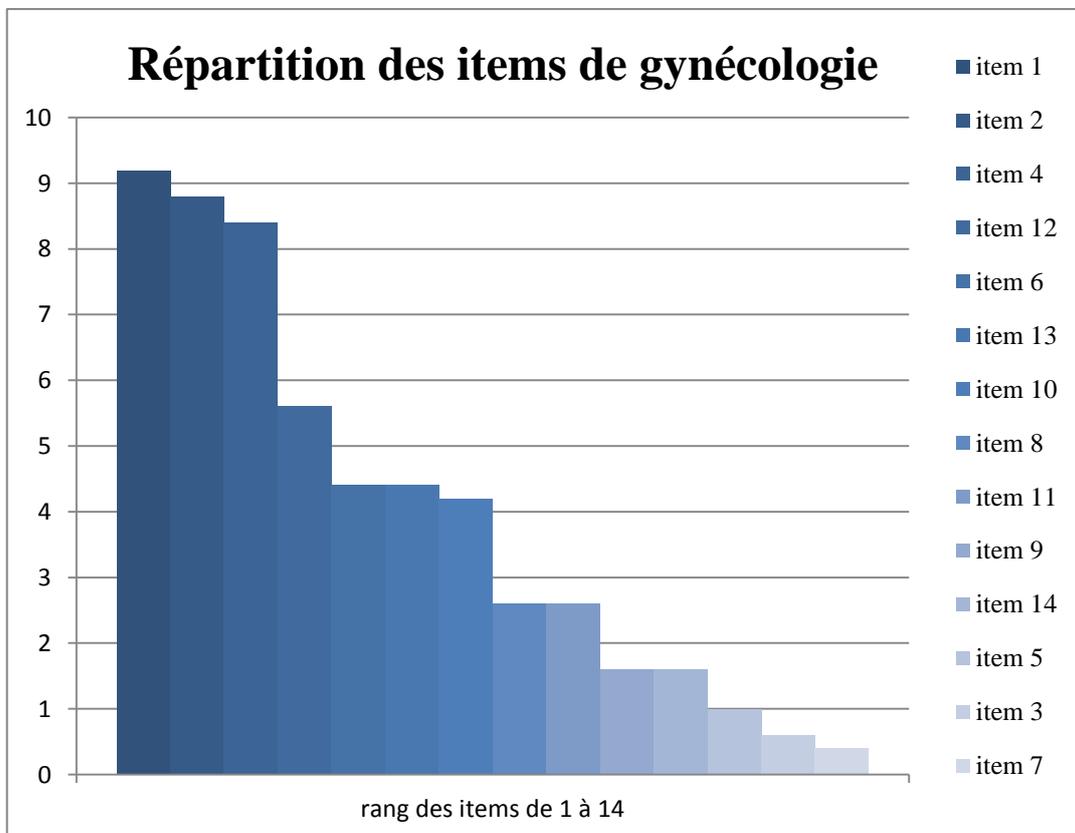
La liste des 18 items d'obstétrique que les participants ont notés a pu ainsi être édictée :

- Item 1** : Savoir évoquer le diagnostic de grossesse.
- Item 2** : Connaître les différents examens au cours de la grossesse.
- Item 3** : Renseigner le dossier partagé.
- Item 4** : Connaître les dates des congés maternités.
- Item 5** : Négocier l'absence d'arrêts de travail.
- Item 6** : Evoquer et gérer les addictions lors de la grossesse.
- Item 7** : Savoir évaluer le degré de gravité.
- Item 8** : Savoir dépister le diabète gestationnel.
- Item 9** : Savoir reconnaître une pré-éclampsie.
- Item 10** : Savoir examiner un col utérin.
- Item 11** : Savoir repérer les contractions utérines anormales.
- Item 12** : Connaître le C.R.A.T.
- Item 13** : Savoir surveiller conjointement avec le gynéco un risque (HTA...).
- Item 14** : Savoir prendre en charge un post-partum.
- Item 15** : Dépister une infection urinaire en cours de grossesse.
- Item 16** : Aborder un accouchement inopiné.
- Item 17** : Savoir qu'il existe des préparations à la naissance.
- Item 18** : Gérer l'allaitement.

3. Le vote et le classement des items

a. en gynécologie

items	Bulletin 1	Bulletin 2	Bulletin 3	Bulletin 4	Bulletin 5	total	moyenne
1	7	10	10	10	9	46	9.2
2	10	8	7	9	10	44	8.8
3					3	3	0.6
4	9	9	9	7	8	42	8.4
5		3		2		5	1
6	1		8	8	5	22	4.4
7		2				2	0.4
8	2	5	4		2	13	2.6
9		4	3		1	8	1.6
10	10		6	5		21	4.2
11	4			3	6	13	2.6
12	8	7	5	4	4	28	5.6
13	3	6		6	7	22	4.4
14	5		2	1		8	1.6



Notons deux erreurs dans la notation des items.

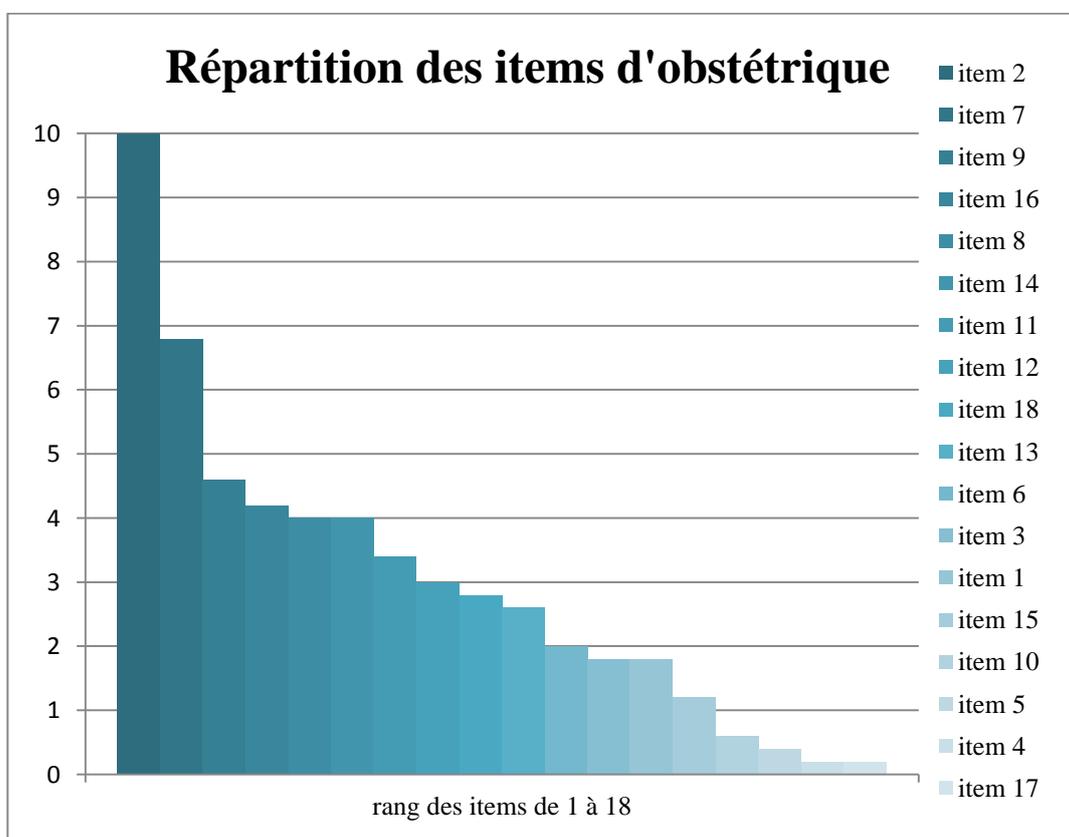
L'item 8 dans le bulletin 2 a été noté deux fois (notes 5 et 3), nous avons retenu la note de 5 et attribué la note de 3 puis 2 aux items sous-jacents initialement côtés 2 puis 1. C'est pourquoi la note de 1 n'apparaît pas dans le tableau pour le bulletin 2.

L'item 12 dans le bulletin 3 a été noté deux fois (notes 5 et 3), nous avons retenu la note de 5 et attribué la note de 3 puis 2 aux items sous-jacents initialement côtés 2 puis 1. C'est pourquoi la note de 1 n'apparaît pas dans le tableau pour le bulletin.

Rang	Énoncés des items de gynécologie	Moyenne
1	1 : Savoir indiquer, réaliser et interpréter les résultats d'un frottis cervico-vaginal	9.2
2	2 : Savoir appréhender les modalités du dépistage du cancer du sein (clinique et mammographie)	8.8
3	4 : Suivre sur le plan gynécologique une femme et prescrire une contraception	8.4
4	12 : Connaître les principaux motifs de consultation de gynéco-médical	5.6
5	6 : Savoir prendre en charge une demande d'IVG	4.4
6	13 : Savoir prescrire les échographies, les TDM et les IRM	4.4
7	10 : Savoir prescrire et/ou renouveler le traitement hormonal substitutif	4.2
8	8 : Promouvoir la vaccination contre l'HPV	2.6
9	11 : Savoir réaliser une consultation pré-conceptionnelle	2.6
10	9 : Connaître et reconnaître les principales infections gynécologiques	1.6
11	14 : Savoir conseiller et orienter en matière de stérilité	1.6
12	5 : Savoir surveiller une patiente en suite opératoire	1
13	3 : Coordonner le suivi post thérapeutique du cancer	0.6
14	7 : Savoir poser un implant et un stérilet	0.4

b. en obstétrique

item	Bulletin 1	Bulletin 2	Bulletin 3	Bulletin 4	Bulletin 5	total	moyenne
1			9			9	1.8
2	10	10	10	10	10	50	10
3	1	4	4			9	1.8
4		1				1	0.2
5		2				2	0.4
6	3	3			4	10	2
7	9	8		8	9	34	6.8
8	2		6	9	3	20	4
9		7	7	7	2	23	4.6
10			3			3	0.6
11		6	5	6		17	3.4
12	7				8	15	3
13	8				5	13	2.6
14	5	5	1	3	6	20	4
15				5	1	6	1.2
16	6	9	2	4		21	4.2
17				1		1	0.2
18	4		8	2		14	2.8



Rang	Énoncé des items d'obstétrique	moyenne
1	2 : Suivre une grossesse normale, prescrire les examens complémentaires	10
2	7 : Evaluer le degré de gravité d'une situation obstétricale aiguë	6.8
3	9 : Savoir reconnaître une pré-éclampsie	4.6
4	16 : Aborder un accouchement inopiné	4.2
5	8 : Savoir dépister le diabète gestationnel	4
6	14 : Savoir prendre en charge un post-partum	4
7	11 : Savoir repérer les contractions utérines anormales	3.4
8	12 : Connaître le C.R.A.T	3
9	18 : Savoir gérer l'allaitement (conseil, promotion, arrêt)	2.8
10	13 : Savoir surveiller un risque, conjointement avec l'obstétricien	2.6
11	6 : Evoquer et gérer les addictions lors de la grossesse	2
12	3 : Renseigner le dossier partagé	1.8
13	1 : Savoir évoquer le diagnostic de grossesse	1.8
14	15 : Dépister une infection urinaire en cours de grossesse	1.2
15	10 : Savoir examiner un col utérin	0.6
16	5 : Négocier l'absence d'arrêt de travail	0.4
17	4 : Connaître les dates des congés maternités	0.2
18	17 : Savoir qu'il existe des préparations à la naissance	0.2

4. La reformulation des items sous forme d'objectifs finals

La liste des items formulés lors de la première réunion a été classée. Cette hiérarchisation a été suggérée puis retravaillée lors de la seconde réunion pour établir la liste finale des objectifs.

1 : « Savoir évoquer le diagnostic de grossesse devient « **Diagnostiquer un début de grossesse et ses complications** ».

2 : « Suivre une grossesse normale, prescrire les examens complémentaires » devient « **Suivre la grossesse** ». Il s'enrichit de nombreux sous-objectifs pour lui donner un plan précis. Ainsi les items 4, 6, 12, 17, 18 évoquant notamment les addictions, la connaissance du C.R.A.T et l'approche de l'allaitement font partie de ce grand objectif.

3 : les participants ont tenu à garder la notion du **renseignement du dossier partagé**.

4 : « Savoir surveiller un risque, conjointement avec l'obstétricien » et « Savoir dépister le diabète gestationnel » deviennent « **Dépister et surveiller conjointement un risque** (HTA, diabète gestationnel...) ».

5 : « Savoir reconnaître une pré-éclampsie », « Evaluer le degré de gravité d'une situation obstétricale aiguë » et « Savoir repérer les contractions utérines anormales » deviennent « **Repérer une urgence obstétricale (pré-éclampsie, Hématome rétro-placentaire)** ».

6 : « Savoir prendre en charge un post-partum » devient « **Prendre en charge un post-partum** ».

7 : « Dépister une infection urinaire en cours de grossesse » devient « **Dépister et traiter une infection urinaire en cours de grossesse (hospitalisation ?)** ».

8 : « **Conseiller une contraception** » est une ébauche de l'item 4 dont une partie était « prescrire une contraception ».

9 : « **Assurer un suivi gynécologique (FCV, seins), prescrire les examens para-cliniques à bon escient** » est issu des items prioritaires 1, 2, 4 et 13. Cet objectif regroupe de ce fait plusieurs sous-objectifs dont la trame commune est le suivi gynécologique de la femme sans distinction d'âge ou d'appareil.

10 : « Savoir poser un implant et un stérilet » devient « **Avoir appréhendé la pose d'un stérilet et d'un implant** ».

11 : « Savoir prendre en charge une demande d'IVG » devient « **Prendre en charge une demande d'IVG** ».

12 : L'item 3 devient l'objectif 12 « **Coordonner le suivi post-thérapeutique du cancer** ». Les participants ont évoqué le lien avec l'item 5 : « Savoir surveiller une patiente en suite opératoire ».

13 : « Connaître et reconnaître les principales infections gynécologiques » et « Promouvoir la vaccination contre l'HPV » deviennent « **Reconnaître les principales infections gynécologiques, IST, vaccination HPV** ».

14 : « Savoir réaliser une consultation pré-conceptionnelle » devient « **Réaliser une consultation pré-conceptionnelle** ».

15 : « Savoir prescrire et/ou renouveler le traitement hormonal substitutif » devient « **Prescrire le traitement hormonal substitutif** ».

16 : « Savoir conseiller et orienter en matière de stérilité » devient « **Conseiller un couple infertile** ».

Certains items n'ont pas fait l'objet d'une traduction sous forme d'objectifs.

C'est le cas pour l'item 5 noté de manière trop accessoire lors de la première réunion.

L'item 12 « Connaître les principaux motifs de consultation de gynéco-médical » n'a pas été reformulé car jugé trop vague et sans réel fil conducteur.

L'item 10 « Savoir examiner un col utérin » a fait l'objet d'une réflexion qui n'a pas conduit à le garder comme objectif. En effet, les experts ont jugé que cet examen clinique n'avait pas d'utilité en pratique de ville, notamment dans le suivi de la grossesse où certaines écoles ne préconisent plus de réaliser le toucher vaginal de manière systématique. Les participants estiment que d'autres axes de formation doivent être priorités.

« **Aborder un accouchement inopiné** » n'a pas été retenu comme objectif. Les participants ont insisté sur le fait que suivre un accouchement normal devait faire partie d'un objectif de stage de gynécologie obstétrique, mais ne répond aucunement à la question posée par le sujet traité ici.

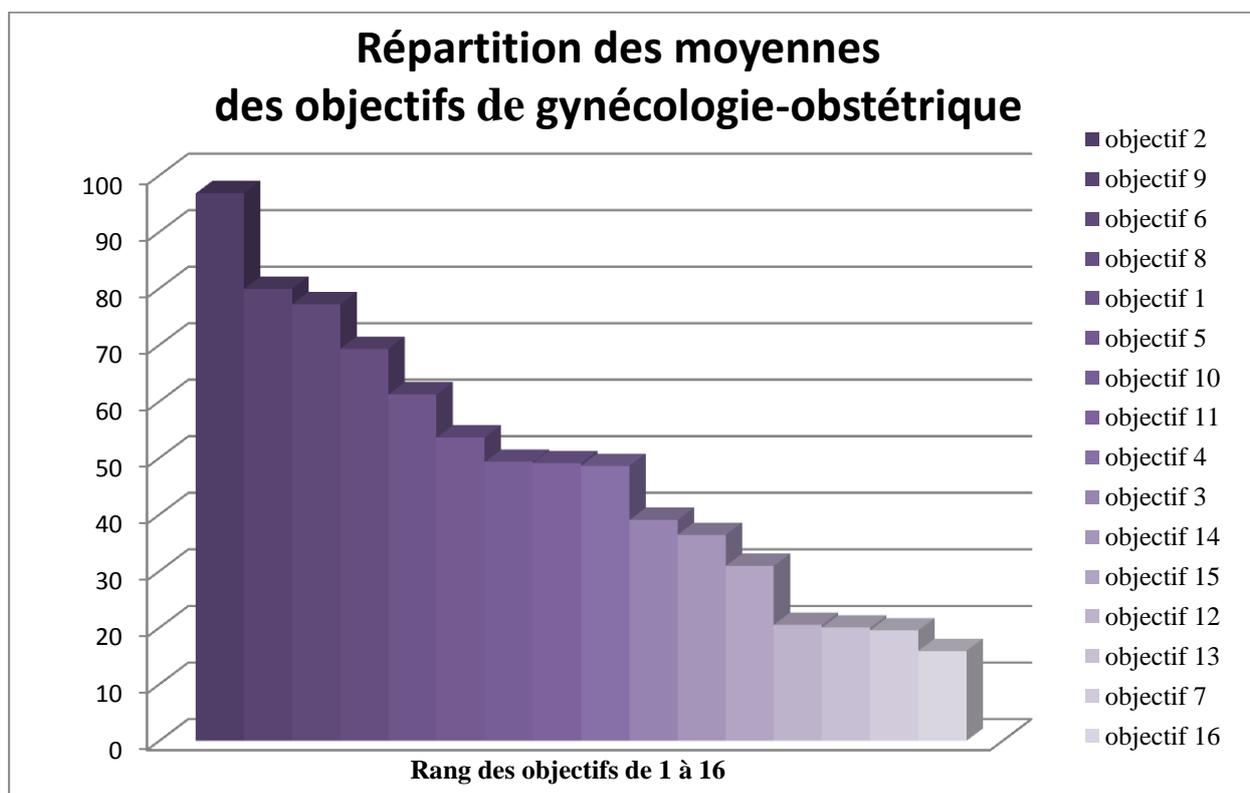
Ainsi, à l'issue de son stage, à la question : « l'interne de médecine générale doit-il être capable d'aborder un accouchement de manière inopinée ? », la réponse est non.

Par contre, à l'issue de son stage, à la question : « l'interne doit-il avoir suivi le déroulement d'au moins un accouchement en salle de travail ? », la réponse est sans doute oui.

Numéro	Énoncé de l'objectif en gynécologie-obstétrique
1	Diagnostiquer un début de grossesse et ses complications (GEU ?, FCS ?)
2	Suivre la grossesse : <ul style="list-style-type: none"> • Le suivi clinique • Le suivi biologique, l'HT 21 et la prévention rhésus • Le suivi échographique • Les conseils : prévention, addiction, allaitement, entretien prénatal précoce et préparations à la naissance • Les droits • Utilisation du CRAT, Orphanet
3	Renseigner le dossier partagé
4	Dépister et surveiller conjointement un risque (HTA, diabète gestationnel...)
5	Repérer une urgence obstétricale (pré-éclampsie, Hématome rétro-placentaire)
6	Prendre en charge un post-partum <ul style="list-style-type: none"> • La contraception • La rééducation • Les complications
7	Dépister et traiter une infection urinaire en cours de grossesse (hospitalisation ?)
8	Conseiller une contraception
9	Assurer un suivi gynécologique (FCV, seins), prescrire les examens para-cliniques à bon escient
10	Avoir appréhendé la pose d'un stérilet et d'un implant
11	Prendre en charge une demande d'IVG
12	Coordonner le suivi post-thérapeutique du cancer
13	Reconnaître les principales infections gynécologiques, MST, vaccination HPV
14	Réaliser une consultation pré-conceptionnelle
15	Prescrire le traitement hormonal substitutif
16	Conseiller un couple infertile

5. Le vote et le classement des objectifs finals

objectif	Vote 1	Vote 2	Vote 3	Vote 4	Vote 5	Vote 6	Vote 7	Vote 8	Total	Moyenne
1	99		100	30		100		100	429	53.6
2	100	100	95	100	100	99	100	80	774	96.8
3	80		90		72			70	312	39
4		89		80		70	90	60	389	48.6
5		86	99	60	90	65		90	490	61.2
6	73	90	80	90	75	90	90	30	618	77.2
7						85	70		155	19.4
8	78	88	80	40	98	80	70	20	554	69.3
9	79	95	80	85	85	75	90	50	639	79.9
10	75		80			60	60	10	394	49.3
11	74		80	50	99		90		393	49.1
12		70		5	89				164	20.5
13		60					60	40	160	20
14	77		80		70	64			291	36.4
15		87		20	80		60		247	30.9
16	72	55							127	15.9



Rang	Énoncé de l'objectif en gynécologie-obstétrique	Moyenne
1	2 : Suivre la grossesse	96.8
2	9 : Assurer un suivi gynécologique (FCV, seins), prescrire les examens para-cliniques à bon escient	79.9
3	6 : Prendre en charge un post-partum	77.2
4	8 : Conseiller une contraception	69.3
5	1 : Diagnostiquer un début de grossesse et ses complications (GEU ?, FCS ?)	61.2
6	5 : Repérer une urgence obstétricale (pré-éclampsie, Hématome rétro-placentaire)	53.6
7	10 : Avoir appréhendé la pose d'un stérilet et d'un implant	49.3
8	11 : Prendre en charge une demande d'IVG	49.1
9	4 : Dépister et surveiller conjointement un risque (HTA, diabète gestationnel...)	48.6
10	3 : Renseigner le dossier partagé	39
11	14 : Réaliser une consultation pré-conceptionnelle	36.4
12	15 : Prescrire le traitement hormonal substitutif	30.9
13	12 : Coordonner le suivi post thérapeutique du cancer	20.5
14	13 : Reconnaître les principales infections gynécologiques, MST, vaccination HPV	20
15	7 : Dépister et traiter une infection urinaire en cours de grossesse (hospitalisation ?)	19.5
16	16 : Conseiller un couple infertile	15.9

6. Analyse des résultats obtenus

a. objectif de niveau A

L'objectif 2, **suivre la grossesse**, remporte le plus de suffrages avec une moyenne autour de 95/100, il s'agit de l'objectif prioritaire. Ceci s'explique par la multitude de compétences qu'il requiert et par sa spécificité même dans la spécialité qu'est l'obstétrique.

Les participants ont insisté sur de nombreux sous-objectifs pour construire la trame des compétences requises afin de remplir correctement le suivi de grossesse.

Cet objectif complexe nécessite de prendre en compte les dimensions médicales, psychologiques et sociales de la grossesse. Il est difficile de ne sortir qu'un élément important de ce suivi, car il est un tout, indissociable dans le temps et dans l'espace. Il s'agit d'un continuum qui ne doit être appréhendé que dans sa globalité. Ne maîtriser qu'une dimension du suivi de grossesse n'est pas concevable car, comme nous le rappellent les sous-objectifs, il est à l'image des cinq grandes fonctions de la médecine générale que sont le premier recours en diagnostiquant en premier lieu le début de grossesse, la continuité des soins, la coordination de soins, la prise en charge globale et l'action de santé.

b. objectifs de niveau B

Ils obtiennent une moyenne autour de 70/100.

Concernant l'obstétrique, l'objectif 6 « *prendre en charge le post-partum* » est de grande importance. Il fait tout naturellement suite à l'objectif prioritaire qu'est le suivi de grossesse. Il suggère entre autre de connaître les règles de prescription de la contraception dans cette période particulière ainsi que les principes de la rééducation périnéale.

Le sous-objectif « complications » fait notamment référence à l'allaitement qui est intégré dans l'objectif prioritaire concernant son approche et sa perspective de mise en place.

Concernant la gynécologie, trois objectifs ont une grande importance.

L'objectif 9 « *Assurer le suivi gynécologique, prescrire les examens para-cliniques à bon escient* » est plébiscité. Cela vient certainement du fait qu'en soins primaires, il est à la gynécologie ce qu'est le suivi de grossesse à l'obstétrique.

Les participants ont notamment insisté sur la maîtrise du frottis cervico-vaginal, les modalités de sa réalisation, de sa prescription et de son interprétation. Le stage hospitalier doit

permettre d'acquérir ce savoir-faire pour que le futur médecin généraliste puisse choisir, s'il le souhaite, de le proposer à ses patientes. Cet objectif insiste aussi sur la maîtrise des modalités du dépistage du cancer du sein. Enfin d'une manière générale, il propose d'acquérir les bonnes règles de prescription de l'imagerie médicale en gynécologie.

L'objectif 8 « *Conseiller une contraception* » nécessite de maîtriser l'ensemble des modalités contraceptives afin de la proposer de manière individuellement adaptée. Les participants ont aussi rapporté les difficultés de soulever la question lors d'une première consultation spécialisée de gynécologie car évoquer la contraception ne doit pas occulter la prévention des IST. Cette consultation délicate prend tout son sens dans une atmosphère où l'adolescente est en général en confiance. C'est pourquoi il incombe très souvent au médecin généraliste de soulever la problématique de la contraception et de la prévention des IST lors d'une consultation allouée à cet effet.

L'objectif 1 « *diagnostiquer un début de grossesse et ses complications* » ne demande pas au futur praticien de savoir faire le diagnostic de grossesse, mais propose surtout d'acquérir une vigilance accrue concernant des motifs d'urgences gynécologiques, parfois trompeurs chez une femme en âge de procréer.

c. objectifs de niveau C

Ils obtiennent une note autour de 50/100.

L'objectif 5 « *Repérer une urgence obstétricale (pré-éclampsie, Hématome rétro-placentaire)* » et l'objectif 4 « *Dépister et surveiller conjointement un risque (HTA, diabète gestationnel...)* » insistent distinctement sur les aspects pathologiques de la grossesse qu'il convient de ne pas méconnaître.

L'un expose les urgences obstétricales majeures à repérer, c'est-à-dire à reconnaître sur le plan clinique pour pouvoir orienter efficacement la patiente en cas d'atteinte.

L'autre invite le médecin généraliste à coordonner spécifiquement un risque obstétrical qu'il aura pris soin de dépister lors du suivi de grossesse.

« *Avoir appréhendé la pose d'un stérilet et d'un implant* » demande à l'interne en médecine générale de s'impliquer dans son stage hospitalier en vue d'observer certains gestes techniques susceptibles d'être répétés en pratique de ville.

Dans ce cas particulier, les participants ne demandent pas à l'interne d'être capable de poser un stérilet ou un implant, mais ils l'incitent à développer sa curiosité pour qu'il assiste à leur mise en place afin de lui laisser le choix de se perfectionner sur ces points précis.

Découvrir pour développer une capacité par choix et par intérêt, que le futur praticien de ville pourra exercer, telle est la fin de cet objectif.

« *Prendre en charge une demande d'IVG* » est le dernier objectif de grande importance. Il s'agit dans ce cas de savoir écouter, comprendre, expliquer, conseiller et orienter la patiente en demande d'IVG. Cet objectif n'est pas qu'une vision technique et médicale de l'IVG, il implique de prendre en compte les données psychosociales et environnementales que suggère une telle démarche.

d. objectifs de niveau D

Ils sont au nombre de trois et obtiennent une note autour de 35/100.

« *Réaliser une consultation pré-conceptionnelle* ». Les participants ont d'ailleurs évoqué la nécessité de parler de l'allaitement dès cette consultation.

« *Renseigner le dossier partagé* ». Il soulève la problématique de la double saisie des informations dans les cabinets médicaux informatisés (problématique exposée aussi, en pédiatrie concernant le carnet de santé).

« *Prescrire le traitement hormonal substitutif* ».

e. objectifs de niveau E

Leurs notes se situent autour de 20/100.

« *Coordonner le suivi post-thérapeutique du cancer* ».

« *Reconnaître les principales infections gynécologiques, IST, vaccination HPV* ».

« *Dépister et traiter une infection urinaire en cours de grossesse (hospitalisation ?)* ».

« *Conseiller un couple infertile* ».

Enfin, nous rappelons qu'un objectif de stage a fait débat lors des réunions. La question du suivi d'un accouchement en salle de travail est primordiale lors du stage de l'interne et chaque service doit réfléchir aux modalités de mise en place d'un tel objectif.

La réflexion s'étend même à d'autres questions que pose ce stage particulier de gynécologie obstétrique. En effet, sa dimension chirurgicale expose les étudiants à être sollicités au bloc opératoire pour y voir césariennes, chirurgies pelviennes et cœlioscopies. Certains participants ont évoqué l'utilité de suivre certaines de ces interventions. Or cet aspect strictement chirurgical ne motive que peu les IMG voués à un exercice strictement médical.

La liste d'objectifs de formation formulée ici est de toute façon complémentaire à la liste d'objectifs de stage qu'un chef de service souhaite mettre en place. Elle ne doit aucunement s'y substituer.

C. RÉSULTATS ET ANALYSE CONCERNANT LES OBJECTIFS DE FORMATION EN STAGE D'URGENCE

1. L'énumération des idées

Lors de la première réunion, les urgentistes ont énuméré une liste de 39 idées :

Idée 1 : Acquérir des gestes techniques.

Idée 2 : Reconnaître et estimer la gravité de l'urgence.

Idée 3 : Savoir si le patient peut rester à domicile.

Idée 4 : Prescrire les examens para-cliniques adaptés à une situation pertinente et à moindre coût.

Idée 5 : Savoir faire un examen clinique complet (anamnèse, clinique) en ciblant en fonction de la situation.

Idée 6 : Comprendre et s'accaparer les principes d'une bonne relation interprofessionnelle.

Idée 7 : Identifier les situations à risque afin de prioriser son flux et orienter vers la filière adaptée.

Idée 8 : Avoir une démarche diagnostique complète, acquérir un raisonnement médical et un esprit de synthèse.

Idée 9 : Savoir gérer le flux d'entrée aux urgences.

Idée 10 : Savoir communiquer avec le patient, expliquer ce qu'il a, ce qu'on va lui faire.

Idée 11 : Tenir un dossier médical et formuler les hypothèses.

Idée 12 : Savoir expliquer les consignes de sortie des urgences.

Idée 13 : Savoir respecter le malade, le travail des collègues et des collaborateurs.

Idée 14 : Connaître les réseaux et les filières de soins.

Idée 15 : Reconnaître une urgence vitale.

Idée 16 : Savoir faire preuve d'empathie.

Idée 17 : Faire face aux premiers secours.

Idée 18 : Participer à la permanence de soins.

Idée 19 : Savoir intuber.

Idée 20 : Savoir communiquer avec la famille, l'entourage.

Idée 21 : Faire face à un patient agité.

Idée 22 : Assurer la prise en charge en urgence et le retour au domicile.

- Idée 23** : Prescrire le traitement en urgence et faire une ordonnance de sortie.
- Idée 24** : Acquérir une assurance progressive et une autonomie supervisée.
- Idée 25** : Savoir interpréter un électrocardiogramme.
- Idée 26** : Accompagner des soins palliatifs aux urgences.
- Idée 27** : Prendre en charge le patient suicidant.
- Idée 28** : Savoir interpréter une radio, une biologie.
- Idée 29** : Savoir prendre en charge le patient alcoolique.
- Idée 30** : Réaliser des soins de stomie.
- Idée 31** : Etablir les certificats médicaux légaux.
- Idée 32** : Savoir faire et prescrire un aérosol, une ventilation au masque.
- Idée 33** : Savoir se positionner au sein d'une équipe de secours.
- Idée 34** : Savoir faire une présentation d'un cas clinique.
- Idée 35** : Intégrer le dossier informatisé.
- Idée 36** : Faire une annonce difficile.
- Idée 37** : Appréhender l'enfant et la femme enceinte.
- Idée 38** : Appréhender le suicidant.
- Idée 39** : Prendre en charge la personne âgée au domicile.

2. La reformulation des idées sous forme d'items

Elle a donné lieu à une liste de 14 items.

L'item 1 est la fusion des idées 21, 26, 27, 29, 37, 38. Cet item regroupe un ensemble de compétences permettant de prendre en charge un patient particulier : par son âge, son sexe, sa pathologie organique ou psychique. Il demande en outre une compétence de savoir-être au-delà de la spécificité du cas proposé. Les participants ont ainsi évoqué les cas du patient alcoolisé, agité, suicidant, en soins palliatifs, ainsi que la spécificité de la femme enceinte et de l'enfant.

L'item 2 est la fusion des idées 4, 25, 28. Cet item requiert d'intégrer dans la démarche diagnostique, la notion de coût d'un examen. Savoir interpréter une radiographie, une biologie, un électrocardiogramme est insuffisant, il faut aussi connaître la pertinence d'une imagerie ou d'une biologie face à un cas proposé.

L'item 3 est la fusion des idées 5 et 8. Il suggère d'intégrer l'examen clinique ciblé dans une démarche diagnostique cohérente.

L’item 4 est la fusion des idées 3, 12, 22, 23. Cet item propose d’acquérir la compétence de prescription d’une thérapeutique dans le service des urgences, ainsi que pour la sortie du patient. Au-delà de la prescription écrite il convient de s’assurer de la bonne compréhension des consignes de traitement et de surveillance pour le patient dans le cadre d’un retour au domicile.

L’item 5 est la fusion des idées 9 et 24. Cet item propose d’acquérir une assurance progressive et une autonomie supervisée dans le but de gérer au mieux le flux de patients que génère particulièrement le service des urgences.

L’item 6 est la fusion des idées 1, 19, 30, 32. Cet item suggère l’acquisition de gestes techniques susceptibles d’être utiles au futur médecin généraliste. Les participants ont insisté sur la prise en charge des affections entraînant potentiellement une détresse respiratoire. Ainsi le savoir-faire un aérosol et une ventilation au masque ont été retenus comme nécessités. La question de l’intubation a été supprimée car non appropriée pour le médecin généraliste, à la fois dans son apprentissage délicat puis dans sa pratique de ville.

L’acquisition de gestes techniques tels que la suture puis la prise en charge de la plaie aux urgences a été mentionnée à l’occasion de la reformulation de l’idée 1 mais n’a pas fait l’objet d’un item à part entière.

L’item 7 est la fusion des idées 6, 13 et 18. Cet item demande au futur médecin de savoir se positionner au sein d’une équipe soignante, de s’accaparer les principes d’une bonne relation interprofessionnelle. Il fait aussi référence à la permanence de soins, comme le reflet du bon fonctionnement de ses relations et du principe de confraternité.

L’item 8 est la fusion des idées 11 et 34. Le futur médecin doit être capable de faire la synthèse d’un cas clinique afin de présenter la démarche diagnostique pertinente qui amène à une prise en charge thérapeutique globale.

L’item 9 est simplement issue de l’idée 31.

L’item 10 est la fusion des idées 10, 16, 20, 36. Cet item prend en compte la dimension du savoir-être du médecin vis-à-vis du patient et de son entourage. La question de l’empathie y est intégrée ainsi que du savoir communiquer, dialoguer, expliquer simplement sans rentrer dans un discours trop médical et trop scientifique, souvent inaccessible pour les patients.

L'item 11 est la fusion des idées 11 et 35. Il intègre l'informatisation du dossier médical. L'informatique au service des médecins et des patients pour potentialiser la démarche diagnostique et thérapeutique ainsi que pour faciliter les paramètres de surveillance.

L'item 12 est la fusion des idées 7 et 14. Cet item demande d'intégrer le réseau de soins dans la prise en charge globale du patient.

L'item 13 est la fusion des idées 7, 15 et 17. Cet item englobe la démarche de reconnaissance de la gravité, de l'urgence et la prise de décision qui permettent de faire face à une urgence vitale.

L'item 14 est la fusion des idées 3 et 39. Cet item invite le praticien à gérer le patient âgé dans sa dimension médicale mais également dans sa dimension sociale. Il demande de faire l'analyse des critères d'hospitalisation.

Item 1 : Savoir prendre en charge le patient dans sa spécificité (alcoolisé, suicidant, agité, soins palliatifs, femme enceinte, enfant).

Item 2 : Prescrire et interpréter les examens paracliniques adaptés à une situation et à un moindre coût.

Item 3 : Savoir faire un examen clinique complet (anamnèse, clinique) puis ciblé en fonction de la situation.

Item 4 : Savoir prescrire un traitement d'urgence, ainsi qu'une ordonnance de sortie.

Item 5 : Acquérir une assurance et une autonomie progressive.

Item 6 : Savoir faire un aérosol, réaliser une ventilation au masque.

Item 7 : Savoir se positionner au sein d'une équipe.

Item 8 : Savoir faire une présentation de cas clinique.

Item 9 : Savoir établir un certificat médical.

Item 10 : Savoir communiquer avec le patient et son environnement.

Item 11 : Savoir tenir le dossier médical, intégrer son informatisation.

Item 12 : Connaître les réseaux et les filières de soins.

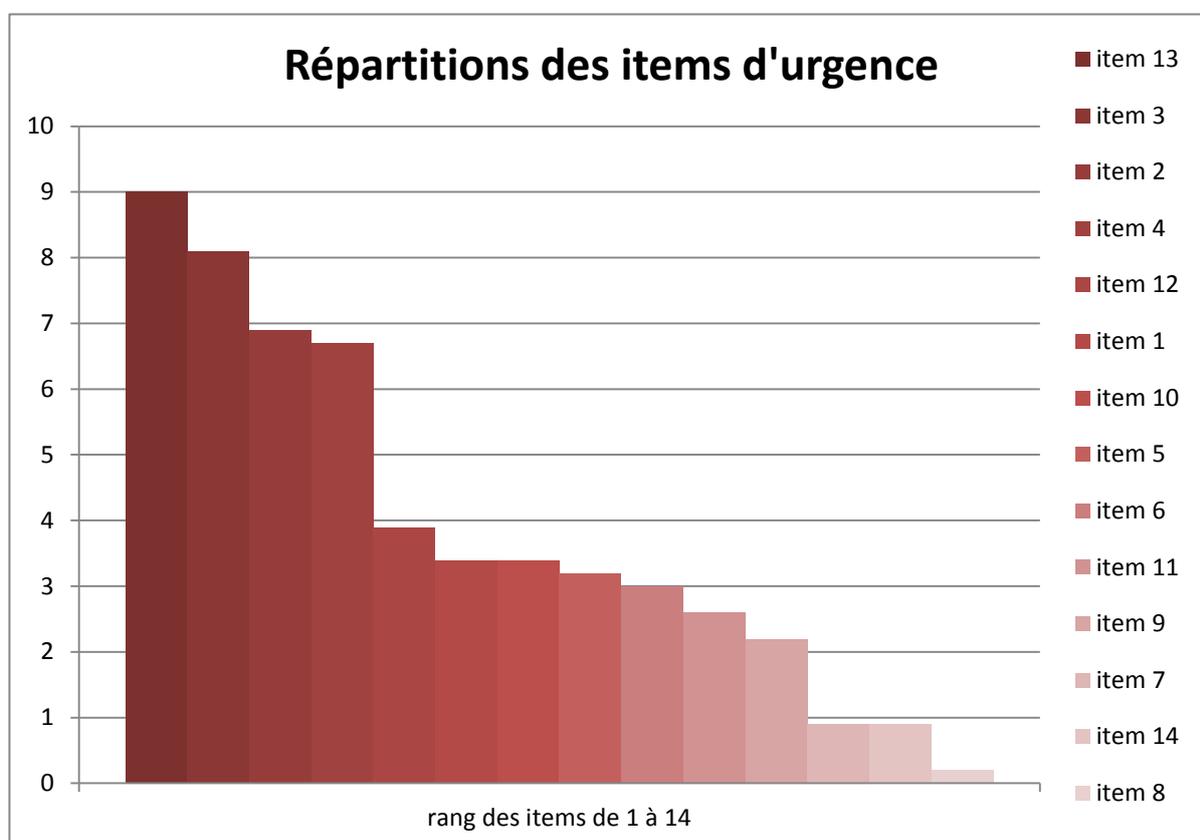
Item 13 : Reconnaître puis faire face à une urgence vitale.

Item 14 : Assurer la prise en charge en urgence et le retour au domicile de la personne âgée.

3. Le vote et le classement des items

La liste des 14 items formulés a été ensuite soumise au vote des participants.

Items	Bulletin 1	Bulletin 2	Bulletin 3	Bulletin 4	Bulletin 5	Bulletin 6	Bulletin 7	Bulletin 8	Total	Moyene
1		5	1	5	1	4	3	8	27	3.4
2	6	8	7	3	8	8	8	7	55	6.9
3		9	9	8	10	10	9	10	65	8.1
4	9	4	8	9	7	7	7	3	54	6.7
5	5	3		2	2		5	9	26	3.2
6	3		5	7		5	4		24	3
7	2		3					2	7	0.9
8	1							1	2	0.2
9	4	2		6	4	1	1		18	2.2
10	7	6	2		6	2	2	6	27	3.4
11			6	4			6	5	21	2.6
12	8	7	4	1	5	6			31	3.9
13	10	10	10	10	9	9	10	4	72	9
14		1			3	3			7	0.9



Rang	Énoncé de l'item d'urgence	Moyenne
1	13 : Reconnaître puis faire face à une urgence vitale	9
2	3 : Savoir faire un examen clinique complet (anamnèse, clinique) puis ciblé en fonction de la situation	8.1
3	2 : Prescrire et interpréter les examens paracliniques adaptés à une situation et à un moindre coût	6.9
4	4 : Savoir prescrire un traitement d'urgence, ainsi qu'une ordonnance de sortie	6.7
5	12 : Connaître les réseaux et les filières de soins	3.9
6	1 : Savoir prendre en charge le patient dans sa spécificité (alcoolisé, suicidant, agité, soins palliatifs, femme enceinte, enfant)	3.4
7	10 : Savoir communiquer avec le patient et son environnement	3.4
8	5 : Acquérir une assurance et une autonomie progressive	3.2
9	6 : Savoir faire un aérosol, réaliser une ventilation au masque	3
10	11 : Savoir tenir le dossier médical, intégrer son informatisation	2.6
11	9 : Savoir établir un certificat médical	2.2
12	7 : Savoir se positionner au sein d'une équipe	0.9
13	14 : Assurer la prise en charge en urgence et le retour au domicile de la personne âgée	0.9
14	8 : Savoir faire une présentation de cas clinique	0.2

4. La reformulation des items sous forme d'objectifs finals

La liste des items formulés lors de la première réunion a été classée. Cette hiérarchisation a été suggérée puis retravaillée lors de la seconde réunion pour établir la liste finale des objectifs.

D'une manière générale, les termes « savoir » ou « connaître » ont été délibérément modifiés, pour laisser place à des verbes d'action. L'objectif final ressort ainsi sous une forme plus complexe que l'item, qui pour être correctement rempli, nécessite de s'appropriier « le bien agir » en mettant à profit les connaissances accumulées durant le second cycle des études médicales.

1 : « Reconnaître puis faire face à une urgence vitale » devient « **Evaluer la gravité d'un patient** ». Le terme « reconnaître » est remplacé par celui d' « évaluer » afin de donner une dimension plus dense à la démarche clinique qui amène à identifier la gravité du patient. Le terme de « faire face à » a été retiré de l'énoncé premier afin de définir cet objectif sous la forme d'une unique action, celle de l'évaluation.

2 : « Savoir faire un examen clinique complet (anamnèse, clinique) puis ciblé en fonction de la situation » devient « **Examiner un patient de manière ciblée en fonction du contexte** ».

3 : « Prescrire et interpréter les examens paracliniques adaptés à une situation et à un moindre coût » devient « **Prescrire et interpréter les examens paracliniques recommandés selon l'HAS** ». La notion de « coût de l'examen », trop discriminative est remplacée par la notion de « recommandations » qui intègre les valeurs de coût, d'efficacité et de bonne pratique médicale d'un examen.

4 : « Savoir prescrire un traitement d'urgence, ainsi qu'une ordonnance de sortie » devient « **Etablir une prescription (traitement, conseils), de la prise en charge initiale à la sortie** ». De cette manière, la dimension de continuité de prise en charge est intégrée à la démarche complète que sous-entend la prescription.

5 : « Connaître les réseaux et les filières de soins » devient « **Recourir aux réseaux et aux filières de soins** ».

6 : « Savoir prendre en charge le patient dans sa spécificité (alcoolisé, suicidant, agité, soins palliatifs, femme enceinte, enfant) » devient « **Prendre en charge le patient dans sa spécificité (alcoolisé, suicidant, agité, soins palliatifs, femme enceinte, enfant...)** ».

L'item 14 « Assurer la prise en charge en urgence et le retour au domicile de la personne âgée » disparaît pour être intégré dans cet objectif. Une partie de cet énoncé est également intégrée dans l'objectif 3.

7 : « Savoir communiquer avec le patient et son environnement » devient « **communiquer avec le patient et son environnement** ».

8 : « Acquérir une assurance et une autonomie progressive » devient « **Acquérir une autonomie** ».

9 : « Savoir tenir le dossier médical, intégrer son informatisation » devient « **Rédiger un dossier médical, (intégrer son informatisation)** ».

10 : « Savoir établir un certificat médical » devient « **Etablir un certificat médical** ».

11 : « Savoir se positionner au sein d'une équipe » devient « **Savoir travailler en équipe** ».

12 : « Savoir faire une présentation de cas clinique » devient « **Présenter une observation clinique** ».

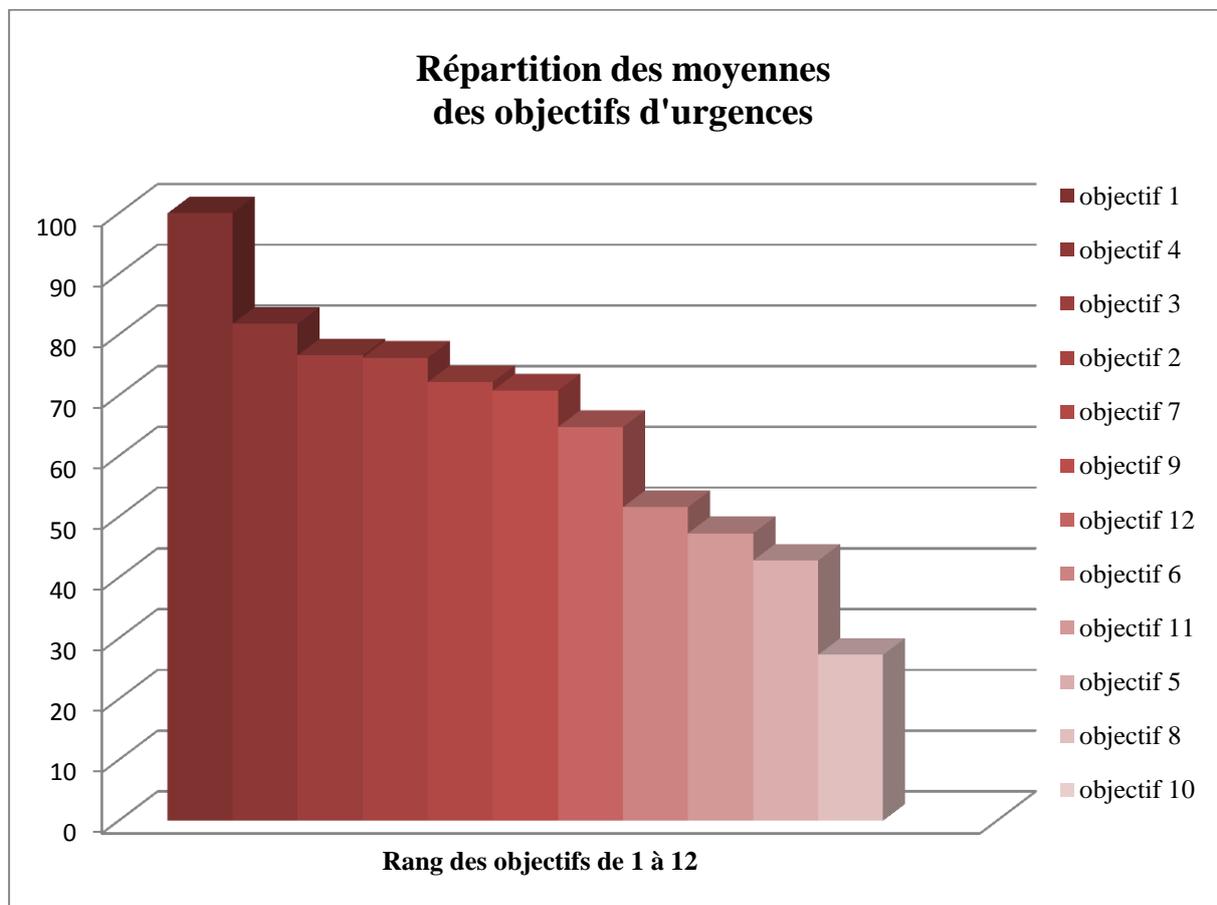
L'item 6 « Savoir faire un aérosol, réaliser une ventilation au masque » est retiré de la liste des objectifs finals. Celui-ci peut s'intégrer comme un objectif secondaire non explicité.

L'item 14 « Assurer la prise en charge en urgence et le retour au domicile de la personne âgée » disparaît pour être intégré dans les objectifs 3 et 6 développant les notions de continuité de soins et de spécificité du patient.

Numéro	Énoncé de l'objectif d'urgence
1	Evaluer la gravité d'un patient
2	Examiner un patient de manière ciblée en fonction du contexte
3	Prescrire et interpréter les examens paracliniques recommandés selon l'HAS
4	Etablir une prescription (traitement, conseils) de la prise en charge initiale à la sortie
5	Recourir aux réseaux et aux filières de soins
6	Prendre en charge le patient dans sa spécificité (alcoolisé, suicidant, agité, soins palliatifs, femme enceinte, enfant...)
7	Communiquer avec le patient et son environnement
8	Acquérir une autonomie
9	Rédiger un dossier médical. (intégrer son informatisation)
10	Etablir un certificat médical
11	Savoir travailler en équipe
12	Présenter une observation clinique

5. Le vote et le classement des objectifs finals

Numéro de l'objectif	Vote 1	Vote 2	Vote 3	Vote 4	Vote 5	Vote 6	Vote 7	Vote 8	Vote 9	Vote 10	Vote 11	Vote 12	Vote 13	Tot	Moy
1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1300	100
2	99	100	90	89	99	90	75	99	70			95	90	996	76.6
3	98	80	90	85	90	80	70	97	60	90	95	85		1020	78.5
4	97	90	80	75	95	70	69	97	50	90	95	90	65	1063	81.8
5		90	80		90	40		95	30		90	70	30	615	47.3
6		90	80	80	90	50	50	98	40	90	60	75	40	843	64.8
7	97	100	80	70	95	60	59	96	80	99	90		64	990	76.2
8	97		80		80		80		20	70	50		80	557	42.8
9		90	80	87	95	20	45	95	90	80	80	92	85	939	72.2
10	80			60						80	70	65		355	27.3
11	97	90		90		30	49	95	10	80		60	70	671	51.6
12	97	95	90	65	80	10	60	98		80	95	80	70	920	70.8



Rang	Énoncé de l'objectif d'urgence	Moyenne
1	1 : Evaluer la gravité d'un patient	100
2	4 : Etablir une prescription (traitement, conseils), de la prise en charge initiale à la sortie	81.8
3	3 : Prescrire et interpréter les examens paracliniques recommandés selon l'HAS	78.5
4	2 : Examiner un patient de manière ciblée en fonction du contexte	76.6
5	7 : Communiquer avec le patient et son entourage	76.2
6	9 : Rédiger un dossier médical. (intégrer son informatisation)	72.2
7	12 : Présenter une observation clinique	70.8
8	6 : Prendre en charge le patient dans sa spécificité (alcoolisé, suicidant, agité, soins palliatifs, femme enceinte, enfant...)	64.8
9	11 : Savoir travailler en équipe	51.6
10	5 : Recourir aux réseaux et aux filières de soins	47.3
11	8 : Acquérir une autonomie	42.8
12	10 : Etablir un certificat médical	27.3

6. Analyse des résultats obtenus

a. objectif de niveau A

L'objectif 1, « **Evaluer la gravité d'un patient** », recueille l'unanimité des suffrages exprimés. Sa moyenne est de 100/100.

Il est l'objectif prioritaire et spécifique du stage d'urgence duquel vont découler les autres acquisitions de compétences. Il fait appel au savoir-faire, évaluer la gravité et le motif de recours au service d'urgence pour agir de manière appropriée face à une situation clinique parfois complexe.

b. objectifs de niveau B

Nous en dénombrons sept. Ils recueillent des notes autour de 75/100.

Objectif 4 : Etablir une prescription (traitement, conseils) de la prise en charge initiale à la sortie.

Objectif 3 : Prescrire et interpréter les examens paracliniques recommandés selon l'HAS.

Objectif 2 : Examiner un patient de manière ciblée en fonction du contexte.

Objectif 7 : Communiquer avec le patient et son entourage.

Objectif 9 : Rédiger un dossier médical (intégrer son informatisation).

Objectif 12 : Présenter une observation clinique.

Objectif 6 : Prendre en charge le patient dans sa spécificité (alcoolisé, suicidant, agité, soins palliatifs, femme enceinte, enfant...).

Les objectifs 2, 3 et 4 font suite à l'objectif 1, aussi bien dans la hiérarchisation des objectifs que dans la chronologie de la prise en charge du patient. Après le temps de l'évaluation vient le temps de l'action, du savoir-agir selon des règles de bonnes pratiques ou selon les recommandations médicales officielles. Il suppose le recueil de données cliniques pertinentes qui amènent à proposer des examens paracliniques adaptés dans le but d'étayer efficacement les hypothèses diagnostiques puis d'envisager une prescription thérapeutique adéquate au regard des éléments récoltés.

Les objectifs 2 et 7 font suite. Ils ont en outre pour point commun le savoir-être. Le terme « examiner » ne se limite pas à l'examen clinique physique mais englobe aussi le temps de l'interrogatoire. Cette étape primordiale de l'anamnèse permet de prendre en compte les données médico-psycho-sociales du cas qui se présente au praticien. Elle permet d'agir ensuite au mieux sur le devenir du patient dans le service. La communication, au-delà du temps de recueil de données et d'écoute, est aussi un temps d'explication. Expliquer ce qui s'est passé, ce que l'on fait et ce que l'on va faire, ce qu'il faut faire ou va falloir faire, rassurer le patient et son entourage, sont autant d'étapes à prendre en compte pour potentialiser la prise en charge médicale.

Les objectifs 9 et 12 demandent la restitution de cas et le transfert des informations recueillies. Ils exigent une **capacité de synthèse**.

L'objectif 6 décroche légèrement dans cette hiérarchisation. Il découle en réalité de tous les objectifs précédents, en y ajoutant la notion de spécificité de patient. En effet, les réactions et les bases de la communication devront être adaptées à chaque situation. Il reprend en partie l'idée de l'objectif 5 selon laquelle une prise en charge spécifique ne sera efficace que si elle s'intègre de façon appropriée aux réseaux et filières de soins proposés.

c. objectifs de niveau C

Ils sont au nombre de 3 et obtiennent une moyenne d'environ 50/100.

Objectif 11 : « Savoir travailler en équipe ». Il fait partie d'une compétence générale non spécifique à la pratique des urgences. Il apparaît aussi bien dans les services de médecine polyvalente, de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique voire de médecine ambulatoire.

Objectif 5 : « Recourir aux réseaux et aux filières de soins ». Celui-ci est une des dimensions de l'objectif 6. Certains participants proposent même d'en faire la fusion.

Objectif 8 : « Acquérir une autonomie ». Cette notion s'intègre dans un processus lent de formation, d'échanges, de maturation de l'étudiant tout au long de sa vie d'interne. Il s'agit d'un critère subjectif d'évaluation tandis que les autres items développés en sont des indicateurs objectifs.

d. objectif de niveau D

Sa moyenne se situe autour de 25/100.

Objectif 10 : « Etablir un certificat médical ». Celui-ci est le moins estimé des objectifs. Certains participants évoquent notamment qu'il peut faire l'objet d'une acquisition sur d'autres terrains de stages et en particulier sur le terrain des stages ambulatoires.

Ainsi à l'issue du vote final, nous retiendrons la présence d'un objectif prioritaire et de sept objectifs importants.

Ces objectifs ne cherchent pas à détailler tel ou tel savoir acquis en deuxième cycle, mais ils prétendent fournir une vision plus large de l'application pratique de ces savoirs accumulés.

Nous remarquons aussi que le classement de ces objectifs est étroitement corrélé à la démarche chronologique d'une prise en charge globale du patient. La maîtrise du premier objectif permet de mieux assimiler les prochains, tel un continuum logique qui a pour but ultime de faire de l'interne en devenir, un praticien autonome.

DISCUSSION
et
CONCLUSION

A. APPORT DE L'ÉTUDE

1. Une formulation d'objectifs maintenant connus

a. des listes exprimées en termes de compétences

Elles mettent en perspective un niveau de compétences approfondies que l'IMG doit acquérir durant son troisième cycle d'études médicales.

Il s'agit en effet de mettre en pratique un savoir simple pour qu'il mature en savoir-faire, savoir-agir et savoir-être subtils.

Ces objectifs ne font pas seulement appel à l'utilisation de ressources internes. Ils suggèrent aussi la mobilisation de ressources externes (réseaux de soins médicaux et paramédicaux, outils de recherches documentaires informatiques...) dans le but de résoudre un problème complexe. Ils prennent ainsi en compte le domaine de la compétence dans son sens multidimensionnel.

b. des listes complémentaires

La liste d'urgence, révélant un objectif prioritaire et sept objectifs importants, mobilise les compétences de l'IMG au sens large et détaille le processus intellectuel de la prise en charge médicale, de l'évaluation à la prescription autonomisée.

La liste de gynécologie-obstétrique se réfère à des savoirs plus spécifiques relatifs à sa spécialité. Elle met en perspective un objectif prioritaire, quatre objectifs de grande importance et trois d'importance moyenne.

La liste de pédiatrie, quant à elle, met en relief deux objectifs prioritaires, quatre de grande importance et trois de moyenne importance. Elle explore le domaine du savoir-être de manière plus formelle que les deux précédentes.

c. des listes en accord avec les fonctions de la médecine générale

Ces listes, exprimées en termes d'objectifs de formation, ne sont pas exhaustives. Liberté est laissée à chaque service hospitalier de proposer les leurs. Elles n'ont pas pour vocation de s'y substituer ou de s'y opposer.

Cependant, elles ouvrent la voie à une prise de conscience de la médecine de ville dans ses fonctions particulières. En effet, les compétences du médecin de famille se révèlent au quotidien dans l'exploration des trois spécialités étudiées, même s'il est parfois difficile d'extrapoler des situations hospitalières à des problématiques ambulatoires.

Il faut replacer ces objectifs dans le domaine des compétences de la médecine générale et de ses cinq grandes fonctions qui sont le premier recours, le suivi, la coordination, la prévention et la prise en charge globale.

2. Intérêts de l'étude pour les IMG

A l'orée de leur DES, les nouveaux internes entrent dans une spécialité qui paradoxalement leur est inconnue. La formation hospitalo-universitaire du second cycle laisse peu de place à l'exploration du domaine ambulatoire. La réforme de l'enseignement et de l'ENC tend à améliorer son approche, mais il n'en demeure pas moins que l'apprentissage est centré sur les spécialités d'organes.

Le chemin de leur formation durant leur troisième cycle visant leur autonomisation, nécessite de la part des IMG une implication personnelle dans les services qui les accueillent. Ils doivent mettre à profit les semestres hospitaliers pour développer les capacités à bien agir en ville. La validation du DES de médecine générale n'est pas sanctionnée par un examen. Il appartient à l'interne de faire sa propre formation et ses auto-évaluations pour qu'il devienne à l'issue de ces trois années un praticien capable d'évoluer de manière autonome.

Les listes définies par ce travail visent à donner une trame qui permettra d'organiser leur auto-formation : évoluer dans un service dans le but de se construire en ayant des objectifs professionnalisants à remplir. L'interne au service de son service, certes, mais le service au service de son interne, certainement.

Une liste commune à chaque secteur d'activité, appliquée à chaque IMG, impliquera moins de disparités dans la formation et visera ainsi à améliorer sa qualité.

3. Intérêts pour le DMG

Le DMG joue pleinement son rôle d'accompagnateur de l'IMG en initiant ce projet. En effet, la formulation des objectifs d'apprentissage adaptés à la pratique de la médecine générale est une des étapes indispensables à la planification d'une formation rationalisée. Elle s'inscrit dans un processus méthodique qui permet sa valorisation puis celle de la profession.

A partir de ces premières listes proposées par les formateurs, l'équipe pédagogique du DMG pourra établir leur utilisation pratique en collaboration avec les praticiens hospitaliers. Elle pourra également s'en inspirer pour orienter son enseignement théorique durant le DES.

Le DMG en guidant ce travail montre son intention de valoriser son enseignement en se rapprochant des formateurs tout en restant au contact de ses étudiants. Il permet de resserrer les liens des intervenants permettant la validation du DES : liens entre praticiens de spécialités médicales et de médecine générale, liens entre formateurs pratiques et théoriques, liens entre étudiants et enseignants.

4. Intérêts pour les praticiens hospitaliers formateurs

La participation des formateurs hospitaliers et l'intérêt qu'ils ont porté au projet rendent légitime l'utilisation de ces listes dans la formation de leurs internes.

Elle se base sur un consensus d'experts qui permettra l'adhésion de chacun dans son application.

Elle n'est pas limitative, et chaque formateur aura loisir de s'inspirer de ce travail pour envisager son enseignement et pour réaliser une évaluation objective des compétences requises en médecine générale.

Ce travail a permis également aux participants de rencontrer les enseignants de médecine générale avec qui ils ont pu partager leurs points de vue et leurs expériences. Cette collaboration sera bénéfique pour la formation ultérieure des IMG.

B. LES LIMITES

1. Les biais méthodologiques

La méthodologie de la technique du groupe nominal n'a pu être strictement suivie lors des réunions d'échanges.

Lors de la première soirée, nous n'avons pas pu séparer les membres présents, en sous-groupes de travail.

Ce cloisonnement est possible si les participants sont suffisamment nombreux, c'est-à-dire au moins une dizaine. Lors de nos trois soirées de réflexion, les groupes étaient constitués de 5 à 7 participants. Dans le but de faciliter l'interaction des praticiens, nous avons décidé de ne faire qu'un groupe de travail.

Lors de la seconde soirée, la faible représentativité des groupes notamment en gynécologie-obstétrique, nous a conduit à réaliser le vote des objectifs par correspondance afin de toucher un maximum de services et d'impliquer les formateurs qui n'avaient pas pu se libérer. Normalement cette ultime étape s'effectue en fin de réunion.

2. Le faible taux de participation

Le taux de participation, autour de 30% pour les trois groupes lors des premières réunions, baissant même à 12% pour la seconde réunion de gynécologie-obstétrique peut s'avérer faible et rendre les propositions peu représentatives de l'ensemble des professionnels sollicités.

Néanmoins, la qualité des échanges et le nombre d'idées formulées ont montré que l'adhésion et la motivation des participants étaient réelles.

De plus, le taux de réponses proche de 45 % pour les urgences et la gynécologie obstétrique permet de relativiser cette faible représentativité. L'implication des formateurs dans la cotation finale de ces objectifs les rend ainsi plus légitimes à l'égard de l'ensemble des formateurs sollicités.

3. Le biais d'auto-sélection

Le biais d'auto-sélection quant à lui est inévitable dès lors que les experts sont courtisés pour assister à ce genre d'étude. La sensibilité de chacun vis-à-vis de l'enseignement universitaire engendre une participation des formateurs les plus avisés. L'hétérogénéité de l'ensemble des praticiens ne peut donc être totalement explorée. Cette méthode étant de surcroît basée sur le volontariat.

Le volontariat, s'il est source d'auto-sélection n'en demeure pas moins, de par l'adhésion qu'il suggère, un gage de la qualité du travail réalisé.

C. LES PERSPECTIVES

1. Pour les applications à venir

Qu'advient-il de ce travail ? Quelles utilisations seront faites de ces listes ?

Pour l'IMG, elles pourront servir de base d'auto-formation ou de base d'auto-évaluation dans le paradigme d'apprentissage.

Pour les formateurs hospitaliers, elles pourront contribuer au socle de la formation ou de l'évaluation des stages pratiques.

Pour les enseignants de médecine générale, elles pourront aider à la formation théorique dans le paradigme d'enseignement.

Pour les services hospitaliers, elles pourront participer à la validation des stages.

Ces objectifs ne peuvent être appliqués dans l'état. Ils sont une base de travail pour les enseignants hospitaliers, les enseignants du département de médecine générale, les coordonnateurs des différentes spécialités et le conseil de pédagogie. La finalité pourrait être la définition d'une base de formation, utilisable pour l'évaluation des différents stages.

Le travail est désormais effectué pour les stages hospitaliers obligatoires de la maquette du DES de médecine générale (médecine polyvalente, d'urgences, de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique).

2. Pour la planification du DES

La démarche vers la certification du DES doit se poursuivre. La certification en tant que telle n'existe pas actuellement.

Au-delà de l'élaboration d'une liste d'objectifs d'apprentissage, il est possible de s'interroger sur les autres étapes de la planification de la formation en explorant les choix des moyens d'apprentissage, l'évaluation des apprentissages et l'évaluation de l'activité de formation, qui sont les volets suivants de la planification d'une formation rationalisée.

La démarche pourra être mise en commun avec l'inter-région Nord-Ouest regroupant les facultés d'Amiens, de Caen, de Lille et de Rouen.

Il sera possible enfin de l'envisager sur un plan national pour que la formation se rationalise et s'harmonise pour l'ensemble des IMG exerçant sur le territoire.

D. CONCLUSION

Cette étude basée sur la méthodologie de la technique du groupe nominal a permis d'établir trois listes d'objectifs de formation concernant des stages obligatoires du DES de médecine générale.

Ces listes sont le produit de réunions d'échanges confraternelles visant un consensus.

Elles définissent des objectifs de formation exprimés en termes de compétences concernant les stages de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique et d'urgence.

Elles prennent en compte les cinq fonctions fondamentales de la médecine générale (premier recours, le suivi, la coordination, la prévention et la prise en charge globale) dans lesquelles devront s'exprimer ces compétences.

Cette étude s'inscrit dans un processus de certification de validation du DES de médecine générale et dans une rationalisation de sa planification.

Elle vise à réduire les disparités de la formation des IMG sur le plan régional et à harmoniser leurs évaluations. Elle fait le lien entre les différents pôles de formation pratique en permettant la collaboration des formateurs des différents services hospitaliers d'une même spécialité.

Son application, dans le domaine de la formation, doit encore être précisée avec l'ensemble du conseil pédagogique des IMG de Lille.

BIBLIOGRAPHIE

1. Six S. Objectifs de formation des internes de médecine générale en stage de médecine polyvalente. Thèse D Med, Université de Lille 2, 2010, 86p
2. République française. Article 60 de la loi n 2002-72 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. JORF du 18 janvier 2002.
3. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Etudes médicales. Annexe V de l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF du 6 octobre 2004. BO n°39 du 28 octobre 2004
4. République française, Ministère de la jeunesse, de l'éducation et de la recherche. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF du 18 janvier 2004.
5. Faculté de médecine de Rouen.
http://www.univrouen.fr/MX410_100/0/fiche_formation/ : consulté le 7 février 2012
6. Ministère de l'éducation. Etudes médicales. Objectifs pédagogiques terminaux pour les items de la 2^{ème} partie, du 2^{ème} cycle des études médicales BO numéro 31 – 30/08/2001.
7. Raynal F, Rieunier A. Pédagogie : dictionnaire des concepts clés. Apprentissage, formation, psychologie cognitive (7^{ème} éd). Paris : Edition Sociales Françaises, 2009.
8. Henri-Pierre MADERS, *Conduire une équipe projet*, éditions d'Organisation, Paris, 2000. ISBN : 2.7081.2456.0 (page 109).
9. Clavet D. Communication orale 5ème forum international francophone de la pédagogie des sciences de la santé FIFPSS Québec, Canada 16-18 juin 2010. Pédagogie médicale 2010 ; 11 Suppl 1.
10. Pain, A. Education informelle, les effets formateurs dans le quotidien. Paris, L'Harmattan, p126, 1990.
11. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990;65(Suppl. 9):63-7.
12. Jean P. Pour une planification méthodique des activités de formation. Pédagogie Médicale 2001 ; 2(2) : 101-7.

13. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. *Pédagogie Médicale* 2003 ;4(3) :163-175.
14. The general practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, Netherlands, 1974.
15. World Organization of family Doctors. The role of the general practitioner/family physician in health care systems. A statement from WONCA, 1991.
16. Olesen F, Dickinson J, Hjordahl P. General practice time for new defenition. *Br med J* 2000; 320 : 354-7.
17. Pouchain D, AttaliC, de Butler J, et al. *Médecine générale. Concepts et Pratiques.* Paris : Masson, 1996 : 5-9.
18. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. The European definitions of the jey features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52(479) :526-7.
19. Donaldson MS, Vanselow NA. The nature of primary care. *J Fam Pract* 1996 ; 42(2) : 113-6.
20. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports. Etats généraux de l'organisation de la santé. Synthèse des travaux des groupes permanents EGOS 1-2 du 8/2/2008 et du 9/4/2008 ; p8-9
21. Starfield B. *Primary care : balancing health needs, services and technology.* Oxford : Oxford university press, 1998.
22. World Organization of family Doctors. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille, WONCA Europe 2002, p.9-17
23. Massé JF, Certain MH, Levy, Perrin A. *Guide pratique de la coordination des soins.* Paris : MMI éditions 1998.
24. Balint. *Le médecin, son malade et sa maladie.* Paris : Payot 1966.
25. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB, *Evidence based medicine : how to practice and teach EBM,* new York, Churchill Livingstone 1997.

26. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, les conférences de consensus, base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris, ANDEM ; 1990 novembre : 15P
27. Linstone H. A., Turrof, M., The Delphi method, techniques and applications, Addison Wesley publishing, 1975.
28. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro B, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica (CA) : RAND ; 2001.
29. Delbecq AL, Van de Ven AH, and Gustafson DH. Group Techniques for Program Planning : a guide to nominal group and Delphi processes (New Edition). Middleton : Green Briar press, 1986
30. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. Am J Public Health 1972; 62(3):337-42.
31. Van de Ven AH, Delbecq AL. Nominal versus interacting group processes for committee decision-making effectiveness. Acad Manage J 1971; 14(2);17(4):605-21
32. Pineault R. Daveluy C, eds. Latechnique du groupe nominal. In : La planification de la santé : concept, méthodes, stratégies. Montréal : agence d'arc inc, 1986; 236-40
33. Delbecq AL, Van de Ven AH. The effectiveness of nominal, Delphi, and interacting group decision making processes. Acad Manage J 1974;17(4):605-21
34. Aubin G. La technique du groupe nominal appliquée à l'analyse locale du groupe de formation Montréal : Centre d'animation de développement et de recherche en éducation (CADRE), 1979:38
35. Aubin L. Apprentissage de la technique du focus group, 2^{ème} congrès de la médecine générale, Lyon 12-14 juin 2008
36. Cadier S, Le Reste J-Y, Barraine Pierre, Chiron B, Barais M, Nabbe P, Le Floch B, Gut-Gobert C. Création d'une liste hiérarchisée d'objectifs par la méthode du groupe nominal : Exercer 2011 ; 97:80-4

ANNEXES

**ANNEXE 1 : COURRIER D'INVITATION
A LA PREMIÈRE RÉUNION (concernant la pédiatrie)**

A l'intention des chefs de service de pédiatrie

Chers amis, chers collègues,

Le Département universitaire de médecine générale de Lille, dans le cadre de ses relations avec les responsables hospitaliers des services de pédiatrie, souhaite se rapprocher de vous pour élaborer un travail portant sur les objectifs de formation.

La commission inter-régionale du DES de médecine générale a décidé de définir d'une manière plus concrète les objectifs de stage pour chacun des services hospitaliers accueillant les internes de médecine générale entrant dans les stages obligatoires de la maquette du DES. Ces objectifs spécifiques devraient compléter les objectifs propres de chaque service.

Ce travail est réalisé en collaboration avec les collègues de l'inter-région regroupant Amiens, Caen, Lille et Rouen. Il servira également à la rédaction de la thèse de Monsieur MARLIER Yann.

Nous vous proposons de définir, en commun, ces objectifs de stage pour les services de pédiatrie. A cette occasion vous sera présentée une méthode de travail sous la forme de groupe nominal, nécessitant deux séances de travail.

La première réunion est prévue :

LE JEUDI 22 SEPTEMBRE 2011

à 19 heures, faculté de médecine, pôle formation

Salle de conférence du département de Médecine Générale

Afin de faciliter votre réflexion initiale nous vous remettons en pièce jointe la liste des compétences génériques du médecin généraliste.

La deuxième réunion sera fixée d'un commun accord dans la quinzaine suivante. Pour une bonne organisation votre réponse est nécessaire.

Dans l'attente de votre réponse, nous vous prions de croire en l'assurance de nos salutations confraternelles.

Bien cordialement

Pr R. GLANTENET
Directeur du DUMG
Coordonnateur Inter-régional

Dr P. LLEROUGE
MCA
Pilote du projet

COUPON RÉPONSE POUR LA RÉUNION
DU 22 SEPTEMBRE 2011
DE PEDIATRIE

A renvoyer :

- soit au Secrétariat du Département de 3^o Cycle de Médecine Générale
FACULTÉ DE MÉDECINE-PÔLE FORMATION
59045 LILLE Cedex

- soit par courriel :
mvanmeenen@univ-lille2.fr

Réponse impérative pour le **1^{er} Septembre 2011**

Le Docteur

Service hospitalier de

+ Participera à la réunion du 22 septembre

+ Ne participera pas à la réunion du 22 septembre

Les compétences « génériques » du médecin généraliste selon la WONCA

- Résoudre un problème de santé indifférencié.
- Prendre une décision adaptée en contexte d'urgence, d'incertitude.
- Exécuter les gestes techniques les plus fréquents.
- Communiquer avec le patient et son entourage.
- Eduquer le patient.
- Assurer la continuité des soins.
- Entreprendre des actions de santé publique.
- Travailler en équipe, coordonner les soins.
- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect de l'éthique.
- Assurer la gestion de l'entreprise médicale.
- Évaluer sa pratique, se former, participer à des travaux de recherche.

ANNEXE 2 :

CONSIGNES AU MODÉRATEUR ET AU SECRÉTAIRE

POUR LA PREMIÈRE SOIRÉE

Déroulement de la soirée	Rôle en tant que modérateur	Rôle en tant que secrétaire
<p>Etape 1 : Génération des idées, en silence pendant 10 à 15 minutes.</p> <p>Les participants vont écrire les réponses sur une feuille blanche</p>	<p>Insister sur le caractère individuel du travail et de l'écrit.</p> <p>Préciser réponses courtes.</p> <p>Développer une seule idée par phrase, en silence.</p> <p>Rappeler la question puis l'écrire au tableau.</p> <p>Eviter de donner un exemple de réponse</p>	<p>Distribuer les feuilles libres.</p>
<p>Etape 2 : étape de restitution.</p> <p>Les participants énoncent les idées qu'ils auront inscrites sur leur feuille, une idée à la fois.</p>	<p>Ecrire les idées rapidement, avec les mots utilisés par les participants sans commentaire ni discussion</p> <p>Numéroter les idées.</p> <p>1 idée par personne dans un tour de table, veiller à la discipline.</p> <p>Les participants peuvent continuer à écrire de nouvelles idées sur leur feuille.</p>	<p>Les idées sont à saisir dans un fichier Word. Elles sont numérotées dans l'ordre énoncé et avec les termes du participant.</p>
<p>Etape 3 : étape de discussion.</p> <p>Les participants discutent de toutes les idées. Les idées sont retravaillées, fusionnées, éliminées.</p>	<p>S'assurer que la compréhension est la même pour chaque item.</p> <p>Tous doivent être abordés.</p> <p>Canaliser et stimuler les échanges</p> <p>Eviter les discussions trop longues sur une même idée, essayer de répartir un temps similaire pour chaque idée.</p>	<p>Modification du fichier Word. Les idées sont reformulées en items.</p>
<p>Etape 4 : étape de hiérarchisation.</p> <p>Les participants choisissent 10 items et leur attribuent une note de 1 à 10.</p>	<p>Illustrer le remplissage de la fiche de vote au tableau.</p> <p>Récupérer les fiches de vote.</p>	<p>Distribution des feuilles de vote au début de l'étape 4.</p>

ANNEXE 4 : COURRIER D'INVITATION À LA HIÉRARCHISATION DES OBJECTIFS (concernant la pédiatrie)

Mesdames, Messieurs, Chères collègues, Chers collègues,

Tout d'abord, un grand merci pour votre participation et votre production lors des deux réunions sur la définition d'objectifs de stages pour les internes de médecine générale, passant dans les services de pédiatrie.

Ce type de réunion doit nous permettre de nous connaître et de mieux travailler ensemble, dans le but de continuer à améliorer la formation des internes.

La deuxième réunion a permis de clarifier la rédaction des items retenus. Les 15 items retenus serviront de trame de formation, tandis que les 10 premiers auront vocation à entrer dans la validation des stages de médecine.

Lors de la deuxième réunion, il a été décidé d'effectuer le vote de hiérarchisation des items discutés, par retour de courriel ou par retour de courrier. De cette manière, chaque service pourra participer au vote final.

Vous trouverez ci-joint la liste des items qui ont été discutés et retenus lors de la deuxième réunion. Nous vous demandons de bien vouloir en prendre connaissance, et de hiérarchiser les 10 items qui vous paraissent les plus importants.

Le mode de hiérarchisation pour cette dernière étape n'est pas exactement le même que lors de la première réunion :

- 10 items sont à choisir.
- Attribuer la note de 100 à l'item le plus important.
- Puis une note comprise entre 1 et 99 aux 9 autres items, selon l'importance relative que vous leur accordez.

Vous trouverez pour cette hiérarchisation une feuille de vote, que nous vous demandons de bien vouloir remplir et nous renvoyer soit par courriel à Yann MARLIER qui réalise son travail de thèse à l'adresse suivante : marlier.yann@gmail.com, soit par courrier papier au secrétariat du Département.

Merci de bien vouloir retourner cette grille dès réception, pour obtenir le maximum de réponses.

Une fois les résultats du vote connus, nous vous enverrons la liste des 10 items considérés comme les plus importants par l'ensemble des participants. Nous définirons avec vous l'usage final de cette grille.

Dans l'attente de vous lire, nous vous remercions de votre implication et vous prions de recevoir, Mesdames, Messieurs, Chères collègues, chers collègues, nos sincères salutations.

Pr Raymond GLANTENET
Directeur du DUMG
Coordonnateur Interrégional

Dr Patrick LEROUGE
MCA
Pilote du Projet

BULLETIN DE NOTATION DES OBJECTIFS DE PÉDIATRIE

Rang de l'item	Numéro de l'item (1 à 15)	Note De 1 à 100
1		100
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

- 10 items sont à choisir.
- Attribuer la note de 100 à l'item le plus important.
- Puis une note comprise entre 1 et 99 aux 9 autres items, selon l'importance relative que vous leur accordez.

Merci de retourner ce bulletin de vote :

soit par courriel à marlier.yann@gmail.com,

soit par courrier papier à MARLIER Yann, 198 rue de l'arbrisseau, 59000 LILLE.

Auteur : Marlier Yann

Date de soutenance : le 18 avril 2012

Titre de la thèse : objectifs de formation des internes de médecine générale en stage de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et d'urgence à Lille

Thèse Médecine Lille 2012

Cadre de Classement : DES de Médecine Générale

Mots clés : Objectifs de formation, Compétences, Stage hospitalier de pédiatrie, d'urgence, de gynécologie-obstétrique, Méthode de consensus, Groupe nominal, Médecine générale.

Contexte : le récent DES de médecine générale (2004) a motivé la rationalisation de la formation des internes de médecine générale (IMG). Réalisé sous l'égide du département de médecine générale de Lille, ce projet fait suite au travail appréhendant le stage de médecine polyvalente de 2010.

Question de recherche : « Comment les praticiens hospitaliers formulent-ils les objectifs de formation pour un interne de médecine générale en stage de médecine d'urgence, de pédiatrie et de gynécologie ? ».

Méthode : l'étude s'est inspirée de la technique du groupe nominal, une méthode consensuelle et qualitative. 7 pédiatres, 5 gynécologues-obstétriciens, 8 urgentistes étaient présents lors des premières réunions qui ont permis de générer une première liste d'items classés. Ces énoncés ont ensuite été retravaillés lors d'une ultime rencontre avant d'être finalement hiérarchisés.

Résultats : trois listes d'objectifs ont été adoptées. Au nombre de 15 en pédiatrie, de 16 en gynécologie-obstétrique et de 12 pour les urgences, les compétences exprimées englobent les dimensions du savoir-être et du savoir-agir. Elles s'intègrent aux cinq fonctions de la médecine générale. Nous dégageons un à deux objectifs prioritaires par liste, considérés de niveau A, grâce à leurs notes proches de 100/100. Nous retiendrons « Intégrer les spécificités pédiatriques de l'anamnèse, de l'examen clinique », « Reconnaître un nouveau-né, un nourrisson, un enfant qui ne va pas bien », « Suivre la grossesse », « Evaluer la gravité d'un patient ». Enfin les autres objectifs sont classés en niveau B, C, D voire E selon les moyennes obtenues (respectivement : 75 ; 50 ; 25 ; 5).

Conclusion : Cette étude a permis de définir, méthodiquement et confraternellement, un nombre limité d'objectifs exprimés en termes de compétences pour les trois autres stages hospitaliers obligatoires de la maquette du DES. L'exploitation de ces listes sera à spécifier en accord avec l'ensemble du conseil pédagogique encadrant la formation des IMG lillois.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur R. GLANTENET

Assesseurs : Monsieur le Professeur A. MARTINOT

Monsieur le Professeur M. COSSON

Monsieur le Professeur E. WIEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur P. LEROUGE