



**HAL**  
open science

## Élaboration d'un outil d'évaluation des compétences en fin de troisième cycle de médecine générale

M Ariza, C Lajzerowicz, R Onaisi, A Hofferer, J Macabrey, A Rabiaza

### ► To cite this version:

M Ariza, C Lajzerowicz, R Onaisi, A Hofferer, J Macabrey, et al.. Élaboration d'un outil d'évaluation des compétences en fin de troisième cycle de médecine générale. *Exercer*, 2022, 33 (185), pp.327-331. 10.56746/EXERCER.2022.185.327 . hal-04548689

**HAL Id: hal-04548689**

**<https://u-picardie.hal.science/hal-04548689>**

Submitted on 18 Apr 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

## Élaboration d'un outil d'évaluation des compétences en fin de troisième cycle

### Development of a tool to assess the competencies at the end of the third cycle of general medicine

Ariza M <sup>(1)</sup>, Lajzerowicz C <sup>(2)</sup>, Onaisi R <sup>(2, 3)</sup>, Hofferer A <sup>(4)</sup>, Macabrey J <sup>(5)</sup>, Rabiaza A <sup>(4)</sup>.

1. Département de médecine générale de l'Université Picardie Jule Vernes
2. Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux
3. Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé (CFRPS), Université de Strasbourg
4. Département universitaire de médecine générale de l'Université de Caen Normandie
5. Département de médecine générale de l'Université de Lyon et Faculté d'éducation, Université d'Ottawa, Canada

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt. Tous les auteurs ont participé à l'élaboration du protocole de l'étude, sa réalisation, son suivi, au recueil des résultats, et à l'écriture de l'article, conformément aux recommandations de l'ICMJE. L'ensemble des auteurs déclarent approuver le contenu de l'article. Le financement de cette étude a été supporté par ses auteurs.

Auteur correspondant :

Matthieu Ariza

[Matthieu.ariza@u-picardie.fr](mailto:Matthieu.ariza@u-picardie.fr)

3 rue des Louvels, 80000 Amiens

Mots-clés : compétence professionnelle, évaluation des acquis scolaires, modèle de compétence attendue, internat et résidence

Keywords: professional competence, educational measurement, competency-based education, internship and residency

## Résumé

**Introduction :** L'Université a la responsabilité de la formation et de la certification des soignants. Il n'existait pas de méthode d'évaluation consensuelle des compétences de l'étudiant en troisième cycle de médecine générale en phase d'approfondissement ni pour la future phase de consolidation. L'objectif de ce travail a été de construire un outil d'évaluation des compétences pour ces deux phases.

**Méthode :** Une méthode Recommandations pour la pratique clinique a été utilisée durant l'année 2020-21. Un groupe de travail a proposé une grille critériée d'évaluation des compétences attendues en fin de cursus, à partir des descripteurs et indicateurs de développement des compétences selon le référentiel CNGE. Six groupes de relecture (un par compétence) composés d'acteurs de l'évaluation de l'étudiant en 3<sup>ème</sup> cycle issus de plusieurs facultés de France se sont réunis pour proposer des révisions. Une dernière version a été validée par un groupe jury expert.

**Résultats :** 44 médecins ont collaboré aux différents groupes de travail. Une grille critériée d'évaluation des 6 compétences de médecine générale a été proposée, réunissant 99 descripteurs de performance correspondant à 3 niveaux de développement (novice, intermédiaire, compétent). L'outil intégrait un précédent travail sur la phase socle afin de présenter l'ensemble de la trajectoire de développement de chaque compétence. Les indicateurs étaient organisés par niveau (novice, intermédiaire, compétent), par phase (attendu en phase socle, en phase d'approfondissement, ou en phase de consolidation), et par leur lien évolutif. La correspondance avec le référentiel de compétence a été conservé pour chaque modalité.

**Conclusion :** Ce travail propose aux acteurs de l'évaluation dans le DES de MG un outil d'évaluation fonctionnel, utilisable à travers divers outils et méthodes d'évaluation. Sa méthodologie est un argument de diffusion dans les DMG. Il sera indispensable d'étudier la faisabilité et la validité de l'outil produit.

## Abstract

**Introduction:** The University is responsible for the training and certification of health care providers. There was no consensual method of assessing the competencies of postgraduate students in general medicine in the advanced phase or in the future consolidation phase. The objective of this work was to construct a tool for assessing competencies for these two phases.

**Method:** A Clinical Practice practice Guidelines guidelines method was used during the year 2020-21. A working group proposed a criterion-based tool for evaluating the competencies expected at the end of the curriculum, based on the descriptors and indicators of competency development according to the French National College of Generalist Teachers reference framework. Six review groups (one for each competency), gathering actors from several faculties in France involved in postgraduate student assessment, met to propose revisions. A final version was validated by an expert committee.

**Results:** 44 physicians collaborated in the various working groups. A criterion-based assessment tool for the 6 general medicine competencies was proposed, bringing together 99 performance descriptors corresponding to 3 levels of development (novice, intermediate, competent). The tool integrated previous work on the foundation phase in order to present the whole development trajectory of each competency. The indicators were organized by level (novice, intermediate, competent), by phase

(expected in the foundation phase, in the deepening phase, or in the consolidation phase), and by their evolutionary link. The correspondence with the competence reference framework was kept for each modality.

**Conclusion:** This work offers to the actors of the evaluation in the postgraduate degree in medicine a functional evaluation tool, usable through various tools and methods of evaluation. Its methodology is an argument for dissemination in the GP departments. It will be essential to study the feasibility and validity of the tool produced.

## Introduction

Les universités ont la responsabilité sociale de la formation des soignants et de la certification de leurs compétences<sup>1</sup>.

La réforme du Diplôme d'études spécialisées de médecine générale (DES-MG) a pris effet à la rentrée 2017-18. Elle mettait en œuvre des modalités de formation et d'évaluation fondées sur l'acquisition de compétences, selon la trajectoire de développement décrite pour chacune d'entre elles. Le DES-MG comportait un an de phase socle suivi de deux ans de phase d'approfondissement. Une phase de consolidation devait être mise en place et porter la durée du DES-MG à quatre ans.

En fin de formation, la multiplicité des évaluations en stage et hors stage auxquelles s'est prêté l'étudiant et les traces d'apprentissage qu'il aura élaborées aboutiront à une certification de son niveau de compétence<sup>3</sup>. Il est recommandé de se baser sur le référentiel de compétences de la discipline pour évaluer les niveaux de compétences attendus en fin de chaque phase<sup>4</sup>. Un précédent travail a proposé un outil d'évaluation des compétences de l'interne en fin de phase socle<sup>5</sup>. Il existait une grille d'évaluation non publiée de fin de DES-MG basée sur le référentiel de compétences, qui a été choisie pour les expérimentations du portfolio national en ligne, mais sa méthodologie d'élaboration en constitue la principale limite. Il existe une autre grille d'évaluation construite à l'aide d'une méthodologie plus solide, mais le nombre d'indicateurs (216) et la sémantique avec des formulations négatives ou ambiguës pouvaient rendre son application difficile<sup>6</sup>. Il n'existait pas d'outil d'évaluation consensuel pour la phase d'approfondissement, pouvant rendre hétérogène l'évaluation des compétences des étudiants, et actuellement aucun outil d'évaluation des compétences n'a obtenu un consensus de mise en œuvre à l'échelle de l'ensemble des DMG.

L'objectif de ce travail était de construire une grille d'évaluation du niveau de compétence des étudiants en 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale.

## Méthode

Durant l'année 2020-21, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a soutenu un groupe de travail qui a mis en œuvre une méthode inspirée de la méthode Recommandations pour la pratique clinique<sup>7</sup>.

Trois groupes distincts ont été organisés : le groupe de travail, le groupe de lecture, et le jury d'expert chargé de la finalisation. La composition du groupe de travail et du jury d'expert est disponible en ligne (Tableau 7). Il était prévu de publier également la composition des groupes de lecture sous réserve de l'accord des participants. Le groupe de travail s'est basé sur une actualisation d'une revue de la littérature utilisée en 2017 pour l'élaboration d'un portfolio national harmonisé<sup>8</sup>. Il a élaboré une première proposition de grille. Les propositions du texte initial étaient basées sur la revue de la littérature effectuée dans l'étude Portfolio national en DES-MG<sup>8</sup>, et la description des niveaux de développement des compétences et indicateurs de développement<sup>9</sup>. Les indicateurs présentés dans la grille critériée issue du travail précédent sur la phase socle ont été mis à jour en prenant en compte le résultat du travail d'évaluation pilote de son applicabilité dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale<sup>10</sup>. Cette version initiale a été soumise au groupe de lecture. Ce dernier a été divisé en six sous-groupes répartis dans quatre régions, composés chacun d'un panel d'une dizaine de médecins participants à l'évaluation des étudiants : tuteurs, maîtres de stage des universités,

enseignants en fonction au sein d'un Département de médecine générale (DMG), médecins hospitaliers, ainsi qu'étudiants en 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale. Chaque sous-groupe a discuté les propositions relatives à une ou deux compétences. En plus de la relecture et révision des indicateurs rédigés pour les phases d'approfondissement et de consolidation, les groupes de lecture étaient libre de proposer des modifications sur les indicateurs de la phase socle. Le recrutement des participants ainsi que l'animation des discussions de chaque sous-groupe étaient placés sous la responsabilité d'un membre du groupe de travail.

Les synthèses des échanges des sous-groupes de relecture ont permis l'élaboration d'une deuxième version de la grille d'évaluation. Chaque sous-groupe de relecture a reçu par messagerie électronique la deuxième version issue de ses échanges. Aucune demande de nouvelle modification n'a été adressée. Cette dernière a ensuite été transmise et présentée à un groupe jury expert. Une dernière version a été élaborée en fonction des remarques du groupe jury. Ce travail ne relevait pas de la loi Jardé, et il n'a pas été soumis à un comité d'éthique. Aucune donnée personnelle n'ayant été traitée au cours de cette recherche, le RGPD ne s'y est pas appliqué.

## Résultats

41 médecins, dont 9 universitaires titulaires en médecine générale, 21 MSU ou tuteurs, 5 médecins hospitaliers, et 6 étudiants en 3<sup>ème</sup> cycle ont participé aux groupes de lecture du texte initial. Le résultat du travail similaire pour la phase socle a été repris et poursuivi. Un outil d'évaluation des compétences de l'étudiant en 3<sup>ème</sup> cycle regroupant les deux phases du DES-MG, ainsi que la future phase de consolidation, a été proposé. Il est disponible sous son format Excel® en ligne : <https://bit.ly/Reffapron>. Il a été proposé un onglet par compétence. Pour chacun des niveaux de compétence, il a été formulé des indicateurs pouvant être évalués comme « insuffisant », « en cours d'acquisition », ou « pertinent ». Chaque compétence a été divisée en 3 colonnes selon les 3 niveaux de compétences novice, intermédiaire, et compétent.

Le référentiel ayant servi de base de travail comportait 108 descripteurs pour l'ensemble de la trajectoire de développement des compétences. La grille critériée issue de notre travail propose 99 indicateurs, rédigés à partir du référentiel. Chaque indicateur a reçu un code couleur correspondant à la phase où il était attendu selon le secteur pédagogie du CNGE. La source servant de support d'évaluation a été laissée libre, de même que l'évaluateur. Pour chaque indicateur, il a été ajouté en « cf » avec lien hypertexte la correspondance avec le descripteur du référentiel de compétences, ainsi qu'avec les indicateurs initialement décrits dans ce référentiel<sup>4</sup>. Les indicateurs ayant une progressivité dans ces 3 niveaux ont été placés sur la même ligne.

L'outil permet également la réalisation d'un radar de compétences, s'affichant sur le premier onglet. Ce dernier pointe le niveau de développement pour chacune des 6 compétence. L'échelle part d'un niveau insuffisant pour toutes les modalités, jusqu'à un niveau pertinent pour toutes. Le Tableau 1 présente un extrait de l'outil d'évaluation concernant la compétence « Approche globale, complexité ». Le reste des tableaux (Tableau 2 à 6) et le radar de compétences (Figure 1) sont présentés et accessibles en ligne.

## Discussion

Ce travail a permis de produire une grille d'évaluation critériée des compétences de médecine générale indiquant pour chacune d'entre elle la trajectoire de développement attendue sur l'ensemble du cursus. Il aide à la validation de chaque phase puis à la certification des compétences à la fin du DES-MG.

L'élaboration de cet outil a mobilisé la participation d'un panel d'interlocuteurs nombreux et variés permettant d'approcher le consensus sur le territoire français. La moitié des sous-groupes de relecture a révisé l'évaluation de deux compétences, ce qui permet d'améliorer le niveau de consensus obtenu sur celles-ci. Si l'hétérogénéité des groupes de relecture a pu donner une hétérogénéité de relecture sur les différentes compétences, la solide méthodologie basée sur la méthode d'élaborations de recommandations de bonne pratique plaide pour l'utilisation de cet outil dans le portfolio national numérique. La transparence de la méthode n'est toutefois pas exemplaire et l'étude comporte des limites méthodologiques. Les avis et commentaires des groupes de lecture ne sont pas disponibles pour tous les groupes. Les groupes de lecture travaillaient directement dans la reformulation et modification des indicateurs, et il n'a pas été rédigé de synthèse systématique pour chacune des réunions des groupes de lecture ou de jury. Certains participants des groupes de lecture souhaitant rester anonyme, la composition de ces groupes n'a pas été rendue publique pour éviter une liste incomplète. La méthode impliquait une revue systématique de la littérature comme base de travail. Seule une actualisation d'une revue systématique de 2017 par une veille bibliographique simple a été réalisée. Si ces limites peuvent diminuer la validité intrinsèque des propositions du groupe de travail, l'outil issu de ce travail pourra constituer une proposition d'intérêt pour faire évoluer les pratiques évaluatives au sein des DMG

L'outil peut être utilisé tant en autoévaluation, par l'étudiant, qu'en hétéroévaluation, non seulement par les superviseurs en stage et enseignants évaluant le portfolio, mais aussi, dans une perspective d'évaluation à 360° (ou *multisource feedback*) par d'autres acteurs comme les pairs, d'autres professionnels de santé ou encore, pour certains indicateurs, par les patients. La répétition des temps d'évaluation permettra d'apprécier, pour chaque étudiant, sa progression dans le développement de chaque compétence. Cet outil permettra également d'évaluer si le niveau de compétence atteint par l'étudiant permet la validation de son DES-MG, ou, plus précocement dans le cursus, de la phase du DES-MG dans laquelle il se situe. Le radar permet une vision globale sur les 6 compétences et permet donc de déterminer en un coup d'œil les compétences lacunaires. L'utilisation d'un outil d'évaluation critérié présentant des indicateurs qualitatifs sert de base aux prescriptions pédagogiques par les acteurs de l'évaluation.

Ce nouvel outil, s'il reprend des éléments de l'outil REFESOCLE<sup>5</sup>, présente des différences avec celui-ci. Le lien avec le référentiel de compétence original a été conservé. Nous avons ajouté une correspondance pour chaque indicateur, permettant de rechercher en un clic son développement théorique plus académique. Le détail de la donnée source de l'évaluation a été abandonné par rapport au travail de la phase socle. Il n'est plus précisé si la modalité est attendue en stage ou dans le

portfolio. Les indicateurs ont été formulés de façon à permettre une ouverture sur des nouvelles sources d'évaluation, notamment une évaluation à 360° des compétences telle que décrite par la Coordination nationale des collèges des enseignants en médecine<sup>11</sup>, mais aussi à partir d'outils multiples évaluant différents niveaux taxonomiques selon la pyramide de Miller<sup>12</sup>. De même, il n'est pas précisé quel(s) acteur(s) évalue(nt) quel(s) indicateur(s), pour permettre à tous les acteurs de l'évaluation d'interagir sur le même outil global sans restriction attribuée à leur rôle (de tuteur, de maître de stage, ou autre). L'outil peut être partagé en ligne simultanément avec tous les acteurs de l'évaluation, avec attribution temporaire (sur un stage) ou permanente (sur le DES-MG) des droits d'accès. Cela permet le suivi de l'évolution du niveau de compétences de l'étudiant et la réappropriation par cet outil du sens premier du *portefeuille* de compétences. Sa mise en ligne sur une plateforme numérique dédiée ou facilement implantable sur l'espace numérique de travail de chaque DMG serait une évolution à proposer pour ce travail, afin d'en améliorer l'implémentation et la faisabilité.

Les modalités de la phase de consolidation ont été travaillées et incluses dans cet outil, qui devient un outil reprenant l'intégralité du référentiel de compétences. Cela permettrait une meilleure visualisation de la progressivité des niveaux attendus, et de la trajectoire de développement des compétences. De plus, cela rend possible lors de l'évaluation de l'étudiant en fin de phase d'approfondissement de justifier de certains niveaux de fin de phase de consolidation, et donc d'évaluer sans se limiter au niveau minimum attendu en fin de phase d'approfondissement pour tenir compte de la variabilité des trajectoires d'acquisition des compétences entre les étudiants. La présence des trois phases du DES soulignaient la cohérence de la troisième phase vis-à-vis des précédentes et la résilience des outils construits à s'adapter aux évolutions de la formation.

Le tutorat étant une modalité essentielle de l'approche par compétences<sup>13</sup>, il reste souhaitable de définir un profil des tâches du tuteur pour renforcer sa place dans l'évaluation de l'étudiant. L'outil proposé dans notre travail pourrait être intégré aux formations Tutorat du CNGE, ce qui serait facteur d'harmonisation entre les DMG.

Ce travail permettra de donner un avis argumenté du niveau de compétences de l'étudiant. Il ne précise pas les sources de données (autrement dit, outils d'évaluation) permettant d'évaluer si les indicateurs de développement sont présents et maîtrisés. Cela permet de rendre compte de la diversité des pratiques évaluatives et des ressources de chaque DMG. Toutefois, cette évaluation doit reposer sur une approche qualitative, s'appuyant sur des recueils de données multiples en termes d'outils et de temps évaluatifs, en vue de trianguler les données. Cela est indispensable pour assurer la validité de l'évaluation ancrée dans l'approche par compétences, dans le respect de l'alignement pédagogique<sup>14,15</sup>.

## Conclusion

Ce travail propose un outil d'appropriation plus simple et fonctionnel que le référentiel d'indicateurs de niveaux de compétences parfois difficile à contextualiser. Il s'adresse aux acteurs de l'évaluation dans le DES-MG, au cœur de l'approche par compétence. Sa méthodologie est un argument de diffusion dans les DMG. Il sera indispensable d'étudier la faisabilité et la validité de l'outil produit.



## Remerciements

Nous remercions le secteur pédagogie du CNGE pour son soutien, en particulier les Prs Compagnon L et Ghasarossian C. Nous remercions également le Pr Zerbib Y, co-auteur du référentiel de compétences, pour sa précieuse participation au groupe jury.

## Références

1. Scherger J. The socially responsible medical school. *Fam Med* 2015;425- 6.
2. Perrenoud P. Compétences, habitus et savoirs professionnels. *Eur J Teach Educ* 1994;17:45- 8.
3. Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Chenelière Education. Montréal, 2006.
4. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Les niveaux de compétences. *Exercer* 2013;108:156- 64.
5. Ariza M, Chastang J, Grimault C, Compagnon L. Elaboration d'un outil d'évaluation des compétences de la phase socle chez les internes de médecine générale. *Exercer* 2019;378- 80.
6. Houdard G, Menard D, Dumoitier N. DES de médecine générale : un nouvel outil pour évaluer les niveaux de compétences. *Exercer* 2016;27:226- 32.
7. Haute Autorité de Santé HAS. Recommandations pour la pratique clinique (RPC). Saint-Denis La Plaine, 2020. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_431294/fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique-rpc](https://www.has-sante.fr/jcms/c_431294/fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique-rpc).
8. Compagnon L, Fabre J, Renard V, Gocko X, Ariza M. Portfolio national en DES de médecine générale : résultats d'un processus de consensus formalisé. *Exercer* 2017;28.
9. Compagnon L, Bail P, Huez J, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;148- 55.
10. Bost M. Validation d'un outil critérié d'évaluation des compétences de la phase socle en médecine générale : étude qualitative en Picardie. Picardie Jules Verne, 2020. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894882/document>.
11. Mouthon L, Farges. réunion de la Coordination nationale des collèges d'enseignants en médecine. 2018 janv.
12. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 1990;65:S63-67.
13. Driessen EW. Educating the self-critical doctors : using a portfolio to stimulate and assess medical students reflection. Maastricht, 2008.
14. Compagnon L. Evaluation par compétences: en pratique? 2016 nov; Congrès du CNGE de Grenoble.
15. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale* 2002;3:38- 52.

## Bibliographie complémentaire suggérée par les auteurs

16. Loye N, Fontaine S. S'instrumenter pour évaluer. *Pédagogie Médicale EDP Sciences*, 2018;19:95-107.
17. Schuwirth LWT, van der Vleuten CPM. A history of assessment in medical education. *Adv in Health Sci Educ.* déc 2020;25(5):1045-56.
18. Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie Médicale EDP Sciences*, 2007;8:232-51.

Tableau 1 : Extrait de la grille d'évaluation pour la compétence Approche globale, complexité. I = insuffisant ; E = partiellement ; P = pertinent (notés à titre d'exemple)

attendu en phase socle	attendu en phase d'approfondissement	attendu en phase de consolidation
<b>Niveau novice</b>	<b>Niveau intermédiaire</b>	<b>Niveau compétent</b>
Centre ses réflexions sur les aspects biomédicaux mais discute des limites de cette approche. Décrit des données psychosociales, culturelles, éthiques juridiques ou administratives mais n'arrive pas encore à les utiliser efficacement. <b>P</b>	Utilise l'environnement psycho social, culturel, juridique, éthique ou administratif du patient pour nuancer la prise en charge. <b>P</b>	Prend des décisions et fait des analyses adaptées au diagnostic de situation. <b>E</b>
Pour écrire ses traces, l'étudiants fait des recherches documentées mais essentiellement biomédicales. <b>P</b>	Au cours des différents épisodes de soin d'un même patient, l'étudiant est en mesure de faire évoluer son analyse et d'adapter sa posture. <b>P</b>	Discute de consultations à motifs multiples et des éléments qui l'ont aidé à hiérarchiser les décisions prises. <b>P</b>
	Exprime son incertitude face à une situation complexe et peut discuter différentes bonnes décisions possibles. <b>P</b>	Donne le temps nécessaire à lui-même et au patient pour la prise en soins <b>P</b>
	Concernant les attentes de prise en charge, l'étudiant est capable d'identifier un décalage entre le temps du patient et le temps du médecin. <b>P</b>	Identifie des incertitudes personnelles et en déduit des objectifs d'auto-formation. <b>I</b>
	Exprime son incertitude face à une situation complexe. Exprime qu'il n'y a pas une seule bonne réponse face à une situation clinique. <b>P</b>	S'appuie sur les notions de psychologie médicale pour soutenir le patient, l'aider à exprimer et résoudre ses difficultés. <b>E</b>
	Évoque des éléments de psychologie médicale pour expliquer ses propres réactions et celles du patient. <b>P</b>	

## Annexes en ligne :

Tableau 2 : Extrait de la grille d'évaluation pour la compétence Relation, communication, approche centrée patient. I = insuffisant ; E = partiellement ; P = pertinent (notés à titre d'exemple)

attendu en phase socle		attendu en phase d'approfondissement		attendu en phase de consolidation	
Niveau novice		Niveau intermédiaire		Niveau compétent	
Accepte d'assister le MSU dans ses consultations et il accepte l'idée qu'il va devoir en mener seul également.	P	Se montre réflexif sur l'influence de sa relation au patient sur le projet de soins.	P	Accepte d'être remis en cause par le patient ou son superviseur. Analyse les mécanismes de son erreur.	P
Mène des interrogatoires sémiologiques et anamnetiques corrects et commence à s'intéresser au vécu du patient, à laisser parler et à écouter, au-delà des questions habituelles de l'anamnèse. Il saisit la nuance entre un interrogatoire et un entretien.	P	Réalise une anamnèse non plus seulement biomédicale mais centrée sur la globalité bio-psycho-sociale et l'expérience du patient en recherchant une relation de soins collaborative.	P	Structure l'entretien dans une perspective centrée sur le patient.	P
Explique différentes options diagnostiques ou thérapeutiques et tente d'impliquer le patient dans le choix final.	P	Montre qu'il sait prioriser, temporer et organiser un projet de soins en planifiant d'autres rencontres pour les différents problèmes rencontrés lors d'une consultation.	P		
S'exprime efficacement et clairement, se fait comprendre du patient en adaptant son langage au niveau socio-culturel, mais ne prête pas encore attention à la posture, au geste, au regard ni de son côté ni de celui du patient.	P	Manipule des notions de psychologie médicale pour expliquer le comportement du patient d'une consultation et a une posture réflexive sur sa relation au patient.	E	Reconnait, accepte et gère ses propres émotions et celles du patient.	P
Identifie ses problèmes communicationnels ou relationnels, évoque la nécessité de se former davantage, et peut présenter les bases théoriques de la relation médecin malade.	E	Se montre réflexif sur ses difficultés communicationnelles et relationnelles et utilise des notions théoriques en vue de s'améliorer.	P	Est capable d'analyser les situations relationnelles problématiques (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) pour proposer des solutions de maintien de la relation de soins.	E
Communique avec l'entourage du patient en préservant le secret médical au moins dans les situations « sensibles » (dépistage VIH par exemple).	P	Communique avec l'entourage dans l'intérêt du patient et en respectant le secret médical.	P		

Tableau 3 : Extrait de la grille d'évaluation pour la compétence Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire. I = insuffisant ; E = partiellement ; P = pertinent (notés à titre d'exemple)

attendu en phase socle	attendu en phase d'approfondissement	attendu en phase de consolidation
<b>Niveau novice</b>	<b>Niveau intermédiaire</b>	<b>Niveau compétent</b>
Identifie des situations où il doit mettre en œuvre les actions de dépistage, d'éducation et de prévention. <b>E</b>	Réalise des consultations dédiées à la prévention et à l'éducation à partir de la demande du patient <b>E</b>	Renseigne et programme à bon escient des actes de prévention, de dépistage et d'éducation en plus des motifs initiaux. <b>E</b>
Définit les différents niveaux de prévention et peut les lier aux actions de prévention réalisées. <b>E</b>	Le MSU a reçu des résultats d'examens de prévention ou dépistage pertinents prescrits ou réalisés par l'étudiant. <b>I</b>	Mène des discussions incluant des enjeux individuels et collectifs concernant un désaccord avec un patient autour d'un acte de prévention, tout en respectant son choix. <b>P</b>
Définit les différents niveaux d'éducation du patient et peut les lier aux actions d'éducation réalisées. <b>E</b>	Se montre réflexif sur sa posture de soignant <b>P</b>	Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient <b>E</b>
S'implique dans les soins ou les décisions de santé, en sachant qu'il doit pouvoir rendre compte de ses actes. S'enquiert de l'évolution de l'état de santé du patient, des résultats des investigations et des prescriptions. <b>P</b>	Réalise des entretiens avec les aidants autour de la maladie chronique et de la gestion en cas de décompensation <b>P</b>	
En entretien avec le patient, argumente ses points de vue en s'appuyant sur ses connaissances et cherche à convaincre son patient. <b>E</b>	Reconnait l'autonomie du patient concernant la gestion de sa santé. <b>P</b>	Accompagne le patient à être acteur de sa santé, dans une démarche d'éducation à sa santé <b>P</b>
	Adresse les patients vers des professionnels ou structures spécialisées dans la prévention et l'éducation du patient <b>E</b>	

Tableau 4 : Extrait de la grille d'évaluation pour la compétence Premier recours, urgences. I = insuffisant ; E = partiellement ; P = pertinent (notés à titre d'exemple)

attendu en phase socle	attendu en phase d'approfondissement	attendu en phase de consolidation
<b>Niveau novice</b>	<b>Niveau intermédiaire</b>	<b>Niveau compétent</b>
<p>Accepte de s'occuper de tout type de plainte mais a tendance à sélectionner prioritairement celles du champ biomédical. Calque sa hiérarchie des motifs de consultation sur celle des patients.</p>	<p>Présente une trace d'apprentissage dans laquelle il relève une consultation à motifs multiples et où il explique comment il hiérarchise et ce qui lui semble le plus légitime médicalement.</p>	<p>Mobilise des ressources pertinentes pour répondre aux situations de premier recours les plus fréquentes.</p>
<p>Reconnait les signes cliniques d'alerte et les éléments d'anamnèse des diagnostics urgents. Sait mener l'évaluation initiale, alerter le médecin sénior disponible et justifier le choix du mode de transfert.</p>	<p>Comprend la motivation d'une urgence ressentie.</p>	<p>Intègre les craintes et les représentations du patient dans sa communication et sa décision.</p>
<p>Présente une situation décrivant la totalité de la prise en charge possible dans une situation. Argumente le niveau de la prise en charge où il a ressenti le besoin de déléguer.</p>	<p>Présente une trace d'apprentissage exprimant que ses recherches documentaires lui permettront de réaliser lui-même une partie plus importante de la prise en charge.</p>	
	<p>Aborde en consultation les thèmes de santé utiles pour le patient au-delà des motifs initiaux.</p>	<p>Va au-delà de la réponse au motif de consultation en programmant des actions de prévention, dépistage et d'éducation.</p>
	<p>Dans ses observations, catégorise avec précision le tableau clinique (symptôme, syndrome, maladie, diagnostic prouvé) . Intègre l'incertitude diagnostic et décisionnelle aux soins de premier recours, et l'explique au patient.</p>	<p>Explique le suivi proposé en lien avec les hypothèses de stades précoces de maladies et l'évolution attendue.</p>
		<p>Évoque la possibilité de symptômes médicalement inexpliqués.</p>
	<p>Réalise correctement les gestes techniques les plus courants de la discipline.</p>	
	<p>Pendant ses entretiens avec le patient, élargit ses questions avec l'intention d'une approche globale, en sachant qu'il favorise ainsi l'expression des demandes cachées.</p>	<p>Porte des diagnostics prenant en compte les réalités psychosociales du patient et la part d'incertitude.</p>
		<p>S'organise de façon à assurer la permanence des soins ambulatoires pour sa patientèle et pour son secteur de garde</p>

Tableau 5 : Extrait de la grille d'évaluation pour la compétence Continuité, suivi, coordination. I = insuffisant ; E = partiellement ; P = pertinent (notés à titre d'exemple)

attendu en phase socle		attendu en phase d'approfondissement		attendu en phase de consolidation	
Niveau novice		Niveau intermédiaire		Niveau compétent	
Exprime ou note dans le dossier les éventuelles suites de la consultation qui peuvent être proposées.	E	Gère l'incertitude en proposant un plan de suivi du patient à court, moyen et long terme.	P	Prend en compte l'histoire de vie du patient pour organiser son suivi lors d'une décision partagée.	P
Le MSU retrouve les traces des consultations de l'étudiant dans les dossiers médicaux en étant dûment identifié.	I	Renseigne les antécédents, la plainte, les hypothèses et les données socio-administratives dans le dossier médical.	E		
		Reconstruit l'histoire de la maladie en reliant les différents épisodes de soins.	E		
Adresse à un médecin d'une autre spécialité pour répondre à ses propres doutes biomédicaux.	E	Sollicite l'expertise des autres intervenants (médicaux, paramédicaux et médicosociaux) par des moyens de communication adaptés.	P	Prend en compte l'expertise, l'accessibilité, la disponibilité et le niveau d'honoraires des intervenants qu'il propose au patient.	I
Rédige des courriers adaptés contenant les informations synthétiques pertinentes à la continuité des soins et nécessaires au correspondant.	E			Participe à la coordination des intervenants à domicile du patient.	E
Applique les consignes données dans les courriers des correspondants en cherchant à en discuter la pertinence.	P			Synthétise avec un esprit critique les avis spécialisés pour prendre une décision centrée patient.	P
Propose sur des critères uniquement scientifiques le parcours de soins du patient et exprime des questions sur l'efficacité de cette approche.	P	Hiérarchise le suivi de l'ensemble des problèmes et des plaintes.	E		
Participe aux gardes du service et respecte les horaires prévus de fonctionnement du service.	P			Informe de la conduite à tenir en cas d'indisponibilité ou d'urgence pour assurer la continuité des soins.	P
		Construit une relation de soin dans le temps avec le patient.	E	Utilise le temps comme allié dans sa démarche décisionnelle.	P

Tableau 6 : Extrait de la grille d'évaluation pour la compétence Professionnalisme. I = insuffisant ; E = partiellement ; P = pertinent (notés à titre d'exemple)

attendu en phase socle		attendu en phase d'approfondissement		attendu en phase de consolidation	
Niveau novice		Niveau intermédiaire		Niveau compétent	
Réfléchit sur l'exercice de la discipline (conditions, représentations et inquiétudes), en apportant son avis sur la viabilité de son projet professionnel.	P	Discute de l'organisation pratique de son SASPAS ou de son exercice futur.	E	Organise son emploi du temps pour faciliter l'accès aux soins des patients tout en ménageant un équilibre avec sa vie personnelle.	P
		Maitrise les aspects administratifs de la consultation : cotation et facturation des actes, rédaction des certificats	P	Maitrise les aspects juridiques (contrats), les impératifs comptables, sa couverture sociale, et la gestion matérielle liés à son mode d'exercice.	P
Remplit les obligations minimums de présence aux formations facultaires.	P	Adapte sa formation à ses besoins d'apprentissage et à sa pratique future.	E	Intègre à sa pratique les acquis des formations choisies.	P
				Exerce en assumant sa responsabilité envers le patient et la société.	P
Les traces d'apprentissage du portfolio renvoient et citent les compétences disciplinaires. Les traces du portfolio comportent des recherches documentaires répondant aux problématiques posées. Les synthèses des traces du portfolio présentent des propositions basées sur les données de la science.	P	Pointe ses limites en situation et identifie des objectifs d'apprentissage.	E	Pratique la décision partagée avec le patient.	P
Cherche la responsabilité mais s'arrête à ses limites en sollicitant son MSU de manière adaptée. A un comportement professionnel dans son interaction avec les patients et les autres professionnels.	P	S'occupe du patient avec respect, éthique et déontologie.	P	S'occupe du patient avec respect, éthique et déontologie malgré les divergences avec le patient.	P
Présente des actions bienveillantes et désintéressées qui ne relèvent pas nécessairement de son rôle. Explique ses raisons lorsqu'il n'accède pas à toutes les demandes que le patient lui fait.	P	Montre un engagement dans son travail en tant que médecin généraliste.	P	A participé à des actions en vue du rayonnement de la discipline.	I



Figure 1 : Radar de suivi du niveau de compétences

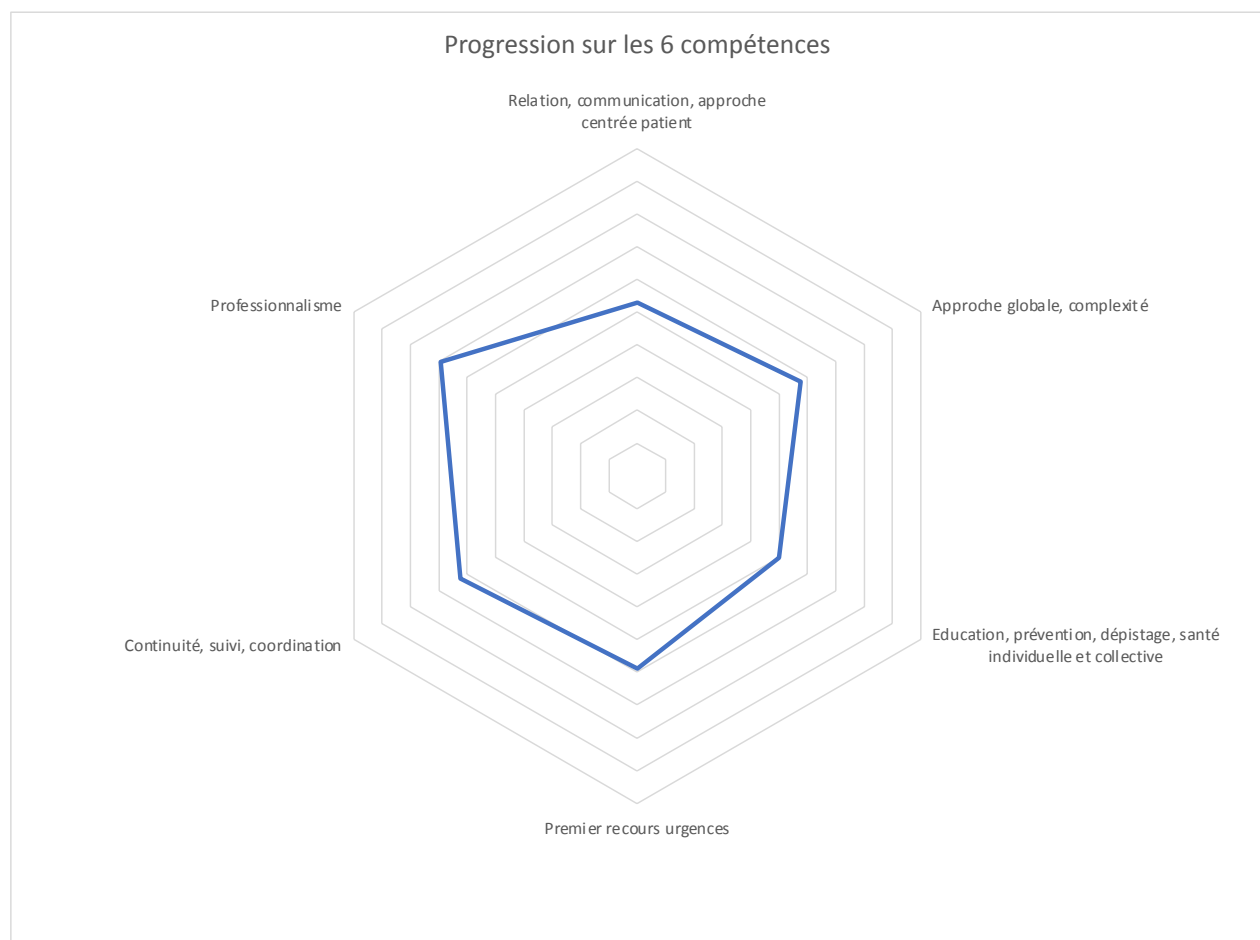


Tableau 7 : composition des groupes

#### Comité d'écriture

Matthieu Ariza (CCU-MG)  
Racha Onaisi (CCU-MG)  
Agnès Hofferer (CCU-MG)  
Andry Rabiaza (CCU-MG)  
Céline Lajzerowicz (CCU-MG)  
Juliette Macabrey (Ancienne CCU-MG)

#### Groupe jury :

Christian Ghasarossian (PU-MG)  
Laurence Compagnon (PU-MG)  
Yves Zerbib (PU-MG)