

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Thèse n°

ANNEE 2014

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 29 avril 2014 à Poitiers
par **Mr Vincent Jedat**

**Elaboration de critères objectifs d'approbation des projets pédagogiques
des stages hospitaliers par méthode DELPHI**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal Roblot

Membres : Monsieur le Professeur Paul Menu

Monsieur le Professeur José Gomès

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Bernard Freche
Monsieur le Docteur Yann Brabant

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Thèse n°

ANNEE 2014

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 29 avril 2014 à Poitiers
par **Mr Vincent Jedat**

**Elaboration de critères objectifs d'approbation des projets pédagogiques
des stages hospitaliers par méthode DELPHI**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal Roblot

Membres : Monsieur le Professeur Paul Menu

Monsieur le Professeur José Gomès

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Bernard Freche
Monsieur le Docteur Yann Brabant



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédiopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédiopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT,

Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Doyen de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers, médecine interne ;

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury. Vous apportez à ce travail votre précieux avis de Doyen de la faculté.

Veuillez accepter l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Paul MENU,

Professeur des universités, praticien hospitalier, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ;

Je vous remercie de juger ce travail de thèse, à défaut de n'avoir pu juger mon mémoire de pédagogie. Je vous suis reconnaissant d'avoir participé à ma formation de pédagogie.

A Monsieur le Professeur José Gomès,

Professeur des universités, médecine générale ;

Merci de m'avoir transmis ta passion de la pédagogie et de vouloir m'accueillir au sein du département de médecine générale de Poitiers.

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail de thèse.

A Monsieur le Docteur Bernard FRECHE,

Maître de conférences associé de médecine générale, médecine générale ;

Ta motivation et ton engouement nous pousse à toujours aller plus loin. Merci de ta confiance en me proposant ce travail. Je serai ravi de continuer à travailler avec toi.

A Monsieur le Docteur Yann BRABANT,

Chef de clinique universitaire, médecine générale ;

Merci de m'avoir aidé dans la réalisation de ce travail. Ta disponibilité et ta rigueur ont grandement facilité la réalisation de ce travail. Merci pour ton aide et ton soutien que tu m'as apporté, surtout dans la dernière ligne droite.

A ma **fiancée, Danièle** pour m'avoir toujours soutenu pendant les épreuves difficiles et d'avoir toujours été à côté de moi. Merci d'avoir accepté de te marier avec moi

- A Monsieur le Docteur Philippe BINDER,

Maître de conférences associé de médecine générale, médecine générale

Merci de m'avoir encadré tout le long de l'internat et de m'avoir donné des conseils quand j'avais besoin

- Aux Docteurs Bruno CALMELS et Jacques SMUTEK,

Vous m'avez donné l'envie de faire médecine générale lors de mon stage chez vous et je vous en suis éternellement reconnaissant.

- Au Docteur Véronique LABARTHE-BOURSON

Merci de m'avoir fait comprendre que la relation avec les patients était primordiale. Je te rappelle que tu me dois toujours un repas pour me montrer tes photos du Vietnam...

- Au Docteur Jean DEMEILLERS

Merci de m'avoir fait confiance en me lâchant seul pour la première fois en consultation et de m'avoir transmis votre art.

- Au Docteur Hamilcar CESAR-CHUEY

Merci d'avoir passé ces mois Ouvéesques avec moi. Ton sens de la thérapeutique m'aura beaucoup aidé.

- A mes **parents** pour m'avoir permis de réaliser ces études et pour avoir crû en moi

- A ma **grand-mère** pour m'avoir accueilli chez elle pour réaliser mes études et aussi pour avoir pris soin de moi quand les temps étaient durs.

- A mon **frère** et ma **sœur** pour toujours avoir crû en leur petit frère. A **Céline**, pour être fière de moi. Et aussi aux petits bambins, Alexandre et Lilian.

- A ma belle famille, **Véronique, Philippe, Michou, Sophie, Yann, Zouzou, Lolo** ainsi qu'aux ptits loulou : **Louis, Simon, Camille et Lilou**

- A la petite famille niortaise : **Toto**, ma voisine de chambrée, Patrice avec sa superbe Express, **Lélé** pour m'avoir fait apprécier le vin, **Kiki**, pour ses cheveux, **Laure** enfin Docteur !... **Bert** dit « le Professeur » et Maîtresse **Mireille** !! Merci d'avoir été là.

- A tous mes autres co-internes, **Guillaume**, **Emeline**, **Gaétan**, **Elise**, **CX** et **Laurence** ainsi que ma plus longue co-interne **Dame Puchau**. Merci d'avoir rendu ces stages plus faciles.

- A tous les experts qui ont répondu à mon questionnaire

TABLE DES MATIERES

Table des Matières

1. Introduction.....	12
1.1. Textes officiels.....	13
1.1.1. La demande d'agrément.....	13
1.1.2. Contenu de la demande d'agrément.....	14
1.1.3. La commission de subdivision.....	15
1.1.4. Le circuit de la demande d'agrément.....	16
1.2. Critères existants.....	16
1.2.1. Les critères existants pour la médecine générale.....	16
1.2.2. Les critères des autres spécialités.....	17
1.2.2.1. Critères d'accréditation pour le DESC de médecine vasculaire..	17
1.2.2.2. Critères d'éligibilité des terrains de stage en anesthésie- réanimation.....	17
1.2.3. Au niveau international.....	18
1.2.3.1. Australie.....	18
1.2.3.2. Etats-Unis.....	18
1.3. La pédagogie médicale du DMG de Poitiers.....	19
1.3.1. L'approche par compétence.....	19
1.3.2. L'enseignement théorique.....	19
1.3.3. Le tutorat.....	19
1.3.4. L'autoformation.....	20
1.3.5. Les stages.....	20
1.4. Justification du travail.....	21
1.4.1. Objectivité.....	21
1.4.2. Facilitation du travail.....	21
1.4.3. Création d'un document de référence.....	21
1.4.4. Absence de cohérence de pédagogie.....	22

1.4.5. Absence de littérature.....	22
1.4.6. Responsabilité sociale.....	22
1.5. Question de recherche.....	23
1.6. Objectif principal.....	23
2. Méthode.....	24
2.1. Cadre et conception de l'étude.....	25
2.1.1. Technique DELPHI : généralités.....	25
2.1.2. Technique DELPHI : caractéristiques.....	25
2.1.2.1. L'itération.....	25
2.1.2.2. L'anonymat.....	26
2.1.2.3. La rétroaction contrôlée.....	26
2.1.2.4. La simplicité.....	26
2.1.3. Technique DELPHI : fonctionnement.....	26
2.1.3.1. Le premier questionnaire.....	27
2.1.3.2. Le deuxième questionnaire.....	27
2.1.3.3. Le troisième questionnaire.....	28
2.1.4. Choix des experts.....	28
2.1.4.1. Les critères d'inclusion.....	28
2.1.4.2. Les critères d'exclusion.....	28
2.1.5. Matériel et support.....	29
2.2. Question de recherche.....	29
2.3. Considération éthique.....	29
2.3.1. Comité d'éthique.....	29
2.3.2. Accord des experts.....	29
2.4. Elaboration du premier questionnaire.....	30
2.4.1. Création du premier questionnaire provisoire.....	30
2.4.2. Test du premier questionnaire.....	30

2.4.3. Le premier questionnaire définitif.....	31
2.4.4. Méthode d'analyse.....	31
2.5. Le second questionnaire.....	31
2.6. Le troisième questionnaire.....	32
3. Résultats.....	33
3.1. Les experts.....	34
3.1.1. Experts recrutés initialement.....	34
3.1.2. Experts participants.....	35
3.2. Les critères définitifs.....	35
3.2.1. Les critères validés.....	35
3.2.2. Les critères rejetés.....	37
4. Discussion.....	42
4.1. Réflexion sur les résultats.....	44
4.1.1. Charte des stages hospitaliers.....	44
4.1.2. Critères rejetés.....	44
4.1.3. Les compétences du MG.....	46
4.1.4. Connaissance de la pédagogie du DMG.....	46
4.1.5. Critères proposés par les experts.....	46
4.2. Réponse à l'objectif.....	47
4.3. Forces et limites de l'étude.....	47
4.3.1. Forces.....	47
4.3.1.1 Les experts.....	47
4.3.1.2. Anonymat.....	48
4.3.1.3. Pertinence pédagogique.....	48

4.3.2. Limites.....	48
4.3.2.1. Absence d'interaction.....	48
4.3.2.2. Idées novatrices.....	49
4.3.2.3. La longueur du questionnaire.....	49
4.4. Perspectives d'avenir.....	49
4.4.1. Hiérarchisation et pondération.....	49
4.4.2. Amélioration des critères.....	50
4.4.3. Etudes d'impact.....	50
5. Conclusion.....	51
6. Références pédagogiques.....	53
7. Annexe.....	57
8. Résumé.....	70
9. Mots clés.....	71
Serment.....	72

INTRODUCTION

1. Introduction

La présente thèse est née d'une interrogation lors d'une réunion du groupe de réflexion sur les stages hospitaliers. Ce groupe travaillait sur la création d'une charte (voir annexe 1) permettant d'encadrer les stages hospitaliers pour les Internes de Médecine Générale (IMG). Ce travail était fait à l'occasion de la révision triennale du Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) de médecine générale. Ce groupe a été créé par le Dr FRECHE, Maître de Conférences Associé (MCA) de médecine générale. Il est composé de Praticiens Hospitaliers (PH) et de Maîtres de Stage des Universités (MSU) (médecins généralistes enseignants). Son rôle est de réfléchir et d'améliorer la formation des IMG lors des stages hospitaliers.

Le nombre d'IMG au sein de l'université de Poitiers devrait augmenter sur les prochaines années. Il y aura environ 348 IMG, toutes promotions confondues en 2013 soit 18 de plus que l'année précédente (1). Chaque nouvel IMG doit occuper un poste au sein d'un lieu de stage. Un IMG effectue ses stages au sein d'un hôpital pendant au moins un tiers de son internat (2). En pratique, cela représente plutôt deux tiers voire cinq sixièmes. Dans l'avenir, le nombre d'internes ne devrait cesser d'augmenter au vu de l'augmentation du « *numerus clausus* ». Il va falloir, de ce fait, ouvrir de plus en plus de lieux de stage pour les IMG au sein des services hospitaliers. Cependant, la responsabilité de la faculté de médecine est de former des professionnels de santé compétents. Les services hospitaliers doivent donc permettre à chaque IMG d'acquérir les compétences de médecine générale.

1.1. Textes officiels

1.1.1. La demande d'agrément (3)

Pour ouvrir des postes d'IMG au sein des hôpitaux, les chefs de service doivent remplir une demande d'agrément. Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) accorde l'agrément à un lieu de stage après avoir demandé l'avis à une commission de subdivision.

Il existe deux types d'agrément :

- agrément au titre d'une spécialité ;
- agrément au titre d'une discipline.

La commission propose au Directeur Général de donner :

- soit un agrément sans réserve pour une durée de cinq ans ;
- soit un agrément conditionnel d'un an maximum, assorti de recommandations ;
- soit un refus d'agrément motivé, accompagné de recommandations.

Les agréments des lieux de stage sont systématiquement réexaminés tous les cinq ans ou lors d'une situation suivante :

- changement d'un responsable médical du lieu de stage agréé ;
- demande motivée des représentants des internes ou des organisations représentatives dans la subdivision ;
- demande des coordonnateurs locaux, du Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) en médecine, du Président du comité de coordination des études médicales ou du Directeur Général de l'ARS.

Le premier agrément est toujours donné pour une année.

1.1.2. Contenu de la demande d'agrément (3) (4)

Selon l'arrêté du 4 février 2011, la commission de subdivision « formule ses avis [...] au vu d'un dossier comprenant :

- I. Une description du lieu de stage indiquant le type d'activité exercée en hospitalisation [...] ainsi que le type d'équipement mis à disposition ;
- II. Une description de l'encadrement assurant la continuité de la formation ;
- III. Une description des moyens mis à disposition de l'interne, et notamment la fréquence des réunions d'enseignement régulières durant lesquelles les dossiers doivent être discutés et présentés de façon multidisciplinaire et contradictoire par les internes et le responsable médical agréé [...] ;
- IV. Une description [...] de l'activité de recherche et de publication [...] ;
- V. Un formulaire détaillé [...] rempli par le responsable médical ou le praticien maître de stage, demandant l'agrément [...] ;

VI. Un rapport établi, après une visite [...] ;

VII. L'avis écrit du coordonnateur local [...] établi suite à la visite prévue au titre du VI. [...] ;

VIII. L'avis écrit du représentant des internes [...].»

Le formulaire type évoqué au V est déterminé par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Le dernier arrêté du 22 septembre 2004 a déterminé un modèle (voir annexe 2) qui comprend la rédaction d'un projet de service à joindre. Ce projet pédagogique répond aux objectifs de la maquette de la spécialité et est élaboré par le responsable de la structure demandeur de l'agrément.

En cas de retrait ou refus d'un agrément, la demande de nouvel agrément comprend, en sus du dossier prévu, les éléments permettant d'apprécier que des corrections ont été établies selon les recommandations apportées.

1.1.3. La commission de subdivision(5)

Selon l'arrêté de septembre 2004 modifié par l'arrêté du 4 février 2011, la commission de subdivision a pour mission de donner un avis sur l'agrément des stages et la répartition des stages. Les membres de cette commission sont nommés par arrêté par le Directeur Générale de l'ARS de la subdivision concernée. Elle est constituée, lorsqu'elle siège en vue de l'agrément, de :

1° Le Directeur de l'UFR médicale ou le Président du comité de coordination des études médicales de la subdivision en cas de pluralité d'UFR, qui la préside ;

2° Le Directeur Général de l'ARS ;

3° Le ou les Directeurs Généraux des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de la subdivision ;

4° Un médecin des armées, nommé par arrêté du ministre de la défense, lorsque les hôpitaux des armées relèvent de la subdivision;

5° Deux enseignants, dont un de médecine générale, proposés par le ou les Directeurs des UFR de médecine de la subdivision ;

6° Deux représentants des internes affectés dans la subdivision, dont un représentant des IMG et des résidents, nommés par les organisations respectives des internes.

1.1.4. Le circuit de la demande d'agrément

Le chef de service souhaitant accueillir des internes doit rédiger une demande d'agrément et envoyer cette demande au Directeur Général de l'ARS. Ce dernier va ensuite demander son avis à la commission de subdivision. Cet avis est consultatif. Dans cette demande, un projet pédagogique est à joindre pour attester de l'intérêt formatif du lieu de stage pour l'IMG. En fonction du dossier complet et du projet pédagogique, la commission de subdivision approuve, ou non, cet intérêt formatif, après une visite sur site. Ensuite, le Directeur Général de l'ARS statue sur la demande d'agrément.

Lorsque la commission de subdivision siège en vue de la répartition des postes des IMG, il pourra être alloué des postes d'IMG au service.

1.2. Critères existants

1.2.1. Les critères existants pour la médecine générale

A ce jour, à l'université de médecine et pharmacie de Poitiers, la lecture et l'évaluation de ce projet pédagogique se fait essentiellement par des critères subjectifs basés notamment sur la motivation des chefs de service à recevoir des IMG. Un modèle spécifique de demande d'agrément a été créé au sein de l'inter-région Ouest et adapté à la faculté de Poitiers. Ce modèle comprend une notice explicative. Ce dossier comporte une partie descriptive du service et de son activité. Il existe aussi des critères sur l'activité propre de l'interne, les ressources pédagogiques, l'implication des seniors et l'évaluation des compétences de l'interne (voir annexe 3).

1.2.2. Les critères des autres spécialités

1.2.2.1. Critères d'accréditation pour le DESC de médecine vasculaire (6)

Des critères ont été élaborés pour qu'une structure hospitalière puisse être accréditée dans le cadre de la formation pratique des internes de médecine vasculaire par une commission d'accréditation mixte, formée par le Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire (CEMV) et le Collège National de Médecine Vasculaire (CNMV).

Pour eux, la valeur formatrice s'oriente selon quatre axes :

- un encadrement compétent, le CEMV en étant garant
- une activité quantitativement suffisante et qualitativement représentative
- des ressources en moyens techniques et en compétences
- une organisation prenant en compte les missions pédagogiques

Ils ont, pour chacun de ces grands cadres, défini plusieurs critères auxquels ils ont attribué des points permettant d'indiquer leur valeur relative. Il est nécessaire de valider chaque groupe de critères. Les décisions d'accréditation sont données en séance plénière.

L'agrément est donné pour quatre ans ou sur une période probatoire de deux ans, ou est refusé avec diagnostic et conseils.

1.2.2.2. Critères d'éligibilité des terrains de stage en anesthésie-réanimation (7)

Des critères d'éligibilité ont été élaborés par le Collège Français d'Anesthésie-Réanimation (CFAR). Ils sont au nombre de vingt. Ils comprennent notamment des critères sur l'identification d'un formateur responsable, la définition d'objectifs pédagogiques, l'utilisation d'un processus d'autoévaluation, l'accès à des ressources pédagogiques ainsi qu'une évaluation du lieu de stage.

1.2.3. Au niveau international

1.2.3.1. Australie

L'Australie est aussi soumise à l'expansion du nombre d'internes (8). Selon l'université de Melbourne (9), la pédagogie doit inciter à l'interrogation, encourager le développement d'attitudes professionnelles souhaitées et développer l'approche analytique. Pour cela, les conditions requises pour l'accréditation d'une institution de formation comportent le devoir de proposer une pédagogie adaptée ainsi que des locaux et équipements suffisants. L'environnement éducatif doit être centré sur une pratique fondée sur les preuves. Le cursus doit présenter la possibilité d'apprentissage des bases scientifiques et « l'evidence-based » de la discipline. Un apprentissage de la communication, de la santé publique, des sciences sociales et cliniques ainsi que les moyens de se préparer à apprendre tout au long de la vie professionnelle sont nécessaires.

1.2.3.2. Etats-Unis

Les départements de médecine générale (DMG) de l'université du Tennessee et du Michigan (10) ont émis des critères d'accréditation dans leur « Residency Program Solutions » pour améliorer la qualité de la formation des résidents. Ils sont répartis en deux catégories « must » et « should ». Dans la liste des « must », sont retrouvés la définition d'objectifs pédagogiques, le nombre d'enseignements, l'apprentissage de la dermatologie, radiologie, chirurgie, pédiatrie, urgence, obstétrique et la gestion d'un cabinet médical. Dans la liste des « should » se trouvent les apprentissages de la médecine comportementale, de la médecine de réadaptation, de la médecine interne, de la cardiologie et de la gériatrie ainsi que des évaluations d'entrée et intermédiaires.

« The Association of professors of medicine » précise que les internes doivent apprendre aux côtés d'autres professionnels de santé (11).

1.3. La pédagogie médicale du DMG de Poitiers

1.3.1. L'approche par compétence

Le programme d'enseignement du DMG de l'université de médecine de Poitiers trouve son fondement dans la pédagogie constructiviste avec une approche par compétence et non par objectif (12). Cela implique donc de faire appel à des « situations-problèmes et des tâches situées dans des contextes authentiques, complètes, complexes et signifiantes » (12). En théorie, une rétroaction explicite et récurrente est nécessaire afin de créer les conditions de développement d'une pratique intentionnelle. Afin de ne pas être dépendant de cette rétroaction, le DMG a choisi de favoriser le développement de la réflexivité et de l'autoévaluation.

La formation d'un IMG repose sur une base pédagogique : l'enseignement théorique, le tutorat, l'autoformation et les stages.

1.3.2. L'enseignement théorique (13)

Il est essentiellement délivré sous la forme de Groupes d'Echanges et d'Analyses de Pratique pour les Internes (GEAPI). Les thématiques sont spécifiques de la médecine générale. Les GEAPI sont animés par des MSU, formés à cette tâche. Ils sont construits autour de situations cliniques authentiques apportées par les IMG. Chaque GEAPI est prévu en deux heures. Depuis novembre 2013, il y en a dix. Les enseignements transversaux et organisationnels sont abordés sous forme de neuf séminaires interactifs sur une journée.

1.3.3. Le tutorat (13)

Il est la colonne vertébrale de la pédagogie constructiviste du DMG de Poitiers. Le tuteur assure un soutien à l'interne et veille à la continuité et la cohérence de son enseignement théorique et pratique tout au long de ses trois ans de DES. Le tuteur est formé à la pédagogie constructiviste par approche par compétence et a une connaissance globale du cursus de DES. A partir des rencontres avec l'interne, appelés Rencontres Individuelles avec le Tuteur (RIT), des évaluations des Maîtres de Stage Hospitaliers (MSH) et MSU, de son Carnet d'AutoEvaluation (CAE) et de ses traces d'apprentissage, le tuteur valide sur le Dossier D'Apprentissage (DDA) électronique l'évolution des compétences de l'interne de « novice » à « intermédiaire » à « compétent » à partir de grilles d'évaluation critériées actuellement en élaboration.

Le tuteur et l'interne sont aussi amenés à se rencontrer lors des Groupes d'Echanges et d'Analyses de Pratique pour les Internes avec les Tuteurs (GEAPIT) chaque année. Lors de cette rencontre, les IMG, de différentes promotions, et leur tuteur respectif échangent leurs expériences et leurs difficultés.

1.3.4. L'autoformation

Elle est centrée sur les apprentissages dans le but d'acquérir les compétences spécifiques à l'exercice de la médecine générale (14). Durant son cursus, l'interne doit produire quatre traces d'apprentissage par an dont un Récit de Situations Complexes Authentiques (RSCA) (13). Cela permet à l'IMG de documenter son parcours et le développement de ses compétences. La rédaction des traces de l'IMG est un outil à visée d'apprentissage, mais aussi d'évaluation.

1.3.5. Les stages

Chaque IMG doit effectuer six stages dont au moins deux semestres en milieu hospitalier avec un semestre au CHU (2) :

- 1 stage de médecine adulte/médecine interne/gériatrie
- 1 stage de gynécologie et/ou pédiatrie ou pôle mère-enfant
- 1 stage de médecine d'urgence adulte
- 1 stage libre
- 1 stage ambulatoire chez un praticien de médecine générale agréé
- 1 stage « préférentiellement » en SASPAS

Sous ce format, un IMG effectue au moins deux semestres en secteur hospitalier et peut y effectuer jusqu'à cinq semestres. Dans cette pédagogie, chaque MSH utilise des outils d'évaluation formative mis à disposition pour superviser et évaluer les compétences et les habiletés que l'IMG doit maîtriser à l'issue du DES. Il y est fait appel à des situations cliniques authentiques et y est fait référence à des situations types fournies par le collège national des généralistes enseignants (CNGE) (15). Le développement de la réflexivité est basé sur la rédaction personnelle d'au moins une trace d'apprentissage par stage, dont au minimum un RSCA par an, réunis dans le DDA accessible sur le bureau virtuel de l'Espace

Numérique de Travail (ENT). Depuis cette année, l'ENT devrait être disponible pour les MSH, permettant ainsi une correction des traces d'apprentissage par ces derniers en collaboration avec l'IMG.

1.4. Justification du travail

1.4.1. Objectivité

A ce jour, il n'existe pas de critère objectif. L'approbation du projet pédagogique se fait selon des critères subjectifs comme la motivation à avoir des IMG. Créer une liste de critères objectifs permet de s'extraire de la subjectivité, c'est-à-dire de faire abstraction de ses propres jugements de valeur. L'objectivité permet d'atteindre une certaine universalité et impartialité.

1.4.2. Facilitation du travail

Avoir une liste de critères avec une grille de correction permet de faciliter le travail de lecture des projets pédagogiques. Il s'agit de repérer simplement les différentes idées-clées.

1.4.3. Création d'un document de référence

Quand un projet pédagogique d'un service hospitalier n'est pas approuvé, l'ARS se doit (3) d'émettre des recommandations permettant de l'améliorer en vue d'une prochaine demande d'agrément. A ce jour, les notifications de refus d'agrément de l'ARS ne sont pas explicitées (voir annexe 4). Avoir à disposition un document de référence permettra l'émission de recommandations après un refus.

1.4.4. Absence de cohérence de pédagogie

Chaque IMG passe au moins la moitié de son cursus en dehors de sa spécialité. Il apparaît donc nécessaire que la pédagogie utilisée dans les services soit cohérente avec celle par approche par compétence utilisée par le DMG. A ce jour, la demande d'agrément

des stages hospitaliers prend peu en compte le suivi pédagogique adapté à la médecine générale. De plus, seuls environ 15% (16) des MSH disent utiliser correctement la demande d'agrément d'un point de vue pédagogique.

Pour accueillir les IMG dans de bonnes conditions d'enseignements, la commission de subdivision doit approuver l'intérêt formatif d'un stage hospitalier, via le projet pédagogique.

1.4.5. Absence de littérature

Il n'existe pas de bibliographie de référence sur les critères objectifs d'approbation des projets pédagogiques des stages hospitaliers en France en médecine générale.

1.4.6. Responsabilité sociale

Dans le cadre de la responsabilité sociale des universités de médecine, l'axe 6, « redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de service », et l'axe 7, « amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de service », l'université se doit de faire une révision de son programme d'enseignement et se doit d'essayer de l'améliorer (17). Ce travail de thèse s'inscrit dans cette révision et cette amélioration.

1.5. Question de recherche

Quels sont les critères objectifs permettant à la commission de subdivision d'approuver le projet pédagogique d'un stage hospitalier demandant l'agrément pour recevoir des internes de médecine générale ?

1.6. Objectif

Elaborer une liste de critères objectifs d'approbation des projets pédagogiques des services hospitaliers demandant un agrément pour accueillir des internes de médecine générale.

MATERIELS ET METHODES

2. Méthode

2.1. Cadre et conception de l'étude

2.1.1. Technique DELPHI : généralités

La technique DELPHI est une méthode de recherche semi-quantitative tirant son nom de la ville de Delphes, en l'honneur de son oracle. En effet, ce dernier dispose de compétences d'interprétation et de prévoyance.

Elle a été développée aux alentours des années 1950 par la Rand Corporation et notamment par Olaf Helmer (18). Elle se définit comme « une méthode pour structurer un procédé de communication de groupe de sorte que le processus soit efficace en permettant à un groupe d'individus, dans l'ensemble, de traiter un problème complexe ». Elle a pour but d'élaborer des consensus et des convergences et d'explorer des zones d'incertitudes (19).

Le principe de la technique DELPHI est une interrogation itérative d'un groupe d'experts à distance n'ayant aucune communication directe entre eux. A chaque ronde/tour, les questions/propositions sont réaménagées à partir des différents commentaires des experts jusqu'à obtenir consensus.

2.1.2. Technique DELPHI : caractéristiques (20) (21) (22) (23)

2.1.2.1. L'itération

La répétition des questionnaires permet l'évolution de l'opinion de l'expert. A chaque ronde, il peut affiner son avis et ses réponses, à la lumière des différents éléments mis en évidence.

2.1.2.2. L'anonymat

Chacun des participants peut s'exprimer librement, ouvertement et en s'affranchissant de la pression sociale du groupe qui évite donc tout effet de leader d'opinion. Les réponses sont effectuées par courriel et les experts ne sont jamais réunis physiquement permettant de garantir l'anonymat. Il est demandé aux experts de ne pas communiquer entre eux.

2.1.2.3. La rétroaction contrôlée

Dès la seconde ronde, les experts ont accès à une première série de réponses. Ils peuvent voir les moyennes et les commentaires de chaque expert à chaque proposition.

Au fur et à mesure des rondes, les réponses du groupe d'experts vont converger vers la meilleure réponse possible et vont devenir consensuelles.

2.1.2.4. La simplicité

Cette méthode ne nécessite pas le déplacement des experts et peut se faire à distance par courrier ou courriel.

2.1.3. Technique DELPHI : fonctionnement

Dans notre méthode, les experts ont été interrogés à distance par courriel. A chaque ronde, l'expert pouvait modifier sa réponse de la ronde précédente. Toutes les propositions, apparaissaient donc sur chaque questionnaire, même celles écartées ou consensuelles.

Chaque questionnaire devait être rempli en moins de trente minutes (24). Chaque ronde a eu une durée de quinze jours. Un rappel téléphonique et par courriel a été réalisé.

2.1.3.1. Le premier questionnaire

Une question de recherche a été formulée permettant de délimiter le champ de la discussion puis, à partir d'une synthèse de la littérature, une première série de propositions quantifiables et indépendantes a été établie.

Il a été demandé aux experts de mettre une note selon une échelle de Likert à neuf entrées permettant de juger la pertinence de la proposition. 1 correspond à « pas du tout pertinent » et 9 correspond à « tout à fait pertinent ». Dans le même temps, l'expert pouvait justifier sa réponse par un commentaire.

La première série de réponses a été analysée. Toutes les propositions avec une note moyenne supérieure à 7,5 ont été gardées, quel que soit la valeur de leur écart-type. Le consensus était également reconnu si la note moyenne était supérieure à 7 avec un écart-type inférieur à 2. Celles ayant une note moyenne inférieure à 7 ont été rejetées.

Les propositions consensuelles ont été gardées mais elles pouvaient être reformulées en fonction des commentaires des experts. Les propositions écartées ont continué à apparaître sur le questionnaire mais n'ont pas été reformulées. Si un expert le jugeait utile et s'il le demandait, elles pouvaient être soumises une nouvelle fois aux votes.

2.1.3.2. Le deuxième questionnaire

Le deuxième questionnaire reprenait les propositions reformulées, celles consensuelles et celles rejetées pour permettre une rétroaction contrôlée (voir 2.1.2). Les moyennes et écarts-types des notes ont été fournis.

Il a été demandé aux experts leurs commentaires sur les reformulations. Si une proposition reformulée recevait un commentaire, elle était une nouvelle fois reformulée.

Il y a eu autant de rondes que nécessaire afin d'obtenir un consensus sur la formulation des propositions.

2.1.3.3. Le troisième questionnaire

Le troisième questionnaire représentait la diffusion finale auprès des experts qui validaient l'ensemble du questionnaire.

2.1.4. Choix des experts

Pour la méthode DELPHI, il est recommandé un groupe composé de 15 à 20 experts (24). Une personne est considérée experte à partir du moment où elle présente un intérêt pour le sujet (24) (25).

2.1.4.1. Les critères d'inclusion

Le critère principal d'inclusion des experts était l'intérêt qu'ils portaient à la pédagogie des IMG(24). Il devait s'agir de médecins en activité, ou IMG, investis dans la pédagogie. Ils pouvaient être hospitaliers ou libéraux, généralistes ou spécialistes, exerçant en milieu urbain ou rural. Ils devaient nécessairement être au contact d'IMG.

Pour la validation au sein de l'université de Poitiers, le groupe des experts comprenait des membres du DMG. Certains des experts ont été recrutés parmi les membres du groupe de réflexion sur les stages hospitaliers.

2.1.4.2. Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient le refus de s'engager à poursuivre la procédure jusqu'à son terme ainsi que l'absence de réponse au premier questionnaire.

2.1.5. Matériel et support

La méthode de diffusion choisie était le courriel. Les logiciels choisis étaient Microsoft Excel 2007, Microsoft Word 2007 et le format PDF. Une diffusion par courrier postal était possible si les experts le souhaitaient.

Les calculs de moyenne et d'écart-type ont été réalisés à partir des données et des formules de Microsoft Excel 2007.

2.2. Question de recherche

Après avis du pôle de recherche pédagogique du DMG de Poitiers, la question de recherche délimitant le champ de la discussion était celle-ci :

Quels sont les critères objectifs permettant à la commission de subdivision d'approuver le projet pédagogique d'un stage hospitalier en vue de l'agrément pour recevoir des internes de médecine générale ?

2.3. Considération éthique

2.3.1. Comité d'éthique

L'étude a été réalisée de façon anonyme et ne requérait donc pas d'autorisation du comité d'éthique.

2.3.2. Accord des experts (voir annexe 5)

Une lettre a été adressée à chaque expert pour lui demander son consentement pour la participation à cette étude, ainsi que son engagement pour aller jusqu'au bout de l'étude.

Une lettre d'information sur l'étude a été également fournie. L'expert a eu le temps nécessaire pour réfléchir et poser ses questions. Il a été aussi demandé aux experts de ne pas communiquer entre eux afin d'éviter tout biais d'information.

2.4. Elaboration du premier questionnaire

2.4.1. Création du premier questionnaire provisoire

Ce premier questionnaire était issu de la bibliographie (voir 1.2 Critères existants). Il prenait en compte le modèle de demande d'agrément du ministère et le modèle

d'agrément actuel de l'université de Poitiers (voir annexe 2 et 3). Il comprenait aussi les obligations pédagogiques de la charte des stages hospitaliers (voir annexe 1).

Le questionnaire a été découpé en sept grands thèmes qui étaient : généralités, encadrement pédagogique, activité, ressource, organisation, garde et évaluation (voir 1.2 Critères existants). Il comprenait au total 31 critères.

La première version du questionnaire 1 a été révisée par les trois investigateurs principaux. Cela a abouti à une deuxième version du questionnaire 1 soumis à un premier groupe de testeurs afin de s'assurer de la compréhension et de la faisabilité.

Il a été fait le choix de diffuser le questionnaire 1 via courriel sous un format Excel pour une meilleure compilation des résultats.

2.4.2. Test du premier questionnaire

Le questionnaire 1 a été testé auprès de deux IMG, de trois internes de spécialités médicales et d'un PH au contact d'IMG. Le questionnaire a été envoyé par mail dans les conditions réelles de l'étude aux deux premiers testeurs qui ont apporté des mesures correctrices auxquelles les autres testeurs ont eu accès.

Les conclusions du test :

- le questionnaire a été plutôt bien accueilli par les testeurs
- il était nécessaire de mettre en annexes des documents bibliographiques de référence
- l'explicitation de certains termes était nécessaire
- le temps de remplissage nécessaire se situait entre 15 et 40 minutes (avec lecture des annexes)
- il était possible de remplir le questionnaire en plusieurs fois

Les mesures correctrices apportées ont donc été une mise en pièce jointe d'annexes résumées et explicitation de certains termes.

2.4.3. Le premier questionnaire définitif (voir annexe 6)

Le premier questionnaire a été envoyé à tous les experts via courriel. Il était accompagné de huit annexes, du formulaire de consentement ainsi que d'un article issu de la littérature permettant d'expliquer le fonctionnement de la technique DELPHI (26).

2.4.4. Méthode d'analyse

Les critères ont été retenus ou rejetés selon la méthode définie (voir 2.1.3.1). Les critères retenus ont été reformulés en fonction des différents commentaires. La note moyenne a été calculée à partir de chacune des notes (entre 1 et 9) des experts. L'écart-type a été calculé à partir de cette moyenne.

Les questionnaires ont été anonymisés à la réception. Chaque expert a reçu un numéro qui correspond à l'ordre chronologique de retour du premier questionnaire associé à un E (E1, E2, E3...).

2.5. Le second questionnaire

Les critères ont été regroupés en trois groupes différents :

- les critères rejetés
- les critères validés
- les critères reformulés

Les experts avaient accès à la note moyenne et écart-type de chaque critère. Ils n'ont pas souhaité soumettre au vote une nouvelle fois les propositions. Le consensus sur les critères à garder a été établi dès la seconde ronde.

Les autres tours ont servi à reformuler les critères. A chaque nouvelle ronde, des critères reformulés ont été transférés vers les critères validés en fonction des différents commentaires des experts jusqu'au consensus final sur la formulation des critères.

2.6. Le troisième questionnaire

Il représentait la diffusion finale des critères définis par la synthèse de la seconde ronde. Le troisième questionnaire a été remis sous une forme Word permettant une meilleure visualisation.

RESULTATS

3. Résultats

Par soucis de concision et de clarté, seuls les résultats définitifs et les commentaires les plus pertinents sont présentés. Nous nous engageons à fournir tous les résultats sur demande.

3.1. Les experts

3.1.1. Experts recrutés initialement

Au total, 24 experts ont été recrutés initialement avec accord oral. Tout le groupe de réflexion sur les stages hospitaliers a été recruté. Le groupe final des experts était composé de :

- un professeur titulaire des universités praticien hospitalier (PUPH)
- un professeur associé de médecine générale (PA)
- trois MCA de médecine générale
- un chef de clinique universitaire de médecine générale (CCU)
- un chef de clinique assistant praticien hospitalier (CCA)
- huit PH chefs de service au contact d'IMG
- deux PH au contact d'IMG
- un PH non au contact d'IMG, président de Commission Médicale d'Etablissement (CME)
- trois MSU
- trois IMG

Les experts ont été recrutés au sein de la région Poitou-Charentes. Les PH exerçaient dans les Hôpitaux de Poitiers, Niort, Angoulême, La Rochelle, Saintes, Châtellerauld et nord Deux-Sèvres.

Les différents spécialités des PH sont : trois médecins internistes, quatre urgentistes, un cardiologue, un rhumatologue, un néphrologue, un gynécologue-obstétricien et deux médecins rééducateurs.

Les médecins généralistes exerçaient en Charente-Maritime, Charente et Deux-Sèvres, en milieu urbain, rural et semi-rural. Ils étaient tous MSU.

3.1.2. Experts participants

Au final, quinze experts ont participé à la totalité du questionnaire dont sept PH, cinq MG et les trois IMG, soit 62,5 % de participation. Tous les départements étaient représentés.

Deux PH du CHU de Poitiers, un PH du CH nord Deux-Sèvres, deux PH du CH de La Rochelle, un PH du CH de Châtelleraut et un PH du CH de Saintes ont participé. Les PH des CH de Niort et Angoulême n'ont pas participé. Les spécialités représentées étaient : deux urgentistes, deux médecins internistes, un rhumatologue et deux médecins rééducateurs. Il y avait cinq chefs de service.

Trois MG travaillaient en Charente-Maritime, un en Charente et un en Deux-Sèvres, dont trois exerçaient en urbain, un en semi-rural et deux en rural. Six femmes et neuf hommes ont répondu.

3.2. Les critères définitifs

3.2.1. Les critères validés

Vingt critères ont été définitivement validés par le groupe d'experts. Ils sont présentés dans le tableau ci-dessous avec leur note moyenne et leur écart-type respectif. La plus mauvaise note moyenne était à 7,13 et la meilleure note moyenne était à 8,56. Un seul critère a obtenu un écart-type supérieur à 2.

n°	Proposition	Moyenne	Ecart-type
	Le projet pédagogique mentionne :		
1	La signature par le MSH correspondant pédagogique ainsi que le chef de service de la charte des maîtres de stage des services hospitaliers (voir annexe 1)	8,50	1,15

2	L'encouragement de la relation entre professionnels hospitaliers et ambulatoires	7,47	1,77
3	Le perfectionnement de la relation médecin/patient/entourage	7,75	1,48
4	Une cohérence de l'offre pédagogique avec celle du DES de MG de Poitiers	8,06	1,44
5	L'organisation dans le service de temps de travail commun au lit du patient (visites et contre-visites)	8,25	1,57
6	La rencontre dans le service de situations cliniques en rapport avec les grandes familles de situations types en médecine générale (27)	7,60	1,64
7	La mise à disposition, quand ils existent, des protocoles/procédures de prise en charge utilisés dans le service, validés par l'équipe médicale	8,25	1,00
8	L'accès à internet pour les sites professionnels et les bases de données bibliographiques de référence (Pubmed, Science Direct, Cochrane...)	8,56	1,09
9	Le travail en équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle	7,57	2,31
10	Des présentations orales de dossier	7,88	1,26
11	Le respect des temps d'enseignements théoriques du DMG de Poitiers (GEAPI, GEAPIT, séminaire...)	8,31	1,40
12	La réalisation de formations internes en cohérence avec les objectifs d'apprentissage de l'IMG (staff, réunion de morbi-mortalité (RMM), réunion de service ou multidisciplinaire, séance d'enseignement théorique, visioconférence, révision des dossiers des sortants)	7,94	1,18
13	L'encouragement par les MSH de travaux universitaires à partir de situations cliniques authentiques mettant en œuvre des compétences de médecine générale (traces d'apprentissage, RSCA, mémoire...) (28)	7,44	1,82
14	L'encouragement par les MSH de travaux de recherche médicale (thèse, articles originaux...)	7,50	1,59
15	Un échange autour de la prise en charge globale du patient (diagnostic de situation, démarche décisionnelle, conduite à tenir...)	8,44	1,09
16	L'évaluation(s) intermédiaire(s) et individuelle(s) d'acquisition des compétences de l'IMG par le MSH correspondant pédagogique	7,69	1,66

17	L'évaluation finale et individuelle d'acquisition des compétences de l'IMG	8,47	0,92
18	L'autoévaluation des compétences pédagogiques du service tous les 5 ans, lors de l'écriture du projet pédagogique	7,13	1,67
19	Une liste d'objectifs pédagogiques conduisant à l'autonomie de l'IMG	7,53	1,81
20	La formation du MSH correspondant pédagogique à la pédagogie médicale et notamment à la pédagogie par approche par compétence (12)	7,88	1,36

3.2.2. Les critères rejetés

Onze critères ont été rejetés par le groupe d'experts. Ils sont présentés dans le tableau ci-dessous avec leur note moyenne et leur écart-type respectif. Les commentaires les plus pertinents des experts sont aussi indiqués. La plus mauvaise note moyenne était à 5,50 et la meilleure était à 7,69. Cinq critères ont obtenu une note moyenne supérieure à 7 mais avec des écarts-types supérieurs à 2.

Le critère 25 a été intégré au critère 13. Le critère 31 avait une note moyenne supérieure à 7 avec un écart-type inférieur à 2, mais suite aux différents commentaires et après réunion du groupe d'investigateurs principal, il a été décidé de l'exclure. Il s'agissait d'un critère organisationnel et non pédagogique.

n°	Proposition	Moyenne	Ecart-type
	Le projet pédagogique mentionne :		
21	L'évaluation, au moins une fois, de la démarche Evidence-based Medicine (EBM), de l'approche biopsychosociale et de la conduite d'un entretien médical grâce à la grille de Calgary-Cambridge <i>E3 : « infaisable en pratique, augmentation trop importante de la charge de travail du MSH »</i>	5,50	2,77

	<i>E4 : « On ne peut pas imposer ça. Il y a d'excellents médecins intuitifs qui sont utiles à la formation. Il faudra même apprendre aux internes à sortir des cadres. Les médecins qui connaissent trop bien les cadres (mais ce n'est pas fréquents!) sont parfois dangereux : ils ne savent pas faire de la médecine en dehors et revenir à l'art »</i> <i>E7: « La grille CG doit être une aide, et pas un objectif en soi pour les services. Si cette évaluation de la prise en charge globale est faite autrement c'est parfait aussi. Attention à trop de formalisme de réalité de fonctionnement parfois très différent. et probablement faible adhésion des services ? »</i>		
22	La description quantitative de l'activité de l'interne <i>E 3 : « Difficile en pratique. Quel message est ainsi délivré aux MSH et aux internes des autres spécialités ? »</i> <i>E 9 : « j'ai des doutes sur la possibilité »</i> <i>E11 : « le métier de médecin reste tjs aléatoire (urgences...) »</i>	5,77	2,39
23	La possibilité de réalisation de formations externes dans le cadre des 2 demi journées de formation universitaire hebdomadaire (Diplôme universitaire (DU) ou inter-universitaire (DIU), congrès, travaux universitaires...) <i>E1 : « si formations pertinentes... »</i> <i>E3 : « tant que ça reste dans le temps raisonnable déjà prévu »</i> <i>E10 : « la j'ai des doutes »</i>	6,19	2,61

	<i>E13 : « Me semble être optionnel »</i>		
24	L'utilisation comme ressource pédagogique du référentiel métier de la médecine générale par les MSH (15) <i>E1 : « mais je ne connais pas ce référentiel 200 pages ou concis... »</i> <i>E3 : « document long dont le MSH n'est pas la cible. Irréalisable à moins d'un document de synthèse »</i> <i>E4 : « Que l'on encourage les PH à le découvrir est une chose l'imposer en est une autre. Pourquoi pas à terme, mais la aussi il faudra être progressif. Si on en fait trop on va entraîner une levée de bouclier des services »</i>	6,50	2,73
25	La facilitation par les MSH de l'écriture de RSCA <i>E13 : « Cela me semble être plus le rôle du tuteur, mais il n'est pas interdit à l'interne de discuter de son RSCA avec le MSH. Il faut cependant que le MSH se soit approprié préalablement les règles d'écriture du RSCA »</i>	6,71	2,05
26	L'utilisation comme ressource pédagogique de la marguerite des 6 compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale (28) <i>E1 : « connaît pas!!! »</i> <i>E4 : « La non plus, imposer maintenant cet usage dans chaque service me semble compliqué. L'encourager oui l'imposer non »</i> <i>E11 : « préférable mais non indispensable »</i>	6,93	2,22

27	L'évaluation formative de l'IMG grâce au carnet d'auto-évaluation par le MSH correspondant pédagogique <i>E3 : « Infaisable en pratique, augmentation trop importante de la charge de travail du MSH »</i> <i>E4 : « C'est encore hyper dure en pratique de le faire avec le généraliste. Alors là aussi ça va être dur. On ne peut pas l'attendre à T0 à encourager presque plus auprès des internes que des MSH. Les internes eux même ne sont pas motivés.»</i>	7,00	2,17
28	La réalisation dans le service d'actes techniques réalisables en médecine générale <i>E3 : « Mais pas que ... l'internat est aussi le moment pour apprendre autre chose »</i> <i>E6 : « cette liste est surprenante car elle correspond à des gestes qu'il faudrait maîtriser à la fin du deuxième cycle. Cela ne fait que confirmer ce que j'avais constaté et la nécessité lors des stages de faire la "voiture balaie" de ce qui n'a pas été appris lors de l'externat »</i> <i>E11 : «préférable mais non indispensable »</i>	7,13	2,31
29	L'identification d'un MSH correspondant pédagogique au sein du service <i>E3 : « Pourquoi encore marginaliser la MG. Faut-il un MSH par filière ? »</i> <i>E7 : « Cela dépend de ses attributions, ses responsabilités et ses recours »</i>	7,40	2,38

30	La participation au service de garde de l'IMG (de service, d'intérieur ou d'urgence) <i>E6 : « la non participation aux garde serait opposable? Dans un hopital ou une structure qui n'en aurait pas? »</i> <i>E7 : « Mais nécessité d'établir les critères d'aggrément des lignes de gardes. »</i> <i>E9 : « les gardes aux urgences devraient être assurer par les internes affectés au SAU en nombre suffisant, pour ne pas désorganiser le rôle de l'interne dans le service avec les repos de garde, il y a déjà les journées de formation »</i>	7,43	2,53
31	La réalisation d'une réunion d'accueil <i>E2 : « Encore faut-il savoir ce qu'on y met dedans »</i> <i>E10 : « Critère plutôt organisationnel »</i>	7,69	1,82

DISCUSSION

4. Discussion

Aucun travail sur le sujet n'avait préalablement été réalisé, en médecine générale.

Les critères validés correspondent aux axes importants définis par la littérature. Ils comprennent des critères définissant l'encadrement pédagogique ainsi que des critères permettant une organisation prenant en compte les missions pédagogiques (6) (7).

Le groupe d'investigateurs principal désirait élaborer des critères autour d'un consensus. Les méthodes permettant de l'obtenir sont la technique du groupe nominal, les variantes de l'UCLA/RAND et la méthode DELPHI. Toutes ces méthodes sont considérées comme semi-quantitatives car elles produisent des données quantitatives à partir d'une approche qualitative.

La technique du groupe nominal n'a pas été retenue du fait de la difficulté d'organisation. Elle a l'inconvénient d'imposer une ou plusieurs réunions présentiels. La méthode UCLA/RAND a également été rejetée du fait de l'inexpérience du groupe d'investigateurs principal avec cette dernière.

La méthode DELPHI a été retenue. Elle a l'avantage de ne pas nécessiter de réunion présentielle. Son principal défaut est le temps nécessaire à sa mise en place.

Initialement, le groupe d'investigateurs principal avait fixé une note moyenne à 7 pour valider un critère. Au vu des résultats, il a été décidé de réhausser la note moyenne de validation. Vingt critères paraissent être un nombre raisonnable. Au delà de vingt, le groupe d'investigateurs principal considère que la lecture des projets pédagogiques n'aurait pas été facilitée.

4.1. Réflexion sur les résultats

4.1.1. Charte des stages hospitaliers (annexe 1)

Tous les critères listés dans la charte des stages hospitaliers sont présents dans les critères validés (critères 1, 2, 3, 4, 5, 7, 13, 16 et 19) hormis le critère 29 « L'identification d'un MSH correspondant pédagogique au sein du service ». Nous pouvons l'expliquer par le fait que la plupart des experts sont issus du groupe de réflexion sur les stages hospitaliers qui a construit cette charte.

4.1.2. Critères rejetés

Les critères rejetés ont reçu, pour la plupart, une assez bonne note moyenne (5,50 pour la plus mauvaise). Cela montre une certaine pertinence même au sein des critères rejetés.

Les critères rejetés représentent essentiellement des critères difficiles à mettre en place dans un premier temps. Les critères 24 « L'utilisation comme ressource pédagogique du référentiel métier de la médecine générale par les MSH » et 26 « L'utilisation comme ressource pédagogique de la marguerite des 6 compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale » n'ont pas reçu une bonne note notamment de la part des PH. En effet, ces documents sont pour l'instant inconnus des PH. Nous pensons que, dans plusieurs années, ils seront mieux acceptés par les PH. Ils pourront donc être réévalués pour intégrer les critères validés. Il a été proposé, dans les commentaires, qu'un document de synthèse du référentiel-métier de médecine générale soit élaboré. Il semblerait que cela pourrait améliorer leur acceptabilité par les MSH.

L'évaluation citée dans le critère 21 « L'évaluation, au moins une fois, de la démarche Evidence-based Medicine (EBM), de l'approche biopsychosociale et de la conduite d'un entretien médical grâce à la grille de Calgary-Cambridge » se retrouve dans les critères 16 et 17. De plus, la grille de Calgary-Cambridge n'est pas un outil adapté au milieu hospitalier comme cela est évoqué dans les commentaires.

Le critère 22 « La description quantitative de l'activité de l'interne » est présent dans le dossier de demande d'agrément (voir annexe 3). Les experts ont évoqué la difficulté de quantifier une activité médicale.

Le critère 25 « La facilitation par les MSH de l'écriture de RSCA » a été incorporé au critère 13 « L'encouragement par les MSH de travaux universitaires à partir de situations cliniques authentiques mettant en œuvre des compétences de médecine générale (traces d'apprentissage, RSCA, mémoire...) ». Les experts ont souhaité regrouper sous un seul critère tous les travaux personnels nécessaires à la validation du DES de MG. Les experts ont souligné qu'une formation est nécessaire pour encadrer ce type de travaux.

Les experts ont rejeté le critère 27 « L'évaluation formative de l'IMG grâce au carnet d'auto-évaluation par le MSH correspondant pédagogique » car le CAE est un outil que les étudiants utilisent peu malgré le remplissage obligatoire pour valider son DES. C'est un outil très intéressant mais sous-utilisé (16) par les IMG et par les seniors. Il permet notamment de cibler les lacunes et donc d'orienter l'apprentissage. L'ouverture du bureau virtuel de l'ENT aux MSH et leur formation pourraient représenter un premier pas vers une meilleure utilisation de cet outil.

Certains experts ont signalé que la partie technique des actes décrits au critère 28 « La réalisation dans le service d'actes techniques réalisables en médecine générale » doit être apprise lors du second cycle. Par contre, toute la partie de communication et de relation avec le patient est comprise dans le critère 3. Les experts ont parfois l'impression de devoir rattraper ce qui n'a pas été appris lors du second cycle, comme les actes techniques. Ils n'ont donc pas souhaité retenir ce critère. Durant leurs études, les externes n'ont pas forcément la chance de pouvoir réaliser tous les actes techniques.

La participation au service de garde (critère 30) est obligatoire. Les experts ont choisi de ne pas retenir ce critère de ce fait. Certains centres hospitaliers n'ont pas de ligne de garde. Les experts ont refusé que la participation aux gardes soit opposable dans un projet pédagogique.

Malgré une note moyenne correcte (7,69), le critère 31 « La réalisation d'une réunion d'accueil » a été retiré de la liste des critères validés. Le groupe d'investigateurs principal, au vu des différents commentaires, a décidé de le retirer de la liste. En effet, il s'agit plutôt d'un critère organisationnel (voir annexe 1).

4.1.3. Les compétences du MG

Les critères 2, 3, 8, 9 et 15 sont directement en rapport avec les compétences du MG. Les critères 2 et 8 correspondent à la compétence « professionnalisme », le 3 à la compétence « relation et communication », le 9 à la compétence « coordination des soins » et le 15 à la compétence « approche globale ».

Les compétences « incertitudes, premier recours » et « éducation, prévention et dépistage » sont plutôt enseignées en stage chez le praticien libéral.

4.1.4. Connaissance de la pédagogie du DMG

Les critères 1, 4, 11, 13, 14, 19 et 20 font référence à la pédagogie (12) utilisée au sein du DMG de Poitiers. Il existe, pour l'instant, une différence entre la pédagogie du DMG et celle des stages hospitaliers. Ces critères vont permettre aux MSH de s'intéresser à cette pédagogie.

4.1.5. Critères proposés par les experts

Sur les questionnaires de réponse des experts, des nouveaux critères ont été proposés. Le groupe d'investigateurs principal a décidé de ne pas en tenir compte pour maintenir la méthodologie initiale. Par contre, lors de la prochaine révision de ces critères, ils pourront être proposés.

Il a été proposé d'ajouter les critères suivants :

Le projet pédagogique mentionne :

- l'apprentissage des limites légales de l'exercice médical ;
- l'apprentissage de l'éthique et de la déontologie ;
- la prise en compte des critères de qualité de soin du service ;
- la mise en œuvre d'une évaluation groupée des internes du service.

4.2. Réponse à l'objectif

L'objectif de ce travail était d'élaborer une liste de critères objectifs permettant l'approbation par la commission de subdivision des projets pédagogiques des stages hospitaliers.

Une liste de critères objectifs a été créée. Elle contient vingt critères. L'objectif est atteint.

4.3. Forces et limites de l'étude

4.3.1. Forces

4.3.1.1. Les Experts

Ce travail a permis de faire travailler conjointement les experts hospitaliers spécialistes et les experts libéraux généralistes autour de la formation des IMG.

Il y a eu une bonne participation des experts (62,5%). La répartition des experts entre hospitaliers spécialistes et généralistes est équitable (7 et 8 respectivement). Les différents experts peuvent être considérés comme représentatifs de leur profession. Cinq des médecins spécialistes hospitaliers participants sont chefs de leur service et les médecins généralistes libéraux sont tous enseignants de médecine générale.

Les stages hospitaliers obligatoires étant « urgences » et « médecine adulte », il était important que le groupe d'experts comprenne des PH médecins internistes et urgentistes.

Il existe une bonne répartition des médecins dans la région malgré l'absence de participation des PH des CH de Niort et d'Angoulême. Nous remarquons une relative disparité entre les genres (six femmes et neuf hommes).

Les experts ont été recrutés sur leur motivation et leur intérêt pour la pédagogie des IMG. Ils ont aussi été choisis car ce sont des praticiens de terrain avec une diversité de profils.

4.3.1.2. Anonymat (25)

L'anonymat a permis d'éviter l'influence d'un leader d'opinion et chaque expert a pu s'exprimer librement et sans contrainte, IMG comme maître de stage.

4.3.1.3. Pertinence pédagogique

Ce travail a été demandé par le DUMG de l'université de Poitiers. La participation d'un PA, de deux MCA et d'un CCU permet une validité interne de ce travail.

4.3.2. Limites

4.3.2.1. Absence d'interaction (25)

La technique DELPHI présente comme limite de ne pas laisser d'interaction directe possible entre les différents intervenants. Cet échange permet l'élaboration de nouvelles idées ainsi qu'une amélioration des critères.

Les résultats ont été anonymisés et chaque expert a eu accès aux différents commentaires, à chaque nouvelle ronde, limitant ainsi ce biais.

4.3.2.2. Idées novatrices (24)

Comme toute méthode de consensus, la technique DELPHI ne retient pas les extrêmes alors qu'il pourrait s'agir d'idées novatrices. Nous avons aussi écarté les critères proposés qui auraient pu s'avérer pertinents.

4.3.2.3. La longueur du questionnaire

Le remplissage du questionnaire 1 nécessite environ trente minutes. Le temps à consacrer à cette réponse a pu démotiver certains experts. De plus, il y a eu plusieurs mois entre l'accord oral des experts et la mise en place de l'étude. Ce temps a pu diminuer l'implication et la motivation de certains experts.

Le rappel téléphonique et par courriel à chaque moitié de ronde a permis de limiter cette perte de vue.

4.4. Perspectives d'avenir

4.4.1. Hiérarchisation et pondération

Pour l'instant, il s'agit d'une liste de critères. Il apparaît évident, au vu des différents résultats, que chaque critère n'a pas la même valeur pédagogique. Le critère 17 « le projet pédagogique mentionne l'évaluation finale et individuelle d'acquisition des compétences de l'IMG » (note moyenne : 8,47 et écart-type : 0,92) ne doit pas avoir la même importance que le critère 18 « le projet pédagogique mentionne l'auto-évaluation des compétences pédagogiques du service, tous les 5 ans, lors de l'écriture du projet pédagogique » (note moyenne : 7,13 et écart-type : 1,67). Une hiérarchisation des critères est donc nécessaire.

Le groupe d'investigateurs principal pense poursuivre le travail en proposant un nouveau tour en demandant aux experts de classer les critères de 1 à 20 par ordre d'importance. Nous obtiendrions ainsi un classement de 1 à 20. Lors de la lecture des projets pédagogiques, la présence des cinq premiers critères rapporteraient 3 points chacun, les dix suivants 2 et les cinq derniers 1 point. Cela ferait une note sur

40. Le projet pédagogique devrait avoir une note de 20 points pour obtenir l'approbation.

4.4.2. Amélioration des critères

Comme toute liste, elle est améliorable. Lors de la révision triennale du programme de DES du DMG de Poitiers, cette liste pourra être réévaluée.

4.4.3. Etudes d'impact

Une étude d'impact pourrait être envisagée, afin de juger de la pertinence de l'existence de tels critères. Plusieurs niveaux d'évaluation de ce travail peuvent être envisagés :

- enquête de satisfaction auprès des membres de la commission de subdivision chargés de donner un avis sur ces projets pédagogiques ;
- enquête de satisfaction auprès des rédacteurs desdits projets ;
- étude du nombre de connexion sur le bureau virtuel de l'ENT par les MSH ;
- étude sur l'amélioration de la qualité pédagogique des stages lors des évaluations de fin de stage réalisées par l'interne ;
- augmentation du nombre et de la qualité des travaux universitaires rédigés lors des stages hospitaliers, encouragés par les MSH ;
- amélioration des compétences des IMG.

L'impact de ces critères sur ces quatre derniers points est difficile à évaluer. En effet, nous pouvons considérer que la création de ces critères peut avoir un impact mais la corrélation est compliquée à prouver.

Le risque de l'élaboration de cette liste de critères est de faciliter la rédaction des projets pédagogiques sans qu'elle ne soit suivie d'amélioration en pratique dans le service.

Parallèlement à l'approbation de cet outil par le DMG, le pôle pédagogie va se pencher sur une méthode d'évaluation la plus adaptée de cet outil pédagogique.

CONCLUSION

5. Conclusion

Une grille de lecture des projets pédagogiques a été élaborée par un groupe d'experts composé d'enseignants et d'IMG. Un consensus par méthode DELPHI a été obtenu.

Cette liste de vingt critères va permettre une approbation objective de la qualité du projet pédagogique des stages hospitaliers demandeur d'un agrément.

À ce jour, il n'existait pas d'outil permettant une lecture objective des projets pédagogiques. La création de cet outil s'inscrit dans la démarche d'amélioration de l'accueil et de l'encadrement pédagogique des internes en médecine générale lors de la réalisation de leur stage hospitalier. La faculté de médecine de Poitiers s'est engagée depuis deux ans dans un travail collaboratif avec les services hospitaliers. La création de cette grille obtenue par cette méthode de consensus est une étape fondamentale dans ce processus d'amélioration de l'encadrement des internes en médecine générale.

À ce stade un travail de validation externe de cette grille de lecture, devra être réalisé afin d'obtenir une grille définitive. Des études portant sur l'utilisation et sur l'impact de cette grille de lecture devront être réalisés ultérieurement.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

6. Références bibliographiques :

- (1) République française. Journal Officiel du 7 juillet 2013 ;
- (2) République française. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la réglementation des diplômes d'études spécialisées en médecine ;
- (3) République française. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales ;
- (4) République française. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine ;
- (5) République française. Arrêté du 4 février 2011 relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formations du troisième cycle des études de médecine ;
- (6) Collège National de Médecine Vasculaire et Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire. Critères d'accréditation d'un service hospitalier pour la validation d'une formation initiale en médecine vasculaire. Journal des maladies vasculaires. 2004 ; 4 (29) : 187-188 ;
- (7) Collège Français d'Anesthésie Réanimation. Critères d'éligibilité des terrains de stage des DES en Anesthésie-Réanimation. Avril 2010 ;
- (8) Crotty BJ et Brown T. An urgent challenge: new training opportunities for junior medical officers. MJA 2007; 186: S25-S27 ;
- (9) Mc Meeken J. Accréditation des programmes d'enseignement des professions de santé en Australie. Kinesither Rev 2011 ; (120): 38-45 ;
- (10) Blake GH, Skye E, Biggs WS, Pugno PA. Residency Program Solutions: making a difference in quality residency education. Fam Med 2013; 45(3): 187-192;
- (11) Association of professors of medicine. The future of accreditation of medical education. The American journal of medicine 2004; 116: 859-861;
- (12) Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie médicale. 2007;8(232):51;
- (13) DMG. Synopsis du DES de médecine générale 2010 ;

- (14) Kaufman DM. L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant :une fausse dichotomie. *Pédagogie médicale* 2002; 3 (3) : 145-147 ;
- (15) Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes(CASSF), Collège National des Généralistes Enseignants(CNGE), Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes(CNOSF), Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français(CNGOF) et Mission nationale, Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. *Référentiels métiers et compétences* 2010 ;
- (16) Apeceixborde P. La formation hospitalière des internes de médecine générale : connaissances et implication des seniors. Thèse de médecine générale. Université de Poitiers 2012 ;
- (17) Boelen C, Gomès J, Ladner J, Pélissier-Semard L, Pestiaux D, Nawar T. Consensus mondial sur la responsabilité des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale* 2011 ; 12 : 37-48 ;
- (18) Helmer O. *Social Technology*. 1966
- (19) Linstone HA, Turoff M. *The delphi method*. Addison-Wesley Reading, MA; 1975
- (20) Gupta UG, Clarke RE. Theory and applications of the Delphi technique: a bibliography (1975-1994). *Technological forecasting and social change* 1996; 53: 185-211
- (21) Hsu CC, Sandford BA. The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment, Research and Evaluation* 2007 : 12 (10)
- (22) Chipeaux E. Le « gut feeling » chez les médecins généralistes de terrain du Finistère: définition, modélisation et implications. Thèse soutenue à Brest en 2011
- (23) Nadeau MA. Les techniques particulières. *L'évaluation des programmes* 1988
- (24) Frappe P. Elaboration d'un guide pratique du jeune chercheur en médecine générale. Thèse soutenue à Saint Etienne en 2008
- (25) Letrillard L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer* 2011;99:170-7
- (26) Smets K, Comelis E, Dedeken L et Pas L. La méthode DELPHI comme stratégie de recherche pour améliorer la prise en charge de la santé mentale. *Exercer* 2011 ; 96 (suppl2) : 68-9
- (27) Attali C, Huez JF, Valette T et Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer* 2013 ; 108 : 165-9 ;

(28) Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V et Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer 2013 ; 108 : 148-5 ;

ANNEXES
RESUMES
MOTS CLES

7. Annexe

Annexe 1 : Charte des stages hospitaliers

La Charte

Le service hospitalier, par l'intermédiaire de son MSH-correspondant pédagogique, signataire de la charte, s'engage à en faire respecter les règles définies par l'UFR de médecine de Poitiers, en accord avec les principes fondamentaux énoncés par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et les textes réglementaires.

Tout manquement à la présente Charte peut entraîner une révision de l'agrément.

La charte contient des obligations organisationnelles et pédagogiques.

Les obligations organisationnelles sont :

- Un praticien du service sera joignable en permanence (en journée, en astreinte et en garde).
- Les tâches demandées à l'IMG seront identifiables comme « activité médicale », en cohérence avec le programme du DES de MG, dans une démarche formative.
- L'IMG disposera d'un accès internet pour les sites professionnels et d'un accès à la bibliothèque de l'hôpital et du service (y compris les bibliothèques numériques).
- Dans les services assurant des consultations ou ayant une équipe mobile dont les activités sont susceptibles d'être applicables en MG, les IMG y auront accès.
- Le service évaluera au-moins une fois par an la charge de travail demandée à l'IMG. Il l'adaptera au nombre d'internes, et à l'activité du service. Le service s'engage à ne pas dépasser une charge de travail équivalente à 12 lits par interne pour une DMS de 6 jours.
- Un livret d'accueil standardisé par hôpital ou/et par service hospitalier sera mis à disposition de l'IMG.
- Une réunion d'accueil sera organisée dans le service.
- L'interne disposera d'un bureau et d'un casier fermé à clé.

Les organisations pédagogiques sont :

- Un MSH-correspondant pédagogique sera identifiable parmi les praticiens du service.
- L'offre pédagogique proposée par le service sera construite à partir d'objectifs pédagogiques progressifs, conduisant à l'autonomisation de l'IMG.
- Le correspondant pédagogique réalisera une évaluation intermédiaire de l'acquisition des compétences de chaque IMG.

Annexe 2 : demande d'agrément (ministère)

Année Universitaire 2011-2012
DEMANDE D'AGREMENT POUR L'INTERNAT
Fiche de renseignement

SERVICES DE MEDECINE

(Annexe à l'arrêté du 22.9.2004 relatif au fonctionnement de la commission de subdivision, JO du 14 octobre 2004)

ETABLISSEMENT :			
1. Activité du Service en 2010			
Nom du service :		Nom du chef de service	
Nombre de lits installés :		Nombre de places d'hôpital de jour	
Entrées en hospitalisation complète		Séances hôpital de jour	
Durée moyenne de séjour			
Nombre de postes d'internes		Nombre de lits par interne:	
Principales pathologies traitées dans le service : (indiquer les cinq premiers groupes homogènes de maladies PMSI)			
2. Responsabilités confiées à l'interne.		Présence dans le service	
Autonomie de prescription des examens complémentaires :	Oui/non	Horaire journalier moyen de l'interne	
Autonomie de prescription pour les traitements	Oui/non	Nombre de CV en semaine :	
Comptes-rendus d'hospitalisation effectués par l'interne ?	Oui/non	Nombre de CV le week-end :	
Y-a-t-il des demi-journées (en semaine) ou l'interne est le seul médecin du service ?	Oui/non	Nombre de gardes mensuelles	
Possibilité permanente pour l'interne de recourir à un « senior » du service sur place ?	Oui/non	Nombre d'astreintes mensuelles	
Quels sont les principaux gestes techniques enseignés dans le service ?			
3. Encadrement médical du service		Encadrement des gardes (médecins sur place)	
Nombre de PH temps plein :		Urgentiste :	
Nombre de PH temps partiel :		Réanimateur :	
Nombre d'assistants :		Autre médecin « senior » :	

4. Implication du service dans la formation et la recherche

Avez-vous formalisé des objectifs de formation pour votre service (si oui, à joindre)	Oui/non	Les internes disposent-ils d'un bureau avec téléphone pour travailler (situé dans le service)	Oui/non
Réunions avec les internes pour la révision des dossiers des sortants	Oui/non	Existe-t-il une bibliothèque dans le service ou l'établissement	Oui/non
Réunions d'enseignement destinées exclusivement aux internes :	Oui/non	Les internes ont-ils accès à INTERNET (service ou établissement)	Oui/non
Réunions médicales de service (discussion de dossiers, exposés, etc.) destinées aux « seniors » et aux internes et dans lesquelles les internes présentent des dossiers ?	Oui/non	Nombre de visites encadrées par semaine Temps moyen des visites encadrées	
Réunions médicales multiservices :	Oui/non		
Réunions de bibliographie	Oui/non		
Le service fait-il régulièrement des publications ?	Oui/non		
Encadrement des internes aboutissant à des présentations en congrès, des publications où les internes participent comme auteurs.	Oui/non		

5. Evaluation

Un processus d'évaluation concernant la formation est-il organisé ?			
Réalisez-vous des évaluations en cours de stage afin de suivre l'acquisition des compétences de l'interne ou du résident ? Précisez en les modalités.			

6. Projet de service : à joindre

Date et signature du chef de service

Annexe 3 : demande d'agrément (université de Poitiers)

Dossier informatif concernant la demande d'agrément

1. Identification de la structure de soins

Nom et adresse de l'établissement	
Intitulé de la structure de soins ou de l'unité fonctionnelle (si différente de celui de la structure)	
Nom du chef de service	
Téléphone :	Télécopie : Adresse électronique :

2. Activité de soins de la structure

Principaux problèmes de santé pris en charge dans le service ou l'unité Indiquer au besoin les 4 premiers groupes homogènes de maladies fournis par le PMSI	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____	
Hospitalisation continue	Nombre d'entrées annuelles :	Nombre de lits :
Hospitalisation de jour	Nombre d'entrées annuelles :	
Consultations externes	Nombre de consultations annuelles :	

3. Ressources de la structure ou de l'unité pour le soin et la formation

Chef de service temps plein	oui / non	Qualification	
Nombre de PU-PH		Qualification	
Nombre de PH temps plein		Qualification	
Nombre de PH temps partiel		Qualification	
Nombre d'assistants chefs de clinique		Qualification	
Nombre d'assistants spécialistes		Qualification	
Nombre d'assistants généralistes		Qualification	
Autres personnes ressources (psychologue, diététicienne, ...)		Qualification	
Nombre total d'internes affectés dans le service		DES de médecine générale :	
		Autres DES :	

Revue médicale disponibles (titres) • • • •	Accès Internet accessible à l'interna	oui / non
L'organisation du travail permet à l'interna de disposer régulièrement des deux demi-journées hebdomadaires de formation prévues dans son statut		oui / non

4. Activité de soins de l'interna et responsabilité			
Nombre de lits dédiés à l'interna		Horaire hebdomadaire moyen assuré par l'interna dans la structure	
Nombre de visites encadrées par semaine		Nombre de contre visites hebdomadaires des patients assurées par l'interna	
L'interna participe régulièrement aux consultations externes de la structure quand elle en dispose			oui / non
Possibilité permanente pour l'interna de recourir à un « senior » du service sur place			oui / non
Comptes rendus d'hospitalisations ou courriers de sortie des patients effectués par l'interna	oui / non	Actes techniques effectués par l'interna (lesquels) • _____ • _____ • _____ • _____ • _____	
L'interna dispose de réelles responsabilités cliniques pour les investigations et la thérapeutique ?			oui / non
Nombre de gardes par mois dans le service			

5. Implication des correspondants pédagogiques dans la supervision des internes			
Des objectifs de formation pour les internes sont formalisés dans le service (à préciser en annexe)	oui/non	Au moins une réunion de travail hebdomadaire entre médecins du service et interna(s) autour de dossiers de patients est instituée	oui/non
Les compétences des futurs médecins généralistes nécessaires pour remplir leurs rôles professionnels sont connues des correspondants pédagogiques du service,	oui/non	Des réunions multidisciplinaires régulières sont organisées dans le service	oui/non

Des entretiens formalisés entre le responsable pédagogique et l'interne ont lieu en début de stage, en milieu de stage, en fin de stage	oui/non	Les correspondants pédagogiques tiennent compte des objectifs d'apprentissage personnels de chaque interne notés dans leur portfolio ou leur carnet de stage	oui/non
Le responsable pédagogique fournit régulièrement une rétroaction à l'interne après l'avoir observé auprès des patients	oui/non	Le responsable pédagogique est au courant du travail personnel rédigé par l'interne dans son portfolio	oui/non
La fiche d'évaluation de fin de stage est toujours rédigée avec l'interne et correctement argumentée	oui/non	Le service développe une activité de formation des internes à la recherche clinique	oui/non
Encadrement des internes aboutissant à des présentations de travaux en congrès	oui/non	Encadrement des internes aboutissant à des publications comme auteurs	oui/non

6. Mise en place d'une évaluation de la structure

Une évaluation externe du service par audit ou visite sur site a été effectuée (joindre)	oui/non
Une évaluation de la qualité du service en tant que site de stage a été réalisée par les internes (joindre)	oui/non

7. Agréments déjà obtenus

	Année
1	
2	
3	
4	
5	

8. Avis de la commission de subdivision

1- Agrément sans réserve pour une période de 5 ans	oui/non
2- Agrément conditionnel d'un an maximum assorti de recommandations	oui/non
3- Refus d'agrément motivé	oui/non
Date :	
Signature du Président de la commission ou de son représentant :	

Annexe 4 : refus de l'ARS

La table de codification des critères de refus d'agrément, fournie par l'ARS, décrit 8 motifs de non agrément d'un service :

- 1 : Dossier insuffisamment motivé
- 2 : Encadrement insuffisant dans le service
- 3 : Service très spécialisé et, de ce fait, insuffisamment formateur dans la discipline pour laquelle est sollicité l'agrément
- 4 : Activité insuffisante du service au titre de la spécialité
- 5 : Changement récent du chef de service nécessitant un temps d'observation avant un réagrément éventuel
- 6 : Service extra-hospitalier n'offrant pas une formation clinique assez générale et s'insérant mal dans le dispositif de formation au DES/DESC
- 7 : Service ne répondant pas aux critères de formation retenus pour la spécialité
- 8 : Autres motifs

Annexe 6 : questionnaire 1 définitif

Quels sont les critères objectifs permettant à la commission de subdivision d'approuver le projet pédagogique d'un stage hospitalier en vue de l'agrément pour recevoir des internes de médecine générale ? Notez la pertinence de chaque proposition sur une échelle de Likert de 1 à 9. 1 correspond à pas du tout d'accord et 9 correspond à tout à fait d'accord. Vous avez la possibilité de noter des commentaires sur chaque proposition. Le projet pédagogique d'un stage hospitalier doit comprendre les éléments suivants :		
Proposition	Pertinence	Commentaire
1) Généralités Signature par le MSH correspondant pédagogique ainsi que le chef de service de la charte des maîtres de stage des services hospitaliers (voir annexe 1) Liste d'objectifs pédagogiques conduisant à l'autonomie de l'IMG Apprentissage de la relation entre professionnels ambulatoires et hospitaliers Apprentissage de la communication avec le patient et son entourage Réalisation d'une réunion d'accueil		
2) Encadrement Utilisation comme ressource pédagogique du référentiel métier de la médecine générale par les MSH Utilisation comme ressource pédagogique de la marguerite des 6 compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale (voir annexe 2) Existence d'un MSH correspondant pédagogique identifié spécifique des internes de médecine générale Formation du MSH correspondant pédagogique à la pédagogie médicale et notamment à la pédagogie par approche par compétence (voir annexe 3) Cohérence de l'offre pédagogique avec celle du DES de MG de Poitiers		
3) Activité Organisation dans le service de temps de travail commun au lit du patient (visites et contre-visites), de réunions de service et/ou d'équipe, et de formations thématiques Existence dans le service de situations cliniques en rapport avec les grandes familles de l'exercice en médecine générale (voir annexe 4) Réalisation dans le service d'actes techniques réalisables en médecine générale (voir annexe 7 page 12) Description quantitative de l'activité de l'interne		
4) Ressources Mise à disposition des IMG, quand ils existent, des protocoles/procédures de prise en charge validés de service		

Accèsibilité à internet pour les sites professionnels avec des documents bibliographiques de référence Accès à l'interprofessionnalisation (plusieurs professions différentes travaillant dans le même service)		
5)Organisation Facilitation par les MSH de travaux de recherche documentaire à partir de situations cliniques authentiques Facilitation par les MSH de travaux universitaires (thèse, mémoire, traces d'apprentissage). Facilitation par les MSH de l'écriture de RSCA (voir annexe 5 et 6) Respect des temps d'enseignements théoriques Réalisation de formations externes (journée de formation, congrès, séance d'enseignement) Réalisation de formations internes (staff, RMM, réunion de service ou multidisciplinaire, séance d'enseignement théorique, visioconférence, révision des dossiers des sortants) Présentations orales de dossier Discussions autour de la démarche thérapeutique		
6)Garde Participation au service de garde de l'IMG(de service, d'intérieur ou d'urgence)		
7)Evaluation Evaluation intermédiaire et individuelle d'acquisition des compétences par le MSH correspondant pédagogique de l'IMG Evaluation finale et individuelle d'acquisition des compétences de l'IMG Autoévaluation du service de ses compétences pédagogiques au moins une fois par an Evaluation, au moins une fois, de la démarche EBM, de l'approche biopsychosociale et de la conduite d'un entretien médical grâce à la grille de Calgary-Cambridge (voir annexe 7) Evaluation formative de l'IMG grâce au carnet d'auto-évaluation par le MSH correspondant pédagogique (voir annexe 8)		

8. Résumé

Introduction

Le nombre d'internes de médecine générale est de plus en plus important chaque année. Chaque interne doit occuper un lieu de stage. Pour ouvrir de nouveaux terrains de stage hospitaliers, le chef de service doit remplir une demande d'agrément qui prend peu en compte la pédagogie du département de médecine générale. Le but de notre étude est d'élaborer une liste de critères objectifs d'approbation des projets pédagogiques des services hospitaliers demandant un agrément pour accueillir des internes de médecine générale

Matériel et méthode

Nous avons procédé à une interrogation itérative d'experts par méthode DELPHI. Un questionnaire a été créé à partir de la littérature. Cette enquête a été effectuée auprès de 15 experts, praticiens hospitaliers, médecins généralistes enseignants ou internes de médecine générale. Les experts ont été recrutés principalement sur leur motivation et leur implication dans la pédagogie des internes. Il a été demandé aux experts de noter sur une échelle de Likert de 1 à 9, la pertinence des critères. Le groupe d'investigateurs principal a décidé de retenir ceux ayant une note moyenne supérieure à 7 avec un écart-type inférieur à 2. Trois rondes ont été nécessaires pour arriver à un consensus.

Résultats

15 experts ont été interrogés, dont 7 praticiens hospitaliers, 5 enseignants de médecine générale et 3 internes de médecine générale. 20 critères ont été, au final, retenus et 11 critères ont été rejetés. La principale cause de rejet était la difficulté de la mise en place à ce jour.

Discussion

Cette liste de vingt critères permet une approbation objective de la qualité du projet pédagogique des stages hospitaliers. Aucun travail sur le sujet n'avait préalablement été réalisé, en médecine générale. La méthode DELPHI a été choisie pour sa simplicité de mise en œuvre contrairement à la technique du groupe nominal et la technique d'UCLA/RAND. La force principale de ce travail est le recrutement des experts qui sont des praticiens de terrain. Les biais ont été limités. L'évaluation et l'impact de cet outil est prévue.

9. Mots clés

Interne, médecine générale, accréditation, projet pédagogique, pédagogie, stage hospitalier, méthode DELPHI

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



8. Résumé

Introduction

Le nombre d'internes de médecine générale est de plus en plus important chaque année. Chaque interne doit occuper un lieu de stage. Pour ouvrir de nouveaux terrains de stage hospitaliers, le chef de service doit remplir une demande d'agrément qui prend peu en compte la pédagogie du département de médecine générale. Le but de notre étude est d'élaborer une liste de critères objectifs d'approbation des projets pédagogiques des services hospitaliers demandant un agrément pour accueillir des internes de médecine générale

Matériel et méthode

Nous avons procédé à une interrogation itérative d'experts par méthode DELPHI. Un questionnaire a été créé à partir de la littérature. Cette enquête a été effectuée auprès de 15 experts, praticiens hospitaliers, médecins généralistes enseignants ou internes de médecine générale. Les experts ont été recrutés principalement sur leur motivation et leur implication dans la pédagogie des internes. Il a été demandé aux experts de noter sur une échelle de Likert de 1 à 9, la pertinence des critères. Le groupe d'investigateurs principal a décidé de retenir ceux ayant une note moyenne supérieure à 7 avec un écart-type inférieur à 2. Trois rondes ont été nécessaires pour arriver à un consensus.

Résultats

15 experts ont été interrogés, dont 7 praticiens hospitaliers, 5 enseignants de médecine générale et 3 internes de médecine générale. 20 critères ont été, au final, retenus et 11 critères ont été rejetés. La principale cause de rejet était la difficulté de la mise en place à ce jour.

Discussion

Cette liste de vingt critères permet une approbation objective de la qualité du projet pédagogique des stages hospitaliers. Aucun travail sur le sujet n'avait préalablement été réalisé, en médecine générale. La méthode DELPHI a été choisie pour sa simplicité de mise en œuvre contrairement à la technique du groupe nominal et la technique d'UCLA/RAND. La force principale de ce travail est le recrutement des experts qui sont des praticiens de terrain. Les biais ont été limités. L'évaluation et l'impact de cet outil est prévue.

9. Mots clés

Interne, médecine générale, accréditation, projet pédagogique, pédagogie, stage hospitalier, méthode DELPHI