Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015 **Thèse n°**

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

présentée et soutenue publiquement
le 16 janvier 2015 à Poitiers
par Eric HAMEL

Elaboration d'une liste d'objectifs pédagogiques hiérarchisés et spécifiques pour la formation des internes de médecine générale en stage aux urgences. Une étude qualitative par la méthode DELPHI modifiée menée en Poitou-Charentes en 2014.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Paul MENU

Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Monsieur le Professeur René ROBERT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard FRECHE

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, cancérologie - 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, pédopsychiatrie
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 t cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
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, pédopsychiatrie **(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, cancérologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

6 rue de la Milétrie - B.P. 199 - 86034 POITIERS CEDEX - France

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, cancérologie 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. BOINOTCatherine, 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

Table des matières

Remerciements 8

Liste des abréviations 10

Table des tableaux 11

Table des figures 11

I – INTRODUCTION 12

1. Contexte 12

1.1. Définition de l'urgence médicale 12

1.2. Place de la médecine générale dans la prise en charge des urgences 14

1.3. Stage de médecine d'urgence dans la maquette du DES de Médecine Générale 16

1.4. Professionnalisation de la médecine d'urgence 16

1.5. Existence de zones blanches non accessibles rapidement aux moyens médicaux lourds 17

1.6. Formation des étudiants en médecine et responsabilité sociale des facultés de médecine 17

2. Justification 17

2.1. Révision triennale du programme pédagogique du DES de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Poitiers 17

2.2. Besoin identifié de formation en médecine d'urgence des IMG et des médecins généralistes 19

2.3. Absence d'objectifs pédagogiques spécifiques et hiérarchisés pour la formation des IMG à l'urgence médicale ambulatoire 19

2.4. L'étude de Lille en 2013 20

3. Objectifs de l'étude 20

3.1. Objectif principal 20

3.2. Objectif secondaire 21

II – GENERALITES 22

1. Epidémiologie des recours non programmés en médecine générale 22

1.1. Epidémiologie des recours urgents en médecine générale 22

1.2. Typologie des recours urgents et non programmés en médecine générale 23

1.3. Familles de situations en médecine générale d'urgence 22
2. Eléments de pédagogie médicale 25
2.1. Principaux courants théoriques de l'enseignement et de l'apprentissage 25
2.2. Nouveau paradigme dans l'enseignement médical 27
2.3. Concepts utiles pour la problématique de recherche 27
2.4. Objectifs pédagogiques et taxonomie 29
III – MATERIEL ET METHODE 30
1. Revue de la littérature 30
1.1. Etudes médicales en France, aux Etats Unis et au Canada 30
1.2. Méthodologie de recherche bibliographique 32
2. Nature de la recherche 33
3. Question de recherche 33
4. Choix de la méthodologie de recherche 34
4.1. Technique de recueil des données 34
4.2. Méthode DELPHI 34
4.3. Méthode DELPHI modifiée 35
5. Population étudiée : choix du panel d'experts 37
5.1. Généralités 37
5.2. Critères d'inclusion 37
5.3. Critères de non inclusion 38
6. Construction de l'enquête 39
6.1. Elaboration du questionnaire 39
6.2. Test de faisabilité (bêtatest) 41
6.3. Mesures correctrices 43
6.4. Organisation de l'enquête par questionnaire 44
6.5. Variables étudiées 47
7. Méthode d'analyse des résultats 48
7.1. Modalités de recueil des données 48
7.2. Critères d'arrêt 48
7.3. Modalités de traitement des items intermédiaires 49

7.4. Modalités de traitement des suggestions 49

IV – RESULTATS 50

1. Déroulement pratique de l'enquête 50

1.1. Premier tour 50

1.2. Deuxième tour 66

1.3. Troisième tour 77

2. Caractéristiques du panel d'experts 84

2.1. Sexe et âge 84

2.2. Qualifications 84

2.3. Expérience professionnelle 85

2.4. Expérience de la médecine d'urgence 85

2.5. Pédagogie médicale, enseignement facultaire et encadrement des IMG en stage 86

2.6. Autoévaluation du niveau de compétence à répondre au questionnaire 86

3. Identification des objectifs de première catégorie 86

3.1. Codage 86

3.2. Rappel de définition 87

3.3. Principaux items de première catégorie 87

4. Identification des objectifs de deuxième catégorie 92

4.1. Rappel de définition 92

4.2. Principaux items de deuxième catégorie 92

5. Identification des objectifs de troisième catégorie 96

5.1. Rappel de définition 96

5.2. Sélection des items les plus démonstratifs 97

6. Caractéristiques des objectifs pédagogiques éliminés 98

6.1. Rappel de définition 98

6.2. Caractéristiques des items éliminés 98

7. Caractéristiques des objectifs n'ayant pas obtenu le consensus 98

7.1. Objectifs pédagogiques non consensuels 98

7.2. Caractéristiques des objectifs pédagogiques non retenus par les experts 99

8. Synopsis de la procédure DELPHI 130

9. Validation de la liste d'objectifs pédagogiques définitive 104
9.1. Approche quantitative 104
9.2. Approche qualitative 104
10. Difficultés rencontrées 105
10.1. Positionnement des experts 105
10.2. Longueur des questionnaires 106
10.3. Délais d'obtention des réponses 107
10.4. Ressenti d'un manque de précision de certaines questions 107
V – DISCUSSION 108
1. Discussion du résultat principal 108
1.1. Obtention d'une liste consensuelle d'objectifs pédagogiques validée par les experts 108
1.2. Objectifs pédagogiques prioritaires retenus par l'ensemble des experts 112
1.3. Enseignement des objectifs pédagogiques de deuxième et troisième catégories 121
2. Discussion des résultats secondaires 123
2.1. Utilisation d'un outil pour guider l'apprentissage des IMG en stage aux urgences 123
2.2. Utilité du consensus 123
2.3. Facteurs influençant 123
3. Forces, limites et biais de ce travail 124
3.1. Forces de l'étude 124
3.2. Biais et limites de l'étude 127
4. Confrontation aux données de la littérature 129
4.1. Comparaison avec l'étude de Lille 129
4.2. Comparaison avec les résultats de l'étude canadienne de 2013 129
5. Perspectives 130
5.1. Faisabilité et utilisation dans les services d'urgence accueillant les IMG 130
5.2. Implications pour l'évaluation certificative 130
5.3. Apport de la simulation 130
5.4. Place de la formation médicale continue 131
5.5. Projet de réforme du 3ème cycle des études médicales 131

VI – CONCLUSION **132**

Annexes **133**

Annexe 1 : Caractéristiques des recours urgents en médecine générale 134

Annexe 2 : Questionnaire du tour 1 136

Annexe 3 : Formulaire de consentement 164

Annexe 4 : Notice de l'étude Medurg 165

Annexe 5 : Commentaires du 1er tour de la procédure DELPHI 166

Annexe 6 : Questionnaire du tour 2 185

Annexe 7 : Commentaires du 2ème tour de la procédure DELPHI 206

Annexe 8 : Questionnaire du tour 3 216

Annexe 9 : Résultats tour 3 224

Annexe 10 : Compétences et niveaux de compétence en médecine générale 225

Bibliographie **227**

Résumé **234**

Serment d'Hippocrate **235**

« Etudier les phénomènes des maladies sans les livres
est comme naviguer sur un océan sans carte,
alors qu'étudier les livres sans patients
c'est ne pas naviguer du tout. »

Sir William Osler
Médecin canadien (1849-1919)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal Roblot, Doyen de la Faculté de Médecine de Poitiers.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour ce que vous m'avez apporté lors de mon passage dans votre service.

A Monsieur le Professeur Paul Menu.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de mon grand respect et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur René Robert.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice.

En me faisant l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Bernard Frèche.

Merci de m'avoir guidé dans ce formidable défi. Pour ta patience et ton engagement sans faille dans l'enseignement d'une médecine générale de qualité, reçois ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Yann Brabant.

Je te remercie de m'avoir accompagné dans la réalisation de ce travail. Sois assuré de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance.

A Virginie et Nathan.

Parce que votre amour me donne la force d'avancer chaque jour un peu plus …

A ma famille.

Merci d'avoir supporté mes turpitudes universitaires mais pas que … pendant si longtemps et de m'avoir encouragé … si souvent. Trouvez ici l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

A Pierre Michaud†.

Merci de m'avoir donné l'envie de me surpasser et le goût de l'excellence …

Liste des abréviations

ALD	Affection longue durée
AMU	Aide médicale urgente
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CESU	Centre d'enseignement des soins d'urgence
CNUH	Conseil national de l'urgence hospitalière
CSCT	Certificat de synthèse clinique et thérapeutique
DES	Diplôme d'études spécialisées
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DUMG	Département universitaire de médecine générale
IMG	Interne de médecine générale
IST	Infections sexuellement transmissibles
MCS	Médecins correspondants du SAMU
MSA	Maître de stage ambulatoire
MSH	Maître de stage hospitalier
PDS	Permanence des soins
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil des urgences
SASPAS	Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SSSM	Service de santé et de secours médical
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UMH	Unité mobile hospitalière

Table des tableaux

Tableau 1	Classement des objectifs pédagogiques par thèmes	p. 39
Tableau 2	Composition du panel d'expert à l'inclusion	p. 46
Tableau 3	Postes de médecine d'urgence ouverts aux IMG	p. 125

Table des figures

Figure 1	Temps d'accès moyen aux soins d'urgence en Poitou-Charentes	p. 18
Figure 2	Interface graphique du site dédié *Medurg.fr*	p. 43
Figure 3	Répartition des objectifs pédagogiques à l'issue du 1er tour	p. 66
Figure 4	Evolution du nombre d'items	p. 77
Figure 5	Répartition finale des objectifs pédagogiques	p. 108
Figure 6	Situation géographique des terrains de stage de médecine d'urgence	p. 125
Figure 7	Origine géographique des experts	p. 126
Figure 8	Répartition des experts par département	p. 126
Figure 9	Répartition des validations	p. 128

I – INTRODUCTION

1. Contexte

1.1. Définition de l'urgence médicale

Etymologiquement, le terme urgent vient du latin *urgens* qui signifie "dont on doit s'occuper sans retard" [1]. Mais en pratique, envisager l'urgence en médecine et plus particulièrement en médecine générale ambulatoire exige une clarification car plusieurs approches sont possibles.

Hippocrate (460-370 environ avant J.C.)

Au IVème siècle avant J.C., Hippocrate définissait ainsi la notion d'urgence en médecine : "*Il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera le malade pour avoir su en profiter*" [2]. Dans son Traité des maladies, Hippocrate précise même qu'il "*faut parfois agir vite* […]. *Les moments favorables pour intervenir passent promptement et la mort survient si on a trop différé*", raison pour laquelle il propose le déplacement du médecin au chevet du malade, muni d'une trousse médicale [3].

Construction du DESC de médecine d'urgence (2001)

Plus récemment, dans un document de travail rédigé par les professeurs Baron, Lejonc et Neimitz pour l'élaboration de la maquette de stages du Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine d'urgence, les auteurs proposèrent une définition de la médecine d'urgence : "*la médecine d'urgence est la science de l'aigu, c'est-à-dire de la prise en charge des motifs de recours non programmés et indifférenciés. Elle est la médecine de la première heure avec son contexte spécifique du processus de décision : simultanéité de l'identification des signes de gravité et de la décision des actions […]. Elle est aussi la science d'une orientation cohérente des patients, adaptée au niveau de soins que nécessite leur état clinique*" [4].

Position du Ministère de la Santé (2006)

Dans un document de travail rédigé en 2006, le Ministère de la Santé, via la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a dressé un tableau des urgences en médecine générale. Les auteurs distinguaient plusieurs types d'urgences : les urgences médicales attestées par le médecin, les recours en dehors des horaires d'ouvertures

des cabinets de médecine générale (nuit, week-end, jours fériés), les recours pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux avec besoin exprimé de "voir un médecin dans la journée" (urgence ressentie) et recours aux médecins urgentistes de ville (principalement SOS Médecins et Urgences Médicales de Paris). Les urgences étaient alors évoquées sous les termes recours urgents et recours non-programmés [5].

Position du Conseil National de l'Ordre des Médecins (2008)

Dans le bulletin de l'Ordre National des Médecins de juillet 2008, le président de la commission nationale garde et urgence du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) fixe le cadre suivant : "*Dans la tradition française, l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance (l'heure ou la demi-journée) de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne. Dans d'autres pays, notamment en Amérique du Nord, on lui accorde un périmètre beaucoup plus large, puisqu'on l'étend à tout ce qui est ressenti comme une urgence par le patient*" [6].

Position de SAMU-Urgences de France (2012)

Durant les Premières Assises de l'Urgence du 13 septembre 2012, SAMU-Urgences de France propose d'aborder la question des urgences hospitalières en posant une nouvelle définition de l'urgence médicale : "*toute situation dont l'absence de prise en charge rapide pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables*" en abandonnant les notions de vraies et de fausses urgences [7].

Classification clinique des malades aux urgences

Pour coder leur activité, les services hospitaliers d'accueil des urgences utilisent la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) qui comporte sept degrés d'urgence des motifs de recours [8] :

- CCMU 1 : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable avec abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser au service des urgences;
- CCMU 2 : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser au service des urgences;
- CCMU 3 : état lésionnel ou pronostic fonctionnel susceptible de s'aggraver aux urgences et n'engageant par le pronostic vital;
- CCMU 4 : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique immédiate de manœuvres de réanimation;

- CCMU 5 : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation;
- CCMU P : problème psychiatrique isolé ou associé à un état lésionnel ou un pronostic fonctionnel stable;
- CCMU D : patient décédé à l'arrivé aux urgences et aucune manœuvre de réanimation entreprise.

Les patients classés CCMU 1 pourraient ainsi être adressés au médecin généraliste de garde si le recours au système de soins avait été régulé (appel préalable au Centre 15).

1.2. Place de la médecine générale dans la prise en charge des urgences

En pratique, l'urgence est une préoccupation légitime du médecin généraliste exerçant en ambulatoire. Que ce soit au cabinet médical, dans le cadre de la permanence des soins (PDS) ou lors de l'assistance à personne en danger, les praticiens peuvent être confrontés à des situations urgentes. En 2004, les recours urgents ou non programmés représentaient 12% de l'activité des médecins généralistes et urgentistes de ville [5]. Répondre à une demande de soins urgente est à la fois un devoir déontologique, une responsabilité juridique, une obligation réglementaire et une des fonctions du médecin généraliste. Les rapports du médecin face à l'urgence sont encadrés par plusieurs textes.

Code de déontologie médicale

L'article 9 du Code de Déontologie Médicale (art. R.4127-9 du Code de Santé Publique) définit le devoir du médecin lorsque l'urgence s'impose à lui ou lorsque celui-ci a connaissance d'une telle situation : "*Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires*" [9].

Code Pénal

L'article 223-6 du Code Pénal définit la non-assistance à personne en péril : "*Sera puni […] quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour des tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours*" [10].

Décret n°2005-328 du 7 avril 2005

Le décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le

Code de Santé Publique définit le cadre d'intervention des médecins lors de la permanence des soins ambulatoires [11].

Définition de la médecine générale selon la WONCA

En 2002, la World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitionners/Family Physicians (WONCA) a défini la spécialité de Médecine Générale à travers [12] :

- des caractéristiques dont certaines sont applicables à l'urgence : être le premier contact du patient avec le système de soins en permettant un accès ouvert et non limité aux usagers; assurer des soins continus; gérer simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient; intervenir à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide;
- des compétences utiles en médecine d'urgence : gérer les soins de santé primaires, centrer les soins sur la personne, développer une aptitude à la résolution de problèmes et mettre en œuvre une approche globale.

Le médecin généraliste confronté à l'urgence

Dans le premier référentiel formalisé définissant les compétences du médecin généraliste, seule la situation n°2 (douleurs abdominales chez un jeune adulte, signalées par un appel téléphonique) fait apparaître l'appréciation du degré d'urgence et la gestion de la situation [13]. Dans une publication plus récente, des situations cliniques propres à la médecine générale font apparaître la spécificité de leur prise en charge par un médecin généraliste (proximité, disponibilité, connaissance du patient et de son environnement) tout en soulignant le caractère extrêmement polymorphe de telles situations [14].

La relation entre médecine générale et médecine d'urgence

Médecine générale et médecine d'urgence partagent ces points communs que sont la construction et l'autonomisation d'une nouvelle spécialité médicale. La seconde, née de la première (la majorité des urgentistes étant généralistes secondairement qualifiés en médecine d'urgence), cherche à acquérir une reconnaissance en marquant une rupture des liens qui les unissaient jusqu'alors [15].

La gestion des urgences revient aux SAMU-Centres 15, via l'expertise du médecin régulateur hospitalier. Cependant, même dans l'hypothèse d'une couverture médicale totale du territoire, l'urgence ne pourrait être gérée par les seuls médecins de la PDS et la solution

s'oriente davantage vers les nouveaux médecins correspondants du SAMU (MCS), formés par les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) et dotés en matériel par les SAMU. L'existence d'urgences graves auxquelles peut être confronté n'importe quel médecin est reconnue avec un besoin identifié de formation en médecine d'urgence [7].

1.3. Stage de médecine d'urgence dans la maquette du DES de Médecine Générale

Réglementairement, la maquette de stages menant au diplôme d'études spécialisées (DES) de Médecine Générale comprend six stages de six mois dont un semestre en médecine d'urgence [16]. Ce stage est effectué dans les services d'accueil des urgences-SMUR-UHCD d'un centre hospitalier, sous la responsabilité pédagogique d'un ou plusieurs maîtres de stage hospitaliers (MSH).

1.4. Professionnalisation de la médecine d'urgence

Historiquement, l'admission en urgence des patients dans les hôpitaux était l'exception et il n'existait avant les années 1950-60, aucun personnel médical dédié à la prise en charge des malades et blessé graves [17]. Au sein même de la communauté médicale, l'existence d'une entité propre pour le traitement des urgences n'était pas univoque [18]. Les acteurs de la médecine d'urgence sont ainsi en demande de reconnaissance depuis des décennies. Avec la création du diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) de Médecine d'Urgence en 2004, le législateur a fait un premier pas vers la professionnalisation de la prise en charge des urgences médicales. Cette formation constitue encore aujourd'hui le trait d'union entre médecine générale et médecine d'urgence puisque ce DESC est majoritairement intégré par les étudiants de médecine générale. Durant les premières assises de l'urgence qui se sont tenues le 13 septembre 2012 à Paris, en présence de la ministre de la santé, a été remis un projet de maquette de DES de médecine d'urgence comportant l'ébauche d'un plan de formation s'étalant sur 5 ans [7].

1.5. Existence de zones blanches non accessibles rapidement aux moyens médicaux lourds

Le 16 octobre 2012, la ministre de la santé réunissait le Conseil National de l'Urgence Hospitalière (CNUH) afin de fixer les deux priorités du "chantier des urgences" : garantir à chaque Français un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes et désengorger les services hospitaliers d'accueil des urgences [19]. Selon Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement sanitaire à l'Université de Montpellier, seuls 90,4% de la population métropolitaine dispose d'un accès rapide aux soins d'urgence. Près de six millions de Français seraient donc privés du parcours de soins urgents [20]. Ainsi la cartographie des zones d'intervention des SMUR fait apparaître des zones blanches pour lesquelles les délais d'intervention d'une unité mobile hospitalière (UMH) sont supérieurs à trente minutes [fig. 1].

1.6. Formation des étudiants en médecine et responsabilité sociale des facultés de médecine

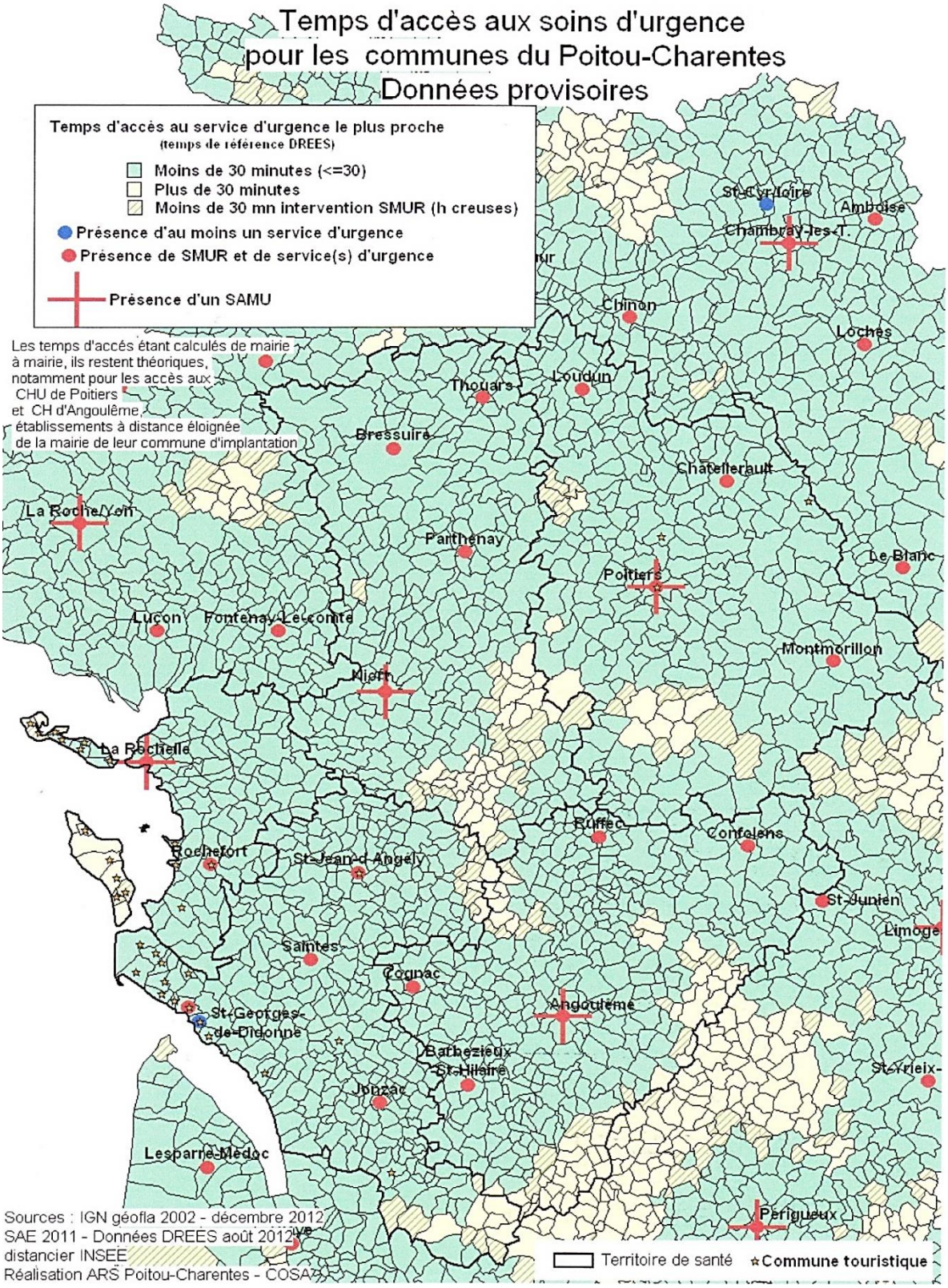
Le XXème siècle a permis d'obtenir une formation médicale plus efficace en intégrant les données actualisées de la science à la prise en charge des patients. Depuis le début du XXIème siècle, de nouveaux défis sont apparus : augmentation de la qualité des soins, respect des valeurs éthiques, amélioration de la pertinence, des performances et de l'efficience dans la prestation des services de santé, harmonisation avec les réalités sociétales, définition de rôles nouveaux pour les professionnels de santé, démonstration de l'impact des interventions sur le niveau de santé des populations, etc. [21]. Les facultés de médecine ont donc une responsabilité sociale dans la formation des futurs médecins généralistes qui devront faire face à l'urgence en médecine ambulatoire, quel que soit le mode d'exercice.

2. Justification

2.1. Révision triennale du programme pédagogique du DES de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Poitiers

Tous les trois ans, le DUMG de la Faculté de Médecine de Poitiers réexamine son programme de formation des étudiants entrant en troisième cycle des études médicales. Cette année, les objectifs de formation des futurs professionnels de santé doivent être redéfinis pour la

période 2016-2018. Plusieurs groupes de travail ont été constitués et se réunissent régulièrement dans ce but. C'est dans ce contexte que nous avons développé le présent travail de recherche.



- Figure 1 : Temps d'accès moyen aux soins d'urgence en Poitou-Charentes -

2.2. Besoin identifié de formation en médecine d'urgence des IMG et des médecins généralistes

Plusieurs études menées en France [22, 23] ou à l'étranger [24] ont permis de mettre en évidence le besoin de formation en médecine d'urgence, non seulement des IMG mais aussi des médecins généralistes en exercice. Plusieurs praticiens s'estiment ainsi peu ou pas préparés pour la prise en charge des situations d'urgence [25, 26, 27].

Une autre étude apporte des résultats intéressants [28] :

- une majorité d'étudiant sont insatisfaits de leur formation aux soins d'urgence : 67,7% pour les internes en cours de DES et 80% des internes en année de thèse ;
- pour 83% des étudiants, une remise à niveau devrait être obligatoire, avec un recyclage tous les 2 ans pour 41% d'entre eux ;
- les gestes d'urgence les moins bien maitrisés sont les moins fréquents et les plus techniques : réalisation d'un accouchement, intubation trachéale et repositionnement d'une canule de trachéotomie ;
- le stage aux urgences modifie significativement l'aptitude à prendre en charge certaines urgences : œdème aigu du poumon, douleur thoracique aiguë, crise d'asthme aiguë (préparation d'un aérosol), crise d'épilepsie (injection intra-rectale de benzodiazépine), pose d'une canule de Guédel, réalisation d'une aspiration bronchique.

Selon cette même étude, le stage aux urgences permet aux IMG d'acquérir une meilleure perception de l'aptitude à effectuer les gestes d'urgence. Enfin, le stage effectué chez le praticien a peu d'influence sur l'acquisition de ces mêmes gestes.

2.3. Absence d'objectifs pédagogiques spécifiques et hiérarchisés pour la formation des IMG à l'urgence médicale ambulatoire

Dans ce domaine, les besoins augmentent partout dans le monde et les médecins doivent être formés pour répondre rapidement aux situations d'urgence. Paradoxalement, il n'existe aucun standard de formation minimale en médecine d'urgence, validé et reconnu internationalement [29]. Par ailleurs, contrairement aux Etats Unis et au Canada où il existe au moins trois instances d'accréditation des programmes de formation universitaire en médecine [30], il n'existe en France aucun organisme d'Etat dédié accréditant la conformité

des programmes d'enseignement (objectifs, compétences, évaluation, certification) préparant les futurs professionnels à l'exercice de la médecine. Les textes existants font davantage référence à l'agrément des terrains de stage pouvant accueillir des internes pour leur formation [31].

Pour former les IMG en stage aux urgences, le plus souvent il n'existe aucun programme formalisé en termes d'objectifs et de compétences. Cependant quelques initiatives locales ont permis d'élaborer une liste d'objectifs pédagogiques [32, 33]. Les services d'urgences représentent un lieu d'apprentissage irremplaçable pour les étudiants, du fait de la grande variabilité des motifs de recours au système de soins [34, 35], permettant un gain de compétence pour la prise en charge des urgences médicales [36]. Pourtant la formulation d'objectifs pédagogiques permet d'uniformiser les pratiques et de guider les étudiants dans leur progression en stage [37].

2.4. L'étude de Lille en 2013

Le dernier travail publié sur le sujet est celui de l'équipe de Lille [38]. Les objectifs retenus avaient la particularité d'être en accord avec les compétences spécifiques à la discipline et d'être exprimés en termes de tâches et de compétences professionnelles. Un objectif prioritaire et sept objectifs secondaires avaient été dégagés. Cependant la lecture de la thèse qui était à l'origine de la publication montrait des limites importantes : un faible taux de participation pour l'une des trois spécialités explorées (12% en gynécologie) et un biais de recrutement important lié à l'auto-sélection des experts interrogés [39].

3. Objectifs de l'étude

3.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est l'élaboration d'une liste d'objectifs pédagogiques hiérarchisés, spécifiques à la médecine générale pour la formation des IMG en stage aux urgences.

3.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire est l'obtention d'un consensus autour de ces objectifs par les formateurs, devenus acteurs dans la délimitation du programme de formation. Les conséquences attendues de l'atteinte de cet objectif sont l'uniformisation des pratiques d'apprentissage de la médecine d'urgence et l'augmentation de l'acceptabilité de la liste par l'ensemble des formateurs impliqués dans l'encadrement clinique des étudiants en DES de médecine générale.

II – GENERALITES

1. Epidémiologie des recours non programmés en médecine générale

La réponse des pouvoirs publics à la demande de soins urgents est à la fois une préoccupation politique (gestion des ressources financées par l'Etat) et un problème de santé publique (accès au système de soins, qualité des soins et morbimortalité de la population). L'augmentation régulière du recours aux différentes structures prenant en charge les urgences médicales (augmentation annuelle de 4,6% du nombre de passages aux urgences hospitalières entre 1990 et 2001 ; augmentation de la participation du secteur privé à la prise en charge des urgences motivant la constitution de groupes de coopération sanitaire ; augmentation du nombre d'appels au Centre 15) a fait de ce thème une priorité sanitaire [40].

Une enquête menée en 2004 par le Ministère de la Santé a permis de dresser un tableau des besoins de la population en médecine d'urgence ambulatoire. Sur les 1408 praticiens interrogés, 1304 étaient des médecins généralistes exerçant en cabinet et 94 étaient urgentistes de ville (SOS Médecins, Urgences Médicales de Paris) [41]. Les principales conclusions de ce travail sont présentées ci-après.

1.1. Epidémiologie des recours urgents en médecine générale

Les recours urgents ou non programmés représentaient en 2004, en France métropolitaine, 35 millions de recours soit 12% de l'activité des médecins généralistes exerçant en cabinet ou dans une association d'urgentistes (contre 14 millions de passages dans les services d'urgences hospitalières) [42]. Dans cette enquête nationale, étaient définis comme recours urgents ou non programmés :

- les urgences médicales appréciées comme telles par le médecin ;
- les recours déclenchés en dehors des horaires d'ouverture du cabinet médical et permettant une majoration de l'acte coté (nuit, week-end, jour férié)
- les recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patients déclarant avoir eu besoin de « voir un médecin dans la journée »
- les recours aux médecins des associations d'urgentistes de ville

1.2. Epidémiologie des recours urgents en médecine générale

Le patient présente en moyenne 2,6 symptômes (parmi lesquels la fièvre, la douleur, l'angoisse, les vomissements, le malaise, etc.) contre 1,6 dans les SAU [41}. Une douleur est présente dans 66% des cas, contre 42% en hospitalier. Seul un tiers des patients ressent un sentiment de gravité et dans 42% des cas, les patients décident de voir un médecin en urgence ou de façon non programmée après 2 jours d'évolution des premiers symptômes. Par contre, les urgences ambulatoires concernent moins souvent la traumatologie, les accidents et les violences puisqu'elles interviennent à hauteur de 9,5% des cas contre 61% des patients vus dans les SAU.

1.3. Familles de situations en médecine générale d'urgence

Une première étude a permis de décrire les circonstances des recours urgents en médecine de ville, en fonction de plusieurs caractéristiques : motifs, diagnostics, actes pratiqués par le médecin, orientation et profil des patients [43]. Ces critères n'étant pas indépendants, l'analyse des auteurs a permis d'identifier 7 grands types de séances selon l'âge des patients, la nature du recours et le diagnostic porté par le médecin [41]. L'intégralité des résultats sont proposés en annexe 1.

* Recours des enfants et des adolescents pour épisode infectieux aigu (43% des recours)
    - ORL, ophtalmologie et stomatologie (43% des diagnostics principal ou secondaires)
    - hépato-gastro-entérologie (15%)
    - pneumologie (11%)

Pour ces motifs de consultation, enfants et adolescents sont surreprésentés. Dans près de 100% des cas, des médicaments sont prescrits, sans se limiter à un renouvellement d'ordonnance.

* Recours des patients plus âgés pour épisode aigu non-infectieux (24% des recours)
    - rhumatologie (33%)
    - hépato-gastro-entérologie (18%)
    - cardiologie (17%)
    - urologie et gynécologie (15%)

Dans 45% des cas, le médecin a jugé que l'état somatique du patient pouvait s'aggraver et une douleur nécessitant une prise en charge rapide était présente chez 60% des patients. Dans

20% des cas, il s'agit de la décompensation d'une pathologie chronique. Les 2/3 des patients de ce groupe ont plus de 45 ans et 60% sont des femmes. Le médecin a estimé que, dans 95% des cas, les patients avaient eu raison de solliciter un recours en urgence. Dans plus de 50% des cas, un bilan est prescrit (biologie pour 29%, imagerie pour 23%). Des médicaments sont prescrits presque toujours, au-delà d'un éventuel renouvellement d'ordonnance.

* Recours relatifs à des maladies chroniques stables (6% des recours)

- cardiologie (57%)
- endocrinologie (23%)
- psychiatrie (12%)
- neurologie, urologie et gynécologie (< 10%)

Dans 20%, des cas, une écoute psychologique particulière a été nécessaire. Dans 68% des cas, une prescription médicamenteuse est nécessaire, mais uniquement pour un renouvellement d'ordonnance. Quarante pourcents de ces patients ont plus de 70 ans et 40% ont entre 45 et 69 ans. Ici, les recours jugés injustifiés par le médecin atteignent leur maximum avec 20% des recours.

* Recours relatifs à des manifestations allergiques ou des lésions dermatologiques (4% des recours)

- dermatologie (75%)
- toxicologie, agents physiques et allergies (25%)

Dans 41% des cas, l'état somatique des patients était jugé susceptible de s'aggraver. Un examen complémentaire et des médicaments étaient prescrits dans 14% des cas, au-delà du renouvellement d'ordonnance (91%). Ce type de recours concerne les patients de moins de 12 ans (24%) et de plus de 70 ans (20%).

* Recours relatifs à des problèmes traumatologiques (10% des recours)

Dans ce groupe, 97% des patients ont un problème traumatologique aigu et 66% d'entre eux expriment une douleur qu'il faut prendre en charge rapidement. Il s'agit le plus souvent de problèmes de traumatologie et moins souvent de rhumatologie. Un examen d'imagerie est prescrit dans 30% des cas.

* Recours relatifs à des troubles psychiques chez l'adulte (8% des recours)

- psychiatrie (93%)
- neurologie (7%)
- pathologies sociales et médico-légales (6%)

Dans près de 50% des cas, le problème concerne une affection chronique. Dans 19% des cas, l'état psychique perturbé du patient nécessite une prise en charge spécialisée. Dans 30% des cas, le patient souffre d'une affection longue durée (ALD) et des médicaments sont prescrits dans le cadre du seul renouvellement d'ordonnance. Un entretien social est mis en œuvre dans 21% des cas et une écoute psychologique est nécessaire dans 89% des recours de ce groupe.

* Urgences somatiques critiques (5% des recours)

Ces recours concernent la cardiologie, la neurologie et l'hématologie dans 66% des cas. Dans ce groupe de situations, 58% des patients ont un état clinique susceptible de s'aggraver et dans 25% des cas, le pronostic vital est engagé. Dans 20% des cas, l'état psychique est perturbé. Dans 25% des cas, les patients sont porteurs d'une affection chronique décompensée. Devant ces situations, le médecin pratique un ECG (23%), fait une injection, un prélèvement ou un pansement (14%). Des gestes de réanimation sont nécessaires dans 4% des cas, contre 0,2% dans l'ensemble des recours urgents ou non programmés. Dans 70% des cas, l'hospitalisation immédiate ou différée est décidée. Il s'agit le plus souvent de recours survenant la nuit (16%) ou le week-end (12%). Ce groupe concerne les patients de plus de 70 ans pour plus de la moitié et 55% d'entre eux souffrent d'une ALD. Dans la presque totalité des cas, le médecin estime que le recours en urgence était justifié.

2. Eléments de pédagogie médicale

2.1. Principaux courants théoriques de l'enseignement et de l'apprentissage

Plusieurs courants de la psychologie et des sciences de l'éducation ont influencé le développement de la pédagogie médicale [44] pour conduire au modèle actuellement utilisé par les DUMG pour la formation des futurs médecins généralistes.

* Béhaviorisme

Le béhaviorisme (comportementalisme) considère l'apprentissage comme une modification durable du comportement résultant d'un entrainement particulier (conditionnement classique de Watson). L'acquisition d'un apprentissage est jugée sur la seule atteinte d'un objectif mesurable, le processus utilisé pour y parvenir étant complètement occulté (notion de « boite noire » ; seule la liaison entre stimulus et réponse étant analysée). Le néobéhaviorisme de Skinner introduit le concept de conditionnement opérant :

l'apprentissage consiste alors à « établir une relation stable entre la réponse souhaitée et les stimuli présentés, à l'aide de renforçateurs positifs ou négatifs ». Ainsi, quatre mécanismes permettent d'influencer le comportement d'un individu : le renforcement positif, le renforcement négatif, l'extinction et la punition. L'intégration des processus mentaux à ces représentations conduit aux théories du cognitivisme et du socioconstructivisme (*cf. infra*).

* Constructivisme

Le constructivisme s'intéresse à la fois au processus d'apprentissage et à la nature des connaissances acquises. On considère la connaissance non pas comme un reflet de la réalité mais comme la construction humaine d'une expérience du monde, la réalité imposant certaines contraintes sur les concepts. La théorie constructiviste de Bruner stipule que « l'individu construit individuellement du sens en apprenant ». Ainsi, apprendre constitue à construire du sens. Deux principes sous-tendent cette théorie :

- la connaissance est activement construite par l'apprenant et non passivement, reçue de l'environnement;
- l'apprentissage est un processus d'adaptation qui s'appuie sur l'expérience qu'on a du monde et qui est en constante modification.

L'apprentissage est un processus dynamique à l'intérieur duquel l'apprenant utilise ses connaissances antérieures comme un socle sur lequel s'appuient les nouvelles connaissances afin de construire de nouvelles représentations du monde (« schémas mentaux »). De cette façon, plus un individu possède de connaissances, plus il peut apprendre. La théorie constructiviste a été influencée par le gestaltisme (psychologie de la forme de Gestalt) : « le tout est plus et autre chose que la somme des parties ». Par ailleurs, puisque nous partageons un langage et des symboles communs, certains auteurs pensent que les connaissances sont socialement construites.

* Cognitivisme

Le cognitivisme étudie la connaissance, la mémoire, la perception et le raisonnement. Ce courant revendique l'analyse des processus cognitifs internes occultés par les béhavioristes et pose deux postulats : l'assimilation de l'esprit humain à un système de traitement de l'information et l'appropriation graduelle de stratégies mentales jugées nécessaires à une démarche structurée d'apprentissage. Le moteur de l'apprentissage est le désir et la motivation de l'étudiant à apprendre. Le principe de différenciation progressive se traduit par l'exposé des idées générales avant de faire des distinctions plus précises. L'étudiant est actif

dans son apprentissage et met en jeu des stratégies cognitives (gestion du temps, gestion des ressources matérielles, mémorisation, compréhension, utilisation des ressources humaines, etc.).

* Socioconstructivisme

Ce dernier courant souligne l'importance de la dimension relationnelle de l'apprentissage. En effet, bien que personnelle, la construction du savoir s'effectue dans le cadre social. Ici, on considère que l'apprenant élabore sa compréhension de la réalité par comparaison de ses perceptions avec celle de ses pairs et celle des enseignants. Selon Vygotsky, « apprendre, c'est élaborer soi-même ses connaissances en passant nécessairement par une phase d'interaction sociale avec autrui. Il ne peut y avoir de développement cognitif sans apprentissage. Le langage sert d'outil d'appropriation. »

2.2. Nouveau paradigme dans l'enseignement médical

Avec l'instauration du DES de Médecine Générale en 2004, la formation initiale des médecins généralistes a profondément évolué en visant la certification des compétences des nouveaux diplômés [45]. Alors que les deux premiers cycles des études médicales ont pour but d'acquérir des savoirs qui sont, en grande majorité, évalués en dehors du contexte clinique réel (paradigme d'enseignement), le troisième cycle est une véritable formation professionnalisante (paradigme d'apprentissage). La nécessité a conduit au changement de paradigme afin de mieux préparer les futurs médecins à la pratique de l'exercice médical.

2.3. Concepts utiles pour la problématique de recherche

Afin d'éclaircir notre problématique, le rappel des quelques définitions [45] est utile.

* Paradigme

Un paradigme est un « cadre conceptuel implicite servant de guide théorique à la pensée et l'action ». Il faut souligner que plusieurs paradigmes peuvent coexister au sein d'une même théorie, sans qu'il y ait de hiérarchie entre eux.

* Paradigme d'enseignement

Le paradigme d'enseignement repose sur les postulats suivants :

- l'enseignant est le détenteur de tous les savoirs et sait (et choisit) lesquels il doit transmettre à l'apprenant ;
- l'enseignant est l'acteur principal de ce dispositif de formation :

- l'apprenant enregistre passivement les savoirs ;
- les savoirs sont acquis en dehors de leur cadre d'utilisation.

* Paradigme d'apprentissage

Le paradigme d'apprentissage est fondé sur les postulats suivants :

- les étudiants sont préalablement mis en action dans des situations ;
- l'apprenant est l'acteur principal du dispositif ;
- les mises en situation naissent des problématiques à résoudre parmi lesquelles l'apprenant recherche puis sollicite des ressources pour construire des savoirs personnels ;
- l'enseignant est un facilitateur d'apprentissage qui, même s'il ne possède pas tous les savoirs, est capable de guider l'apprenant vers les ressources nécessaires.

Ce paradigme s'inscrit dans le modèle constructiviste et les contextes d'enseignement et d'apprentissage conditionnent la transférabilité des connaissances : « c'est toute la différence entre expliquer et faire comprendre ». Une des conséquences du passage au paradigme d'apprentissage est la révision des procédures d'évaluation pour basculer d'un contrôle des connaissances à la certification des compétences.

* Compétence

La compétence est un savoir agir complexe (ce qui ne signifie pas compliqué mais multimodal, prenant en compte toutes les dimensions du sujet dans son environnement, en interaction avec lui) qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. Ainsi, le paradigme d'apprentissage dans une logique de compétences nécessite que l'apprenant soit exposé à des situations cliniques authentiques (c'est-à-dire dans leur complexité réelle).

* Niveaux de compétences

Des travaux récents [46] ont permis de déterminer des niveaux génériques de compétence pour la formation des IMG : novice, intermédiaire, compétent et expert (ce dernier niveau étant réservé aux professionnels expérimentés).

Interne novice

- possède des notions sur les spécificités de la discipline et les compétences nécessaires à acquérir pour exercer la médecine générale ;
- accepte *a minima* le projet proposé (compte tenu des résistances au basculement de paradigme d'apprentissage) ;

- a conscience qu'il opère sur l'être humain ;
- est apte à supporter une part d'incertitude ;
- a conscience de la difficulté/complexité des problèmes auxquels il sera confronté ;
- envisage qu'il va devoir couvrir l'ensemble du champ de la discipline ;
- montre un début de questionnement sur sa pratique antérieure et actuelle.

Interne intermédiaire

- est en mesure de faire le lien entre la théorie enseignée et la pratique observée et/ou exercée ;
- a pris conscience de ce qui est demandé et participe activement à son propre développement ;
- améliore sa capacité d'autonomie en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi.

Interne compétent

- agit en autonomie et assume ses responsabilités ;
- collabore efficacement avec les autres intervenants ;
- possède une approche centrée sur le patient ;
- s'interroge sur sa pratique.

2.4. Objectifs pédagogiques et taxonomie

* Taxonomie de Bloom

En 1956, B. Bloom a proposé une classification permettant de hiérarchiser des niveaux de traitement de l'information, utilisés par les sciences de l'éducation et en particuliers dans la pédagogie par objectifs. Cette taxonomie propose les six niveaux suivants, par ordre croissant dans l'élaboration du traitement de l'information [47] : connaissance, compréhension, application, analyse, évaluation et synthèse (ces trois derniers niveaux étant d'élaboration équivalente).

* Objectifs pédagogiques

Dans l'approche par compétences, on distingue le but (atteindre l'objectif, être capable de …) et le résultat d'apprentissage (démarche effectuée pour y parvenir) [48]. En pédagogie, un objectif est ce dont l'apprenant doit être capable à la fin de la séquence de formation et visent à [49] :

- améliorer la communication entre enseignants et apprenants ;
- choisir les activités d'apprentissage ;

- faciliter le choix du matériel pédagogique ;
- délimiter le contenu et les messages délivrés ;
- préciser l'objet de l'évaluation.

III – MATERIEL ET METHODE

1. Revue de la littérature

La recherche d'objectifs pédagogiques formalisés pour la formation des IMG à la médecine d'urgence a permis de mettre en évidence plusieurs points importants.

1.1. Epidémiologie des recours urgents en médecine générale

Les études menant à l'exercice de la médecine générale n'étaient pas strictement superposables dans tous les pays. De la même façon, l'accès à la qualification en médecine d'urgence pouvait différer entre les pays. Ceci a eu des conséquences pour le choix des mots-clés utilisés pour la revue de la littérature et la recherche bibliographique. L'existence d'instances d'accréditation nous a fait examiner les programmes actuellement validés dans les facultés de médecine nord-américaines. Par ailleurs, la réflexion autour de la médecine générale étant déjà bien avancée au Canada, nous avons examiné soigneusement les programmes de formation des médecins généralistes à la médecine d'urgence dans ce pays.

Situation en France

En France, les urgentistes étaient d'abord titulaires du DES de médecine générale puis suivaient une formation universitaire complémentaire menant à la qualification via le DESC de médecine d'urgence. Il existait donc un domaine de compétence spécifique dans l'activité "médecine d'urgence". En conséquence, le champ de recherche bibliographique devait se limiter aux compétences à acquérir pour les futurs médecins généralistes et non pour les futurs urgentistes.

Situation en Europe

Dans les autres pays européens, la situation était semblable à celle de la France avec une absence de programme national de formation des médecins généralistes à l'urgence.

Situation aux Etats Unis

L'organisation des études médicales était très différente : après trois années préparatoires, les étudiants "undergraduate" ou "interns" (équivalents de nos externes) suivaient de périodes courtes de formation dans chaque discipline ("rotations" de 4 à 6 semaines) jusqu'à l'obtention d'un diplôme superposable à notre Certificat de Synthèse Clinique et thérapeutique (CSCT). Ils devennaient alors des étudiants "post-graduate" ou "residents",

équivalents des internes français. Le champ de recherche bibliographique s'est donc focalisé sur les programmes post-graduate ou de résidence (residency) appliqués aux médecins généralistes (Family Physician, Family Doctor, General Practitioner).

Situation au Canada

Le Canada constituait véritablement le trait d'union entre les études médicales françaises et nord-américaines. On y retrouvait à la fois la formalisation d'objectifs pédagogiques, la certification autorisant l'exercice médical et l'accréditation des programmes de formation. En outre, il existait une séparation entre médecine générale (Family Medicine) et médecine d'urgence (Emergency Medicine), sans exclusion des généralistes qui souhaitaient ultérieurement se spécialiser dans cette discipline. Ainsi, les objectifs pédagogiques formulés étaient rassemblés dans un programme dit "Soins critiques et urgents".

1.2. Méthodologie de recherche bibliographique

La recherche de références bibliographiques a utilisé plusieurs sources de données, nationales et internationales. Nous avons ainsi pu identifier des publications référencées sur la base de données PubMed et des éléments appartenant à la littérature grise, disponible sur l'Internet via le moteur de recherche Google® scholar.

Lecture critique et sélection des articles

N'ont été retenus que les articles référencés, dont l'auteur était formellement identifié et contenant des objectifs pédagogiques précis. Par ailleurs, il fallait que soient concernés les internes de médecine générale (ou cursus universitaire indifférencié pour les références étrangères), à l'exclusion des programmes de formation des futurs urgentistes ou généralistes déjà engagés dans un cycle de qualification en médecine d'urgence. Enfin, seules les sources postérieures à l'année 2000 ont été retenues pour notre travail, la distinction médecine générale/médecine d'urgence dans la formation des futurs professionnels étant récente en France.

Outils déjà utilisés par le DUMG de la Faculté de Poitiers

Le département universitaire de médecine générale de la faculté de Poitiers a déjà mis en place un certain nombre d'outils participant à la formation des IMG. Parmi ces outils, le carnet d'auto-évaluation des apprentissages intègre des items de type connaissances, connaissances procédurales et habiletés gestuelles. Les compétences entrant dans le champ de la médecine d'urgence ont donc été retenues.

2. Nature de la recherche

Plusieurs caractéristiques plaçaient notre travail dans le champ de la recherche qualitative [50] :

- la variable "objectif pédagogique" n'était pas une grandeur mesurable. Notre recherche visait à répondre à la question "comment" [préparer les futurs professionnels de la médecine générale à l'urgence ambulatoire] en opposant la situation actuelle, c'est-à-dire l'absence de programme consensuel de formation des IMG à l'urgence, à l'existence réelle de ces situations en pratique clinique ambulatoire [51]. Il s'agissait donc d'explorer un phénomène social [formation des IMG à la médecine d'urgence en milieu hospitalier pour préparer un exercice ambulatoire] et de cette compréhension découlerait une liste d'objectifs adaptés.
- l'étude concernait des sujets dans leur environnement : IMG et praticiens formateurs exerçant dans des services d'urgence accueillant des étudiants de 3ème cycle des études médicales dans le contexte du stage de médecine d'urgence validant pour le DES.
- il ne s'agissait pas de tester une hypothèse de recherche mais notre démarche allait en générer, chaque objectif finalement déterminé constituant une hypothèse en soi (cet objectif devait être pertinent pour la formation des IMG à l'urgence en médecine ambulatoire). Il s'agissait donc d'un processus inductif et non déductif.

3. Question de recherche

L'analyse critique de la littérature et le recensement des outils déjà existants en France et à l'étranger nous ont conduit à formuler la question de recherche suivante, approuvée le 03/10/2013 par le pôle recherche du DUMG de Poitiers :

Quels sont les objectifs pédagogiques hiérarchisés et spécifiques les plus pertinents à proposer aux IMG en stage de médecine d'urgence pour faire face efficacement aux situations d'urgence en médecine générale ambulatoire ?

4. Choix de la méthode de recherche

4.1. Technique de recueil de données

Différents concepts méthodologiques sous-tendaient notre recherche qualitative. Le thème de recherche appartenait au champ de la phénoménologie car il prenait en compte l'expérience des médecins ayant pratiqué l'urgence en ville et/ou participant à la formation des IMG à l'hôpital pour déterminer des objectifs pédagogiques pertinents d'apprentissage de la médecine d'urgence. Par ailleurs, pour augmenter l'acceptabilité de cette liste d'objectifs par les formateurs, c'était une méthode de consensus qui devait être employée. Les principales méthodes de consensus utilisées sont le groupe nominal, le focus group (groupe de parole) et la méthode DELPHI. A l'aide de cette méthode, plusieurs études menées au Canada ont permis de définir les compétences de base à acquérir par les étudiants en médecine en stage aux urgences dans le cadre du référentiel métier [52, 53]. La méthodologie de recherche a été validée par le DUMG de la Faculté de Médecine de Poitiers le 16/05/2013.

4.2. Méthode DELPHI

Validité externe

Dans plusieurs études récentes portant sur le même thème de recherche, la méthode Delphi a permis de construire une liste d'objectifs pédagogiques prioritaires [42, 43, 54, 55].

Choix de la méthode de consensus

Du fait de la grande variabilité des programmes de formation des IMG à la médecine d'urgence, l'élaboration d'une liste synthétique d'objectifs applicables à l'ensemble des services d'urgences exigeait une démarche consensuelle. Parmi les méthodes de consensus, les plus courantes sont la procédure Delphi, la technique du groupe nominal, la méthode Rand/Ucla, la conférence de consensus, les séances de remue-méninges (brainstorming) et les entretiens collectifs ou focus groups [56]. De façon à pouvoir comparer notre étude aux publications antérieures et parce que la méthode est validée internationalement, la méthode Delphi a été retenue.

Caractéristiques de la méthode DELPHI

La méthode Delphi est une technique de recherche ayant pour but l'obtention d'une opinion de groupe fiable en utilisant un groupe d'experts. Il s'agit d'obtenir un consensus dans un

panel d'experts, à travers l'administration itérative de questionnaires anonymes [57]. La procédure est caractérisée par :

- la notion d'expert : peut-être expert toute personne disposant des connaissances relatives au sujet étudié et pouvant représenter le point de vue de ses semblables ;
- l'anonymat des experts, ce qui évite l'effet leader d'opinion ;
- un processus itératif : un questionnaire est administré lors d'un tour (ou ronde) et est conditionné aux résultats du tour précédent avec sélection ou éviction des items composant le questionnaire, en fonction de règles d'arrêt ou règles de décision ;
- un suivi contrôlé : à l'issue de chaque tour, chaque expert est informé des réponses du groupe sous forme quantitative (statistiques descriptives de type moyenne, médiane, écart-type, ...) et qualitative (intégration de commentaires, justifications, nouveaux items issus du tour).

Les experts sont sélectionnés par échantillonnage non-probabiliste, c'est-à-dire à l'aide de critères déterminés a priori. L'effectif du panel d'experts est variable, d'une vingtaine à plusieurs centaines de participants [58] et, plus que la représentativité des opinions, c'est la diversité des points de vue qui doit être représentée. Cependant la fiabilité de la méthode Delphi est corrélée à l'importance de l'effectif [59].L'expertise en elle-même peut être autoévaluée par chaque expert en 5 niveaux (très compétent, compétent, au courant du sujet, peu au courant, incompétent). Un bon niveau d'expertise autoévaluée est associé à une meilleure fiabilité des réponses de l'expert [60].

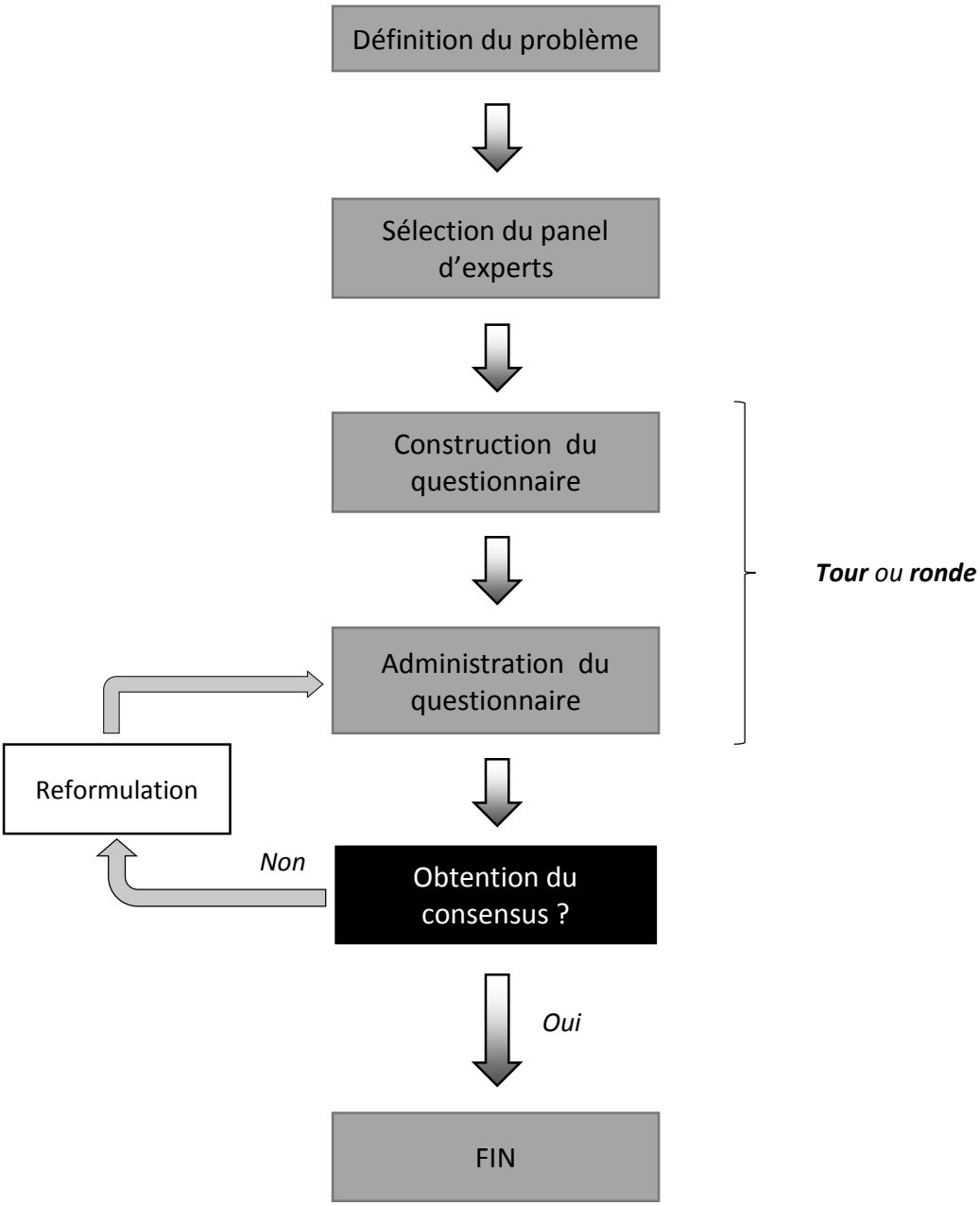
Déroulement pratique de la procédure DELPHI

Les principales étapes du déroulement de la méthode Delphi sont représentées page 35.

4.3. Méthode DELPHI modifiée

La méthode Delphi classant (ranking-type) est une variante de la procédure initiale et consiste à demander aux experts de classer les items par ordre d'importance lors des tours. Parfois, un tour est utilisé pour le seul classement des items.

Méthode DELPHI



5. Population étudiée : choix du panel d'experts

5.1. Généralités

Afin d'explorer le maximum de points de vue exprimant la réalité de la problématique de notre travail de recherche, nous avons identifié plusieurs groupes d'experts, tous impliqués dans la médecine d'urgence, la médecine générale et la formation des IMG en stage :

- Groupe 1 : généralistes enseignants, maîtres de stage ambulatoire pour leur expertise de la médecine générale ambulatoire et leur implication dans la formation des IMG en stage;
- Groupe 2 : urgentistes hospitaliers, maîtres de stage hospitaliers pour leur expertise de la médecine d'urgence et la formation des IMG en stage hospitalier validant pour le DES de médecine générale ;
- Groupe 3 : urgentistes ambulatoires pour leur expertise de la médecine d'urgence en milieu ambulatoire. Il s'agissait des médecins pompiers et les praticiens membres d'associations (SOS Médecins, Allo Garde Royan).

5.2. Critères d'inclusion

<u>Groupe 1 : généralistes enseignants</u>

Pour ce groupe, nous avons retenu les critères d'inclusion suivants :

- être inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins
- être confronté à des situations d'urgence ou de recours non programmés dans l'exercice de la médecine générale ;
- déclarer être intéressé par le thème de recherche et se sentir compétent pour répondre à la question de recherche ;
- avoir un exercice professionnel majoritairement généraliste ambulatoire ;
- signer le formulaire de consentement et s'engager à poursuivre la procédure DELPHI jusqu'à son terme ;
- ne pas faire partie du comité de pilotage de l'étude.

<u>Groupe 2 : urgentistes hospitaliers</u>

Pour ce groupe, nous avons retenu les critères d'inclusion suivants :

- être inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins

- être confronté à des situations d'urgence ou de recours non programmés dans son exercice professionnel ;
- déclarer être intéressé par le thème de recherche et se sentir compétent pour répondre à la question de recherche ;
- avoir un exercice professionnel majoritairement urgentiste hospitalier ;
- signer le formulaire de consentement et s'engager à poursuivre la procédure DELPHI jusqu'à son terme ;
- ne pas faire partie du comité de pilotage de l'étude.

Groupe 3 : urgentistes ambulatoires

Pour ce dernier groupe, nous avons retenu les critères d'inclusion suivants :

- être inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins
- être confronté à des situations d'urgence ou de recours non programmés dans son exercice professionnel ;
- déclarer être intéressé par le thème de recherche et se sentir compétent pour répondre à la question de recherche ;
- avoir un exercice professionnel majoritairement urgentiste ambulatoire ;
- signer le formulaire de consentement et s'engager à poursuivre la procédure DELPHI jusqu'à son terme ;
- ne pas faire partie du comité de pilotage de l'étude.

5.3. Critères de non inclusion

Pour l'ensemble des experts, les critères d'exclusion retenus étaient les suivants :

- avoir un exercice professionnel particulier majoritaire (acupuncture, mésothérapie, homéopathie, médecine du sport, autres) ;
- refus de l'engagement à poursuivre la procédure jusqu'à son terme ;
- se sentir "incompétent" dans l'autoévaluation de la compétence à répondre à la question de recherche proposée.

6. Construction de l'enquête

6.1. Elaboration du questionnaire

La première version du questionnaire (annexe 2) a été réalisée après lecture critique des programmes de formation en médecine d'urgence des internes de médecine générale des universités canadiennes. Les items compatibles avec l'exercice de la médecine générale ambulatoire en France ont été retenus :

- programme de soins urgents et critiques des résidents en médecine de famille de l'Université de Montréal (année 2013) [61] ;
- programme de soins urgents et critiques des résidents en médecine de famille de l'Université de Laval (année 2012) [62].

Les items des programmes francophones les plus détaillés [32, 63, 64], ainsi que les items du cahier d'autoévaluation des IMG disponible sur l'ENT de Poitiers (disponible à l'adresse http://medphar.univ-poitiers.fr/) ont été incorporés au pool d'items. Quelques items supplémentaires ont été proposés au groupe de travail et ont été intégrés à la liste obtenue. L'ensemble des items ont été regroupés en thèmes (tableau T1).

Tableau 1 : classement des objectifs pédagogiques par thèmes

Désignation	***Nombre d'items***
Compétences générales	
Compétences diagnostiques générales	12
Compétences diagnostiques générales	11
Compétences transversales en situation d'urgence en médecine générale	
Evaluation initiale de l'état clinique du patient	7
Mise en œuvre des conduites à tenir immédiates	4
Transfert d'un patient aux urgences	3
Prise de décision d'hospitaliser/de ne pas hospitaliser	7
Gestion du patient aux urgences et organisation du retour à domicile	6
Travail en équipe	5
Contrôle en situation de crise	4
Réanimation cardio-respiratoire	
Appliquer les recommandations de la RCP	6
Prise en charge de la circulation	7
Prise en charge de la ventilation	6
Gestion de l'équipe de réanimation	6
Ethique et réanimation	5
Analgésie	
Identification des mécanismes générateurs de la douleur	5
Maîtriser les thérapeutiques antalgiques courantes	8

Urgences cardiovasculaires	
Prise en charge d'une douleur thoracique, d'un syndrome coronarien aigu	7
Prise en charge d'un état de choc, d'un collapsus	9
Prise en charge d'une thrombophlébite, d'une embolie pulmonaire	7
Prise en charge d'un malaise, d'une syncope, d'une lipothymie	5
Prise en charge d'un accès hypertensif	5
Urgences respiratoires	
Prise en charge d'une dyspnée	8
Prescriptions spécifiques à la phase initiale	7
Urgences abdominales	
Hiérarchisation des hypothèses diagnostiques en fonction du terrain	3
Reconnaissance des signes de gravité	2
Prescriptions spécifiques à la phase initiale	7
Urgences infectieuses	
Identification d'un syndrome fébrile à haut risque	8
Identification des situations d'urgence infectieuse	5
Urgences uro-génitales et gynécologiques	
Identification des urgences génitales de l'homme	4
Identification des urgences gynécologiques et obstétricales	8
Identification des urgences urologiques	3
Urgences traumatologiques	
Prise en charge du polytraumatisé	4
Prise en charge des principales urgences traumatologiques	13
Urgences toxicologiques	
Identification des principales intoxications aiguës	5
Prise en charge des principales intoxications aiguës	6
Urgences neurologiques et neurochirurgicales	
Identification des principales urgences neurologiques	6
Prise en charge des troubles de la vigilance, des états confusionnels aigus	3
Prise en charge des AVC	5
Prise en charge des céphalées à haut risque	7
Urgences environnementales et circonstancielles	
Prise en charge d'une quasi-noyade	3
Prise en charge d'une déshydratation, d'un coup de chaleur	4
Prise en charge d'une hypothermie	3
Prise en charge d'une électrisation	3
Prise en charge d'une brûlure	4
Prise en charge d'une piqure, d'une morsure	3
Urgences psychiatriques	
Prise en charge des principales urgences psychiatriques	3
Identification des problématiques associées aux situations d'agitation ou de violence	4
Prise en charge du patient agité ou violent	7
Urgences ophtalmologiques	
Prise en charge des principales urgences ophtalmologiques	8

Urgences ORL	
Prise en charge des principales urgences oto-rhino-laryngologiques	9
Urgences métaboliques et endocriniennes	
Prise en charge des troubles hydro-électrolytiques	6
Prise en charge des troubles acido-basiques	3
Prise en charge des urgences diabétologiques	3
Prise en charge des autres urgences endocriniennes	2
Urgences onco-hématologiques	
Mise en œuvre de la sécurité transfusionnelle	6
Identification des urgences liées à la coagulation sanguine	3
Prise en charge du patient immunodéprimé ou neutropénique	4
Identification des urgences onco-hématologiques	4
Urgences allergiques	
Prise en charge de la réaction anaphylactique	5
Prévention des récidives	4
Urgences gériatriques	
Prise en charge des urgences spécifiques à la personne âgée	4
Urgences pédiatriques	
Prise en charge des urgences néonatales	5
Prise en charge des principales urgences pédiatriques	29
Urgences dermatologiques	
Prise en charge des principales urgences dermatologiques	4
Pharmacologie des médicaments utilisés en situation d'urgence	
Maîtrise des médicaments utilisés en situation d'urgence	14
Compétences gestuelles	
Maîtrise des gestes utiles en situation d'urgence ambulatoire	42
Compétences analytiques	
Maîtrise des examens complémentaires de pratique courante	34
Total : 25 thèmes	**462 items**

6.2. Test de faisabilité (bétatest)

La première version du questionnaire a été soumise pour lecture aux membres de l'encadrement universitaire du comité de pilotage (Dr FRECHE, Dr BRABANT).

Pour le test de faisabilité préliminaire, nous avons sélectionné 4 médecins, deux généralistes enseignants, un urgentiste hospitalier et un urgentiste ambulatoire, remplissant tous les critères d'inclusion. Le test s'est déroulé dans les conditions réelles de l'enquête : définition d'une fenêtre temporelle de recueil des données, sollicitation par mail et remplissage du questionnaire directement en ligne. Les principales conclusions du prétest sont exposées ci-après. Ce test a été mené entre le 20/11 et le 03/12/2013.

En ce qui concerne l'enquête et le questionnaire :

- l'enquête était très bien accueillie auprès des professionnels testés ;
- malgré la longueur du questionnaire, tous les testeurs ont rempli l'intégralité de l'enquête à l'exception d'un participant qui s'est arrêté après la douzième question ;
- pour les situations cliniques les plus complexes, il a semblé utile d'ajouter la précision « gestion de la première heure dans cette situation clinique »
- il n'a été remarqué aucune question non pertinente ou sans réponse ;
- l'outil développé était fonctionnel et pouvait être utilisé pour l'enquête définitive ;
- la durée de remplissage du questionnaire était évaluée entre 30 et 40 minutes.

Pour ce qui concerne les modalités de diffusion du questionnaire, le test préliminaire a permis de mettre en évidence quelques difficultés :

- certains réseaux informatiques hospitaliers bloquaient l'accès au lien envoyé aux testeurs, ne permettant donc pas d'accéder directement au questionnaire en ligne ;
- pour pouvoir être rempli en plusieurs fois, le site de sondage en ligne SurveyMonkey (https://fr.surveymonkey.com/) stockait un fichier (cookie) sur le disque dur de l'ordinateur de l'expert. Si une tâche de maintenance était réalisée et supprimait ce fichier, le questionnaire ne pouvait être rempli à la suite de la saisie précédente, ce qui était un obstacle supplémentaire à l'utilisation de cet outil en ligne ;
- bien que le questionnaire puisse être rempli en plusieurs fois, la majorité des réponses étaient générées par une seule session de saisie. Les zones de commentaires étaient peu remplies et généraient peu de commentaires. Ceci pouvait être lié à la longueur du questionnaire mais pouvait aussi traduire la crainte de l'instabilité d'une application en ligne (risque de rupture de la liaison interne);
- les fonctions d'analyses statistiques en temps réel du site SurveyMonkey étaient insuffisantes pour les besoins de l'étude et l'analyse en sous-groupe n'était pas réalisable.

Pour ce qui concernait la consultation du site informatif dédié à la diffusion des résultats www.medurg.fr :

- la fréquence de consultation augmentait notablement pendant la phase de sondage en ligne ;
- aucun problème de navigation ou de contenu n'a été rapporté.

- Figure 2 : Interface graphique du site dédié MedUrg.fr -

6.3. Mesures correctrices

Par rapport au questionnaire, les mesures suivantes ont été prises :

- suppression des items redondants et rassemblement des items d'une même compétence au sein d'une question unique. Cette correction a permis de réduire notablement le nombre d'items de 462 à 404 objectifs à soumettre aux experts ;
- pour les situations cliniques les plus complexes, ajout de la précision « gestion de la première heure dans cette situation clinique »
- annonce, dans le premier courrier de recrutement des experts, de la durée prévisible de remplissage du premier questionnaire de 30 à 40 minutes.

Pour la diffusion du questionnaire, les mesures suivantes sont adoptées :

- abandon du serveur SurveyMonkey pour la collecte des réponses. L'application en ligne est conservée pour l'élaboration des questionnaires car elle permet l'édition simple de documents au format pdf modifiable (Portable Document Format);
- diffusion du questionnaire au format universel modifiable en pièce jointe au courriel adressé à chaque expert. Ceci ne modifiait ni la forme du questionnaire qui reste didactique, ni le temps de réponse aux questions. En outre, nous pouvions espérer que les experts prennent davantage de temps pour générer des commentaires utiles à l'enquête ;

6.4. Organisation de l'enquête par questionnaire

Sélection du panel d'experts

** Profil des experts*

Dans ce travail, était désigné expert un « médecin impliqué dans les soins d'urgence ayant une expérience ou un intérêt dans la formation des internes de médecine générale à la médecine d'urgence ». Dès lors, trois sous-groupes ont été définis pour répondre à cette définition :

- sous-groupe maitres de stage ambulatoire (MSA) : généralistes enseignants encadrant des IMG en stage de médecine ambulatoire (stage de niveau 1, SASPAS) ;
- sous-groupe maîtres de stage hospitalier (MSH) : médecins urgentistes encadrant les IMG en stage de médecine d'urgence ;
- sous-groupe urgentistes ambulatoires (URA) : médecins exerçant une activité médicale d'urgence en terrain ambulatoire. Concrètement, il s'agissait de médecins pompiers et de médecins membres des associations d'urgentistes type SOS Médecins ou AlloGarde Royan.

** Nombre d'experts*

La fiabilité des réponses apportées décroit avec l'effectif de l'échantillon des experts et devient maximale lorsque l'effectif du groupe d'experts dépasse n=11 [65]. Par ailleurs, le taux de réponse observé dans la littérature lors de ce type d'enquête était très variable. Dans l'étude de Lille [38], le taux de réponse global avoisinait les 45%. Compte tenu de la longueur de notre questionnaire, nous comptions sur un taux de réponse minoré d'environ 30%. Ces éléments permettaient de calculer le nombre total (N) d'experts à consulter. Pour permettre

une analyse en sous-groupe, chaque catégorie d'expert devait compter un minimum de 11 personnes qu'il s'agisse des enseignants généralistes du groupe 1 (n1), des maitres de stage hospitaliers du groupe 2 (n2) ou des urgentistes de ville du groupe 3 (n3). Ainsi, n1 = n2 = n3 = 11/0,3 = 36 experts. Soit au total pour les 3 groupes, 108 médecins à solliciter, répartis dans les 4 départements de la région Poitou-Charentes.

** Mode de recrutement*

Pour les experts du groupe 1 (généralistes enseignants), 36 noms ont été tirés au sort dans l'annuaire actualisé des enseignants répertoriés du serveur de la Faculté de médecine de Poitiers le 20/10/2013. Neuf médecins étaient sélectionnés dans chacun des 4 départements de la région.

Pour les experts du groupe 2 (urgentistes hospitaliers), les services hospitaliers accueillant des IMG en stage de médecine d'urgence ont été recensés sur le site CRP-IMG (disponible à l'adresse http://www.crp-img.fr/wp/index.php/stages/) du syndicat des IMG de Poitou-Charentes. Puis les chefs de service de chaque hôpital concerné ont été contactés par mail et/ou téléphone et ont été invité à désigner des praticiens susceptibles de participer au travail de recherche. Chaque praticien a ensuite été contacté individuellement par courriel. Le 21/10/2013, les responsables d'unité d'accueil des urgences des hôpitaux suivants ont été contactés :

- pour le département de la Vienne (86) : CHU de Poitiers;
- pour le département des Deux-Sèvres (79) : Niort et Thouars;
- pour le département de la Charente (16) : Angoulême;
- pour le département de la Charente-Maritime (17) : La Rochelle, Royan, Saintes et Rochefort.

Pour sélectionner les experts du groupe 3 (urgentistes de ville), les médecins-commandants des 4 services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ont été contactés, ainsi que les responsables des associations SOS Médecins (La Rochelle) et AlloGarde (Royan). Là encore, il s'agissait de désigner des médecins pouvant entrer dans l'étude.

Une première liste de candidats experts a ainsi pu être constituée et comprenait 108 médecins impliqués dans l'urgence médicale. Un premier courriel individuel a été envoyé à chaque candidat expliquant le but de la recherche et joignait un formulaire de consentement ainsi qu'une notice explicative (annexes 3 et 4). La participation du candidat sollicité reposait sur le volontariat et garantissait l'anonymat des réponses. L'inclusion de chaque candidat au panel

d'experts était subordonnée au retour du formulaire rempli, daté et signé avant la date limite du 16/01/2014.

Procédure d'Inclusion

Une fois la liste constituée, chaque expert a été contacté du 05/12/2013 au 10/01/2014 par un courriel à destinataire unique comportant en pièce jointe la notice MedUrg et le formulaire de consentement. Chaque expert était définitivement inclus à la réception du formulaire d'engagement dument rempli, signé et daté. Au 16/01/2014, le panel d'experts était constitué des effectifs représentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Composition du panel d'experts à l'inclusion

	Vienne	*Deux-Sèvres*	*Charente*	*Charente-Maritime*	*Total*
Groupe 1 (MSA)*	2	1	1	3	*7*
*Groupe 2 (MSH**)*	4	6	0	8	*18*
*Groupe 3 (URA***)*	1	5	1	4	*11*
Total	*7*	*12*	*2*	*15*	***36***

* Maitres de stage ambulatoire ** Maitres de stage hospitalier *** Urgentistes ambulatoires

Mode d'administration du questionnaire

Dans notre procédure DELPHI, quatre tours (ou rondes) étaient prévus. Chaque tour comportait une période de trois semaines avec :

- deux jours avant le début d'émission d'un questionnaire : envoi d'un courriel rappelant les principes de l'étude et la date d'émission du prochain questionnaire ;
- le jour J, envoi d'un courriel comportant le questionnaire sous deux formats (Word® et PDF modifiable), une notice pour le remplissage du questionnaire et la date limite de retour du questionnaire ;
- quatre jours avant la fin de la consultation, un courriel de relance était adressé.

Chaque expert avait pour instruction de remplir seul le questionnaire, en une ou plusieurs fois et d'adresser le recueil des réponses et ses commentaires par retour de mail, à défaut sur papier s'il y avait une impossibilité technique d'utilisation du support numérique (une adresse de retour des questionnaires était fournie à cet effet).

6.5. Variables étudiées

Identification de l'expert

Chaque expert était identifié par ses nom, prénom, sexe et âge. Ces données restaient confidentielles et n'ont pas été communiquées aux autres membres du groupe ou de l'étude. Une fois inclus, chaque expert était associé à un code unique construit de la manière suivante : LLLCCC (L pour lettre, C, pour chiffre). Par exemple, le docteur Y.X., généraliste enseignant en Charente était MSA161 (1er maître de stage ambulatoire du département de la Charente), le docteur A.B., urgentiste hospitalier en Charente-Maritime était MSH171 (1er maître de stage hospitalier de Charente-Maritime) et le docteur Z.W., médecin pompier en Charente-Maritime était URA171 (1er urgentiste ambulatoire du même département), etc.

Caractérisation de l'expert

Chaque participant était invité à préciser son profil professionnel à travers les caractéristiques suivantes, chaque question étant agrémentée d'une case de commentaires libres :

- durée d'expérience professionnelle : < 5 ans, 5-10 ans, 10-15 ans, > 15 ans ;
- compétences certifiées (diplômes obtenus) : médecine générale, médecine d'urgence, autres à préciser ;
- existence d'une expérience en médecine générale (en milieu ambulatoire) ;
- implication dans l'enseignement facultaire de médecine générale ;
- type géographique d'exercice professionnel : rural, semi-rural, urbain ;
- type de structure professionnelle : CHU, CH ou CHR, cabinet de groupe, cabinet individuel, SOS Médecins ou Sapeurs-Pompiers ;
- type de patients pris en charge : adultes seuls, enfants seuls, adultes et enfants ;
- prise en charge ou non des situations d'urgences ;
- durée d'expérience d'encadrement des IMG en stage ;
- connaissance du contenu du référentiel métier « Médecin généraliste » ;
- connaissance du contenu du référentiel métier « Médecin urgentiste » ;
- utilisation d'une liste d'objectifs pédagogiques adaptée à la médecine générale pour l'encadrement des IMG en stage ;
- compétence certifiée (diplôme) en pédagogie médicale ;
- autoévaluation du niveau de compétence de l'expert pour répondre à la question de recherche (sur une échelle de 1 – incompétent – à 5 – très compétent –).

Liste d'items proposés

Les items proposés ont été regroupés par disciplines et, pour chacun d'eux, l'expert devait coter son adhésion à la proposition « l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire » sur une échelle de Likert à 7 points : 1 pour *pas du tout d'accord*, 2 pour *pas d'accord*, 3 pour *plutôt pas d'accord*, 4 pour *sans avis*, 5 pour *plutôt d'accord*, 6 pour *d'accord* et 7 pour *tout à fait d'accord*.

7. Méthode d'analyse des résultats

7.1. Modalités de recueil des données

Chaque questionnaire rempli et renvoyé par courriel ou par courrier postal été saisi dans deux documents numériques dans lesquels seul le code associé à chaque expert (MSA161, MSH795, URA863, etc.) figurait :

- les variables numériques (âges, durées, présence ou absence de qualification, etc.) ont été saisies dans les 25 feuilles de calcul d'un classeur Excel® 2013; Pour ces variables, des statistiques descriptives simples ont été utilisées (moyenne, écart-type, pourcentage de réponses) ;
- les suggestions, commentaires et annotations ont été compilées dans un document Word® 2013. Parce que le questionnaire est particulièrement long et pour obtenir le maximum de réponses, le recueil des données pouvait se poursuivre au-delà de la fin annoncée de l'intervalle de consultation des experts mais pas après l'émission du questionnaire du tour suivant.

Les réponses ont été analysées à la fois pour chacun des trois groupes d'experts et pour l'ensemble du panel.

7.2. Critères d'arrêt

Les critères d'arrêt sont les règles utilisées pour retenir ou écarter un objectif pédagogique proposé aux experts. Les critères retenus sont ceux qui ont été utilisés dans l'étude princeps [66] :

- les items cotés 6 (*d'accord*) et 7 (*tout à fait d'accord*) dans plus de 75% des réponses sont considérés comme à conserver obligatoirement ;

- les items cotés 4 (*sans avis*) et 5 (*plutôt d'accord*) sont conservés pour le tour DELPHI suivant ;
- les items cotés 1 (*pas du tout d'accord*), 2 (*pas d'accord*) et 3 (*plutôt pas d'accord*) dans plus de 75% des réponses sont éliminés définitivement.

Par ailleurs, une règle supplémentaire a été créée, déterminant le caractère prioritaire d'un item : un objectif pédagogique obtenant au moins 75% d'adhésion forte (réponses 6 et 7), et ce pour chacun des trois groupes d'experts, était considéré comme prioritaire.

7.3. Modalités de traitement des items intermédiaires

Les objectifs pédagogiques ne faisant pas consensus, c'est-à-dire n'atteignant pas 75% des réponses cumulées 1, 2 et 3 (à éliminer) ou 6 et 7 (à retenir) ont été reformulés de façon à éclaircir l'expert en replaçant l'objectif de formation dans le contexte de l'apprentissage hospitalier transposable en milieu ambulatoire. A la fin du dernier tour du processus DELPHI, les items pour lesquels le consensus n'a pu être obtenu ont été abandonnés définitivement puisque n'emportant pas la conviction du groupe après reformulation.

7.4. Modalités de traitement des suggestions

Lorsqu'un expert avait proposé un nouvel objectif, celui-ci était reformulé en termes de compétence à acquérir puis inséré dans le questionnaire suivant. L'origine de ce nouvel item n'était pas dévoilée aux autres membres du panel.

IV – RESULTATS

1. Déroulement pratique de l'enquête

1.1. Premier tour

Le premier tour de la procédure DELPHI s'est déroulé du 20/01 au 16/02/2014. L'ensemble des relances ont été nécessaires pour récupérer les questionnaires émis. L'intégralité des résultats bruts du tour 1 sont présentés ci-dessous.

Tableau 1-1. **Caractéristiques du panel d'experts**

Paramètres		Groupe 1* $n_1 = 7$	Groupe 2** $n_2 = 18$	Groupe 3*** $n_3 = 11$	Panel $N = 36$
Sexe	Femme *(%)*	28,6	44,4	0	**27,8**
	Homme *(%)*	71,4	55,6	100	**72,2**
Âge μ (σ) *(années)*		55 (4,55)	38 (7,92)	54 (5,61)	**47 (10,6)**
Expérience professionnelle *(années)*	< 5 *(%)*	0	33,3	0	**14,7**
	5-10 *(%)*	0	27,8	0	**13,9**
	10-15 *(%)*	0	11,1	9,1	**8,3**
	> 15 *(%)*	100	27,8	90,9	**61,1**
Type géographique	rural *(%)*	42	28,6	28,6	**11,1**
	semi-rural *(%)*	28,6	11,1	63,9	**30,6**
	urbain *(%)*	28,6	88,9	27,3	**58,3**
Type d'exercice	CHU *(%)*	0	22,2	0	**11,1**
	CH – CHR *(%)*	0	77,8	0	**38,9**
	Cab. indiv. *(%)*	0	0	9.1	**2,8**
	Cab. gpe *(%)*	100	0	45,5	**33,3**
	SOS - SP *(%)*	0	0	45,5	**13,9**
Type de patientèle	Adultes *(%)*	0	11,1	0	**5,6**
	Enfants *(%)*	0	0	0	**0**
	A + E *(%)*	100	88,9	100	**94,4**
Prise en charge des urgences *(%)*		100	100	72,7	**91,7**
Diplômes	Médecine générale *(%)*	100	83,3	100	**91,7**
	Médecine d'urgence *(%)*	28	45,5	69,4	**69,4**
Encadrement des IMG μ (σ) *(années)*		16,2 (8,79)	3,4 (2,99)	3,4 (4,57)	**5,6 (6,83)**
Enseignement facultaire *(%)*		100	5,6	27,3	**30,6**
Connaissance des référentiels	Médecine générale *(%)*	100	22,2	27,3	**38,9**
	Médecine d'urgence *(%)*	14,3	55,6	18,2	**36,1**
Diplôme de pédagogie médicale *(%)*		71,4	16,7	18,2	**27,8**
Utilisation d'une liste d'objectifs pédago. *(%)*		85,7	16,7	9,1	**27,3**
Autoévaluation de compétence à répondre μ (σ)		3,83 (0,98)	3,59 (0,87)	3,18 (0,98)	**3,50 (0,93)**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

Tableau 1-2. **Compétences générales : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Compétences diagnostiques générales	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Elaborer une stratégie … argumentée	0	**85,7**	5,6	**88,9**	9,1	**90,9**	5,6	**88,9**
Formuler des hypothèses diagnostiques	0	**85,7**	0	**94,4**	9,1	**81,8**	2,8	**88,9**
Formuler des diagnostics de situation	0	**100**	0	66,7	9,1	**81,8**	2,8	**77,8**
Intégrer le rapport bénéfice/risque …	0	**100**	0	66,7	9,1	**81,8**	2,8	**77,8**
Intégrer le rapport coût/efficacité …	14,3	57,1	11,1	55,6	45,5	45,5	22,2	52,8
Interpréter … les résultats des examens	0	71,4	0	**88,9**	18,2	63,6	5,6	**77,8**
Remettre en cause des résultats …	0	**85,7**	0	**94,4**	9,1	72,7	2,8	**86,1**
Reconnaître ses limites diagnostiques ...	0	71,4	0	**100**	0	**90,9**	0	**91,7**
Présenter … de façon synthétique	0	71,4	0	**94,4**	9,1	72,7	2,8	**83,3**
Reconnaitre les signes de gravité …	0	71,4	0	**100**	0	**90,9**	0	**91,7**
Compétences thérapeutiques générales								
Elaborer une stratégie … argumentée	0	**85,7**	0	**88,9**	0	**90,9**	0	**88,9**
Recourir aux recommandations …	0	71,4	0	**83,3**	9,1	72,7	2,8	**77,8**
Adapter les traitements au patient …	0	**85,7**	0	**100**	0	**100**	0	**97,2**
Intégrer le rapport bénéfice/risque …	0	**85,7**	0	**94,4**	0	**100**	0	**94,4**
Intégrer le rapport coût/efficacité …	14,3	57,1	16,7	72,2	45,5	45,5	25	61,1
Prendre en charge le risque iatrogène	0	**85,7**	0	**83,3**	0	**90,9**	0	**86,1**
Evaluer efficacité, tolérance, innocuité	0	**85,7**	5,6	**83,3**	0	**100**	2,8	**88,9**
Reconnaître ses limites thérapeutiques	0	71,4	0	**94,4**	0	**100**	0	**91,7**
Prescrire des conseils de prévention	14,3	**85,7**	5,6	**77,8**	9,1	72,7	8,3	**77,8**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-3.
Compétences transversales pour les situations d'urgence en médecine générale : résultats du tour 1

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Evaluation initiale de l'état clinique	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Evaluer … la stabilité des fonctions vitales	0	**85,7**	0	**94,4**	0	**100**	0	**94,4**
Reconnaître … décompensation imminente	0	**100**	0	**100**	0	**100**	0	**100**
Alerter (ou faire alerte) … si détresse vitale	14,3	**85,7**	5,6	**94,4**	0	**90,9**	5,6	**91,7**
Initier en urgence le traitement d'une détresse	0	**100**	0	**94,4**	0	**100**	0	**97,2**
Constater un décès	14,3	57,1	11,1	**83,3**	18,2	72,7	13,9	**75**
Gestion aux urgences, décision d'hospitaliser, organisation du retour au domicile								
Tenir correctement le dossier médical …	0	71,4	0	**83,3**	0	**90,9**	0	**83,3**
Communiquer avec le médecin traitant	0	**100**	0	**94,4**	9,1	**81,8**	2,8	**91,7**
Reconnaître les indications d'hospitalisation …	0	**100**	0	**94,4**	0	**100**	0	**97,2**
Considérer valeurs … du patient …	0	**85,7**	0	**94,4**	18,2	72,7	5,6	**86,1**
Impliquer les proches dans les décisions	0	**100**	0	66,7	9,1	54,5	2,8	69,4
Evaluer l'autonomie du patient	0	**100**	0	**100**	0	72,7	0	**91,7**
Prescrire examens du suivi ambulatoire	14,3	57,1	0	**83,3**	9,1	63,6	5,6	72,2

Tableau 1-3 (suite).
Compétences transversales pour les situations d'urgence en médecine générale : résultats du tour 1

Gestion aux urgences, décision d'hospitaliser, organisation du retour au domicile	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Remplir les formalités médico-administratives	0	**100**	5,6	66,7	9,1	54,5	5,6	69,4
Planifier le retour au domicile (RAD) …	14,3	**85,7**	5,6	66,7	18,2	54,5	11,1	66,7
Dépister les problèmes liés au RAD	14,3	71,4	5,6	**77,8**	9,1	54,5	8,3	69,4
Mobiliser les ressources ambulatoires …	0	**100**	11,1	66,7	18,2	63,6	11,1	72,2
Travailler en équipe								
Favoriser une communication verbale associée	14,3	71,4	0	**94,4**	0	**90,9**	2,8	**88,9**
Rechercher de manière active les données sur	0	**85,7**	0	72,2	0	**100**	0	**83,3**
Impliquer les autres spécialistes …	0	**85,7**	0	**83,3**	0	**100**	0	**88,9**
Impliquer les paramédicaux …	0	**85,7**	0	**83,3**	0	**90,9**	0	**86,1**
Identifier les situations nécessitant le transfert	0	**85,7**	0	**83,3**	0	**90,9**	0	**86,1**
Affecter/déléguer des tâches aux autres …	0	**85,7**	5,6	50	0	45,5	2,8	55,6
Composer avec les réactions des autres …	28,6	57,1	5,6	66,7	0	36,4	8,3	55,6
Se positionner comme médecin dans l'équipe …	14,3	57,1	5,6	72,2	9,1	54,5	8,3	63,9
Gérer les situations de crise								
Gérer le refus … du patient	0	**100**	16,7	72,7	36,4	54,5	19,4	72,2
Gérer le patient non coopérant	0	**85,7**	16,7	66,7	18,2	36,4	13,9	61,1
Gérer les réactions des proches …	0	**100**	16,7	55,6	18,2	27,3	13,9	55,6
Effectuer … un débriefing	0	**100**	16,7	50	9,1	45,5	11,1	58,3

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-4. **Réanimation cardio-respiratoire : résultats du tour 1**

Appliquer les recommandations RCP	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Diagnostiquer un ACR chez le nourrisson	14,3	71,4	5,6	**94,4**	0	**100**	5,6	**91,7**
Diagnostiquer un ACR chez l'enfant	14,3	**85,7**	5,6	**94,4**	0	**100**	5,6	**94,4**
Diagnostiquer un ACR chez l'adulte	14,3	**85,7**	0	**100**	0	**100**	2,8	**97,2**
Appliquer les recommandations pour RCP	28,6	57,1	0	**100**	0	**100**	5,6	**91,7**
Identifier les spécificités de l'hypothermie	28,6	57,1	27,8	55,6	0	63,6	19,4	58,3
Prendre en charge la circulation								
Utiliser les médicaments utiles pour la RCP	28,6	57,1	11,1	**88,9**	0	**81,8**	11,1	**80,6**
Prescrire les apports des 24 premières heures	42,9	42,9	33,3	38,9	9,1	63,6	27,8	47,2
Reconnaître indication accès vasculaire périph.	42,9	57,1	5,6	**77,8**	0	**81,8**	11,1	**75**
Reconnaître indication accès vasculaire central	42,9	42,9	61,1	11,1	36,4	27,3	50	22,2
Reconnaître indication accès intra-osseux	57,1	14,3	38,9	33,3	36,4	36,4	41,7	30,6
Utiliser un défibrillateur semi-automatique	28,6	57,1	0	**94,4**	0	**90,9**	5,6	**86,1**
Reconnaître indication sonde électrosystolique	57,1	0	66,7	22,2	36,4	36,4	55,6	22,2
Prendre en charge la ventilation								
Libérer les voies aériennes supérieures	0	**85,7**	0	**100**	0	**100**	0	**97,2**

Tableau 1-4 (suite). **Réanimation cardio-respiratoire : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Prendre en charge la ventilation	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Ajuster les paramètres d'un ventilateur	42,9	28,6	**77,8**	11,1	45,5	27,3	61,1	19,4
Identifier les indications d'une ventilation artificielle	42,9	42,9	44,4	22,2	27,3	36,4	38,9	30,6
Identifier les indications d'une ventilation artificielle	42,9	14,3	38,9	16,7	36,4	18,2	38,9	16,7
Ethique et réanimation								
Identifier les patients non réanimatoires	0	**85,7**	11,1	72,2	18,2	63,6	11,1	72,2
Arrêter les soins à visée curative	0	**85,7**	5,6	72,2	45,5	54,5	16,7	69,4
Impliquer la famille dans les choix	0	**100**	0	72,2	18,2	63,6	5,6	**75**
Identifier les situations de don d'organe	0	**100**	22,2	33,3	27,3	54,5	19,4	52,8
Décider fin des manœuvres de réanimation	14,3	71,4	22,2	50	45,5	27,3	27,8	47,2

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-5. **Analgésie : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Identifier les mécanismes algogènes	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Identifier une douleur par excès de nociception	14,3	**85,7**	5,6	**88,9**	9,1	72,7	8,3	**83,3**
Identifier une douleur neuropathique	14,3	**85,7**	5,6	**88,9**	9,1	**81,8**	8,3	**86,1**
Identifier une douleur psychogène	14,3	**85,7**	5,6	**77,8**	9,1	72,7	8,3	**77,8**
Adapter traitement au type de douleur	14,3	**85,7**	0	**94,4**	0	**90,9**	2,8	**91,7**
Maitriser les thérapeutiques antalgiques courantes								
Identifier la douleur comme une priorité …	0	**100**	0	**94,4**	9,1	**81,8**	2,8	**91,7**
Soulager une douleur en contexte d'incertitude	0	**100**	0	**94,4**	0,	**100**	0	**97,2**
Prescrire les co-analgésiques (corticoïdes, …)	14,3	71,4	0	72,2	9,1	**81,8**	5,6	**75**
Pratiquer la rotation des opioïdes	28,6	28,6	5,6	77,8	0	72,7	8,3	66,7
Surveiller un patient sous morphiniques	14,3	71,4	0	**88,9**	0	**81,8**	2,8	**83,3**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-6. **Urgences cardiovasculaires : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Prendre en charge une douleur thoracique, un SCA	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Faire le diagnostic différentiel douleur thorax	0	**100**	0	**83,3**	0	**100**	0	**91,7**
Identifier les FDR cardiovasculaire global	0	**100**	0	**100**	0	**90,9**	0	**97,2**
Identifier les présentations atypiques d'un SCA	0	**100**	0	66,7	0	**81,8**	0	**77,8**
Identifier les modifications ECG de SCA	0	**100**	0	**94,4**	0	**90,9**	0	**94,4**
Reconnaître critères d'inclusion thrombolyse	0	57,1	11,1	38,9	27,3	27,3	13,9	38,9
Utiliser les principaux marqueurs biologiques	0	**85,7**	16,7	61,1	18,2	54,5	13,9	63,9
Orienter rapidement le patient en USIC	0	**100**	0	**100**	0	**100**	0	**100**

Tableau 1-6 (suite). **Urgences cardiovasculaires : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Prendre en charge un collapsus, un choc	e1† (%)	r1¥ (%)	e2† (%)	r2¥ (%)	e3† (%)	r3¥ (%)	**E†** (%)	**R¥** (%)
Faire le diagnostic étiologique d'un état de choc	0	**85,7**	27,8	50	9,1	**90,9**	16,7	69,4
Initier un remplissage vasculaire	0	**100**	11,1	66,7	0	**100**	5,6	**83,3**
Administrer les amines vasopressives	28,6	42,9	50	16,7	27,3	45,5	38,9	30,6
Administrer le traitement de l'anaphylaxie	0	**85,7**	0	**88,9**	9,1	**81,8**	2,8	**86,1**
Initier la transfusion de produits sanguins	57,1	42,9	38,9	16,7	45,5	9,1	44,4	19,4
Initier le traitement de l'ISA	42,9	42,9	33,3	27,8	36,4	27,3	36,1	30,6
Initier le traitement du choc septique	28,6	57,1	22,2	44,4	27,3	63,9	25	52,8
Prendre en charge une thrombophlébite, une embolie pulmonaire								
Identifier les signes évocateurs de TVP	0	**100**	0	**100**	0	**100**	0	**100**
Identifier les signes évocateurs d'EP	0	**100**	0	**100**	0	**100**	0	**100**
Identifier les signes d'ischémie de membre	0	**100**	0	**100**	0	**100**	0	**100**
Prescrire le repos au lit	14,3	57,1	0	**83,3**	18,2	54,5	8,3	69,4
Expliquer au patient un traitement anticoagulant	0	**100**	0	**100**	0	**90,9**	0	**97,2**
Identifier les indications de la thrombolyse	14,3	71,4	61,1	22,2	27,3	63,9	41,7	44,4
Identifier indications de la pose d'un filtre cave	57,1	42,9	**77,8**	5,6	72,7	9,1	72,2	13,9
Prendre en charge des malaises, syncopes et lipothymies								
Faire le diagnostic étiologique d'un malaise, …	0	**100**	0	**94,4**	9,1	**90,9**	2,8	**94,4**
Evoquer origine psychogène	14,3	71,4	0	72,2	9,1	**81,8**	5,6	**75**
Reconnaître les indications … stim. cardiaque	14,3	42,9	0	22,2	27,3	63,6	36,1	38,9
Prendre en charge les accès hypertensifs								
Distinguer urgence hypertensive / HTA	0	**85,7**	0	**94,4**	9,1	**90,9**	2,8	**91,7**
Distinguer urgences hypertensives secondaires	0	**85,7**	5,6	**88,9**	9,1	72,7	5,6	**83,3**
Adapter le traitement hypotenseur … au terrain	0	71,4	5,6	**83,3**	0	54,5	2,8	72,2
Orienter le patient en fonction de la cause …	0	**85,7**	5,6	**88,9**	0	**90,9**	2,8	**88,9**
Planifier le suivi du patient (bilan, consult., ...)	0	**100**	11,1	**83,3**	0	72,7	5,6	**83,3**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-7. **Urgences respiratoires : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Prendre en charge une dyspnée	e1† (%)	r1¥ (%)	e2† (%)	r2¥ (%)	e3† (%)	r3¥ (%)	**E†** (%)	**R¥** (%)
Faire le diagnostic étiologique d'une dyspnée	0	**85,7**	0	**88,9**	0	**90,9**	0	**88,9**
Prendre en charge inhalation corps étranger	0	**85,7**	5,6	**88,9**	0	**100**	2,8	**91,7**
Prendre en charge une embolie pulmonaire	14,3	57,1	5,6	72,2	9,1	72,7	8,3	69,4
Prendre en charge une crise d'asthme	0	**100**	0	**88,9**	0	**90,9**	0	**91,7**
Prendre en charge une exacerbation de BPCO	0	**100**	0	**94,4**	0	**90,9**	0	**94,4**
Prendre en charge un OAP	0	**100**	0	**88,9**	0	**90,9**	0	**91,7**
Prendre en charge une anémie sévère	28,6	42,9	5,6	**77,8**	9,1	54,5	11,1	63,9
Prendre en charge un pneumothorax	28,6	42,9	22,2	38,9	18,2	72,7	22,2	50

Tableau 1-7 (suite). **Urgences respiratoires : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Prendre en charge une dyspnée	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Distinguer l'hyperventilation psychogène / IRA	0	**100**	0	**88,9**	0	72,7	0	**86,1**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-8. **Urgences abdominales : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Hiérarchiser les hypothèses diagnostiques en fonction du terrain	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prioriser les hypothèses chez le patient âgé	0	**85,7**	11,1	**77,8**	0	**100**	5,6	**86,1**
Prioriser les hypothèses chez l'enfant	0	**85,7**	5,6	72,2	0	**100**	2,8	**83,3**
Prioriser les hypothèses chez femme	0	**85,7**	5,6	**77,8**	0	**100**	2,8	**86,1**
Rechercher des signes d'irritation péritonéale	0	**100**	0	**77,8**	0	72,2	0	**80,6**
Instaurer un traitement adapté à l'urgence abdominale								
Prescrire recherche microbiologique avant ATB	14,3	57,1	5,6	**83,3**	45,5	45,5	19,4	66,7
Argumenter le choix d'une antibiothérapie	0	71,4	5,6	**77,8**	0	**81,8**	2,8	**77,8**
Prescrire un jeûne	14,3	42,9	11,1	61,1	0	54,5	8,3	55,6
Prescrire la pose d'une sonde nasogastrique	42,9	42,9	38,9	38,9	27,3	36,4	36,1	38,9

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-9. **Urgences infectieuses : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Identifier les syndromes fébriles à haut risque	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prendre en charge maladie invasive à strepto.	28,6	57,1	0	61,1	18,2	54,5	11,1	58,3
Prendre en charge une méningite …	42,9	57,1	0	**88,9**	36,4	45,5	19,4	69,4
Prendre en charge fièvre retour d'un pays …	0	**100**	0	**83,3**	18,2	45,5	5,6	**75**
Prendre en charge une endocardite infectieuse	42,9	42,9	44,4	38,9	54,5	18,2	47,2	33,3
Prendre en charge une fièvre persistante	0	71,4	11,1	55,6	0	54,5	5,6	58,3
Prendre en charge une neutropénie fébrile	0	**100**	33,3	55,6	27,3	45,5	25	61,1
Identifier les situations d'urgence infectieuse								
Enoncer les principaux germes responsables …	42,9	42,9	11,1	55,6	9,1	45,5	16,7	50
Distinguer les situations d'urgence …	14,3	**85,7**	5,6	**77,8**	9,1	54,5	8,3	72,2
Identifier une toxidermie	0	71,4	11,1	38,9	9,1	63,6	8,3	52,8
Identifier les états septiques non fébriles	0	**85,7**	0	44,4	9,1	72,7	2,8	61,1
Identifier les patients vulnérables	0	**100**	0	**100**	0	**100**	0	**100**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-10. **Urgences uro-génitales et gynécologiques : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Prendre en charge les urgences urologiques	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prendre en charge une RAU	0	**100**	5,6	**83,3**	0	**81,8**	2,8	**86,1**
Prendre en charge une hématurie	0	**85,7**	11,1	61,1	9,1	63,6	8,3	66,7
Prendre en charge une colique néphrétique	0	**100**	0	**94,4**	0	**90,9**	0	**94,4**
Prendre en charge les urgences génitales chez l'homme								
Prendre en charge une douleur scrotale aiguë	0	**100**	5,6	**83,3**	18,2	**81,8**	8,3	**86,1**
Prendre en charge un priapisme	14,3	71,4	27,8	38,9	27,3	45,5	25	47,2
Prendre en charge traumatisme génito-urinaire	0	**100**	27,8	33,3	36,4	36,4	25	47,2
Prendre en charge les urgences gynécologiques et obstétricales								
Prendre en charge une GEU (premières heures)	14,3	71,4	11,1	61,1	18,2	72,7	13,9	66,7
Identifier et prendre en charge un CE	14,3	71,4	27,8	22,2	36,4	45,5	27,8	38,9
Prendre en charge une hémorragie génitale	0	**100**	11,1	44,4	18,2	45,5	11,1	55,6
Prendre en charge une fièvre du post-partum	28,6	71,4	22,2	44,4	18,2	63,6	22,2	55,6
Prendre en charge un accouchement inopiné	0	57,1	16,7	50	18,2	63,6	13,9	55,6
Prendre en charge les victimes d'agression …	0	**100**	16,7	**77,8**	9,1	63,6	11,1	**77,8**
Prescrire une contraception d'urgence	0	**100**	5,6	**88,9**	0	**90,9**	2,8	**91,7**
Gérer une exposition au risque viral ….	0	**100**	0	**77,8**	0	**90,9**	0	**86,1**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-11. **Urgences traumatologiques : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Prendre en charge un polytraumatisé	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Procéder à l'évaluation clinique initiale	14,3	71,4	27,8	44,4	0	**90,9**	16,7	63,9
Etablir les priorités de prise en charge	14,3	71,4	33,3	38,9	27,3	63,6	27,8	52,8
Initier la conduite à tenir immédiate	14,3	**85,7**	27,8	50	27,3	72,7	25	63,9
Prendre en charge les principales urgences traumatologiques								
Prendre en charge lésions des tissus mous	0	**85,7**	0	**94,4**	0	**81,8**	0	**88,9**
Prendre en charge lésions ostéo-articulaires	0	**85,7**	0	**83,3**	27,3	54,5	8,3	**75**
Prendre en charge les traumatismes crâniens	0	**85,7**	5,6	72,2	36,4	36,4	13,9	63,9
Prendre en charge les traumatismes rachidiens	0	71,4	33,3	50	27,3	36,4	25	50
Prendre en charge les trauma. thoraciques	0	**85,7**	27,8	50	27,3	36,4	22,2	52,8
Prendre en charge les trauma. abdominaux	0	71,4	33,3	50	18,2	36,4	22,2	50
Prendre en charge urgences médico-judiciaires	0	71,4	16,7	55,6	18,2	27,3	13,9	50
Réaliser un bilan lésionnel clinique	0	**85,7**	0	**83,3**	0	**100**	0	**88,9**
Rechercher les complications des fractures	0	**85,7**	0	**88,9**	0	**100**	0	**91,7**
Choisir une position d'attente adaptée	0	**85,7**	0	**94,4**	0	**90,9**	0	**91,7**
Rechercher le statut antitétanique / plaie	0	**100**	0	**100**	0	72,7	0	**91,7**
Donner les consignes de surveillance plâtre	0	**100**	0	**94,4**	0	**90,9**	0	**94,4**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-12. **Urgences toxicologiques : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Identifier les principales intoxications aiguës	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Reconnaître les principaux toxidromes	0	57,1	5,6	61,1	9,1	54,5	5,6	58,3
Interpréter les GDS en contexte d'intoxication	42,9	0	38,9	38,9	54,5	9,1	44,4	22,2
Calculer les trous anioniques et osmolaires	42,9	0	38,9	22,2	54,5	0	44,4	11,1
Evoquer les substances associées aux trous …	42,9	0	38,9	16,7	54,5	0	44,4	8,3
Prendre en charge les principales intoxications								
Prendre en charge les principales intoxications	0	42,9	22,2	33,3	18,2	63,6	16,7	44,4
Prendre en charge les arythmies secondaires …	14,3	14,3	50	22,2	36,4	18,2	38,9	19,4
Contacter le centre antipoison	14,3	**85,7**	0	**88,9**	0	**100**	2,8	**91,7**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-13. **Urgences neurologiques : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Identifier les principales urgences neurologiques	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prendre en charge des céphalées aiguës	0	**100**	0	**100**	0	**90,9**	0	**97,2**
Prendre en charge des convulsions	0	**100**	0	**83,3**	0	**81,8**	0	**86,1**
Prendre en charge des signes neuro. focaux	0	**100**	5,6	**77,8**	18,2	72,7	8,3	**80,6**
Prendre en charge des syndromes médullaires	14,3	57,1	11,1	38,9	27,3	63,6	16,7	50
Prendre en charge des vertiges	0	**100**	0	**100**	0	**90,9**	0	**97,2**
Prendre en charge des troubles de l'équilibre	0	**100**	0	**83,3**	0	**81,8**	0	**86,1**
Prendre en charge des troubles de la vigilance	14,3	**85,7**	11,1	50	18,2	**81,8**	13,9	66,7
Prendre en charge états confusionnels aigus	0	**85,7**	0	**88,9**	27,3	63,6	8,3	**80,6**
Prendre en charge un AVC								
Discuter les diagnostics différentiels de l'AVC	0	**85,7**	16,7	**77,8**	0	**81,8**	8,3	**80,6**
Orienter rapidement le patient en UNV	0	**100**	0	**100**	9,1	**90,9**	2,8	**97,2**
Identifier les patients … d'une thrombolyse	0	71,4	27,8	72,2	45,5	36,4	27,8	61,1
Prescrire la surveillance des 24 heures	28,6	42,9	50	33,3	36,4	18,2	41,7	30,6
Prendre en charge les céphalées à haut risque								
Discuter les diagnostics diff. céphalées aiguës	0	**85,7**	0	**83,3**	0	**81,8**	0	**83,3**
Identifier les indications/contre-indications PL	28,6	42,9	27,8	44,4	45,5	45,5	33,3	44,4
Prendre en charge la crise hypertensive …	0	**85,7**	0	61,1	9,1	72,7	2,8	69,4
Prendre en charge la crise migraineuse	0	**100**	0	**88,9**	0	**90,9**	0	**91,7**
Instaurer sans délai ATB/méningite	14,3	**85,7**	0	**88,9**	9,1	**81,8**	5,6	**86,1**
Orienter … dans la filière neurochirurgicale	14,3	**85,7**	16,7	72,2	0	**81,8**	11,1	**77,8**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-14. **Urgences environnementales et circonstancielles : résultats du tour 1**

Prendre en charge une quasi-noyade, une déshydratation, un coup de chaleur, une hypothermie	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prendre en charge une noyade, …	28,6	28,6	22,2	55,6	9,1	**90,9**	19,4	61,1
Rechercher les diagnostics différentiels …	14,3	42,9	22,2	61,1	18,2	63,6	19,4	58,3
Prendre en charge déshydratation, coup de …	0	**100**	16,7	72,2	9,1	**81,8**	11,1	**80,6**
Prendre en charge une hypothermie	0	71,4	33,3	38,9	27,3	72,7	25	55,6
Prendre en charge une hypothermie								
Evaluer la sévérité de l'hypothermie	0	**85,7**	33,3	55,6	18,2	63,6	22,2	63,9
Utiliser les différents modes de réchauffement	0	**85,7**	50	22,2	18,2	45,5	30,6	41,7
Tenir compte des spécificités de la réanimation	28,6	28,6	61,1	22,2	9,1	27,3	38,9	25
Prendre en charge une électrisation								
Evaluer la sévérité d'une électrisation	0	**85,7**	27,8	38,9	0	**90,9**	13,9	63,9
Identifier différences électrisation / foudre	14,3	28,6	44,4	33,3	0	54,5	25	38,9
Prendre en charge un patient électrisé	14,3	71,4	22,2	44,4	9,1	**90,9**	16,7	63,9
Prendre en charge une brûlure								
Evaluer la surface corporelle brûlée, la sévérité	0	**100**	5,6	72,2	0	**100**	2,8	**86,1**
Prendre en charge et orienter un grand brûlé	14,3	71,4	38,9	38,9	27,3	63,6	30,6	52,8
Prescrire les apports hydroélectrolytiques …	57,1	0	61,1	22,2	45,5	27,3	55,6	19,4
Prendre en charge une piqûre, une morsure								
Identifier les situations à risque …	0	**100**	0	**77,8**	0	**81,8**	0	**83,3**
Prendre en charge une piqûre d'insecte …	0	**100**	0	**88,9**	0	**90,9**	0	**91,7**
Prendre en charge une morsure …	0	**100**	0	**83,3**	0	**90,9**	0	**88,9**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-15. **Urgences psychiatriques : résultats du tour 1**

Prendre en charge les principales urgences psychiatriques	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prendre en charge les troubles de l'humeur	14,3	71,4	11,1	72,2	9,1	54,5	11,1	66,7
Prendre en charge les troubles anxieux	14,3	71,4	5,6	**77,8**	9,1	**81,8**	8,3	**77,8**
Prendre en charge les troubles délirants	0	71,4	22,2	55,6	18,2	45,5	16,7	55,6
Prendre en charge les troubles …	14,3	71,4	11,1	55,6	18,2	36,4	13,9	52,8
Reconnaître et évaluer le risque suicidaire	0	**100**	0	**94,4**	0,	**81,8**	0	**91,7**
Prendre en charge les intoxications volontaires	14,3	71,4	16,7	66,7	18,2	54,5	16,7	63,9
Reconnaître le nomadisme médical	14,3	71,4	5,6	**88,9**	9,1	63,6	8,3	**77,8**
Identifier un abus de substances illicites	0	**100**	0	**88,9**	0	63,6	0	**83,3**
Identifier les problématiques associées aux situations d'agitation ou de violence								
Identifier une cause organique …	0	**85,7**	5,6	66,7	0	63,6	2,8	69,4
Identifier un trouble de la personnalité	14,3	71,4	5,6	72,2	9,1	54,5	8,3	66,7
Identifier des éléments délirants, psychotiques	14,3	71,4	0	72,2	0	72,7	2,8	72,2
Reconnaître un syndrome démentiel	14,3	71,4	0	**88,9**	9,1	72,7	5,6	**80,6**

Tableau 1-15 (suite). **Urgences psychiatriques : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Prendre en charge un patient agité ou violent	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Gérer la communication visant à diminuer …	14,3	71,4	5,6	**77,8**	0	**81,8**	5,6	**77,8**
Veiller à la sécurité du patient, entourage, …	0	**100**	5,6	**88,9**	0	**90,9**	2,8	**91,7**
Initier une contention physique	28,6	14,3	33,3	50	45,5	36,4	36,1	38,9
Instaurer un traitement psychotrope adapté …	0	**85,7**	11,1	**77,8**	9,1	54,5	8,3	72,2
Réévaluer régulièrement le patient agité	14,3	**85,7**	11,1	55,6	0	63,6	8,3	63,9
Déclencher les mesures de protection juridique	0	**100**	11,1	66,7	27,3	54,5	13,9	69,4
Rédiger une demande d'HDT, HO …	0	**100**	16,7	72,2	0	**90,9**	8,3	**83,3**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-16. **Urgences ophtalmologiques : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Prendre en charge les principales urgences ophtalmologiques	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Mesurer l'acuité visuelle de près et de loin	0	**100**	33,3	33,3	9,1	**90,9**	19,4	63,9
Prendre en charge une uvéite	28,6	57,1	33,3	33,3	54,5	27,3	38,9	36,1
Prendre en charge une cataracte	42,9	28,6	38,9	16,7	**81,8**	0	52,8	13,9
Prendre en charge une amaurose fugace	14,3	**85,7**	5,6	50	45,5	27,3	19,4	50
Prendre en charge une brûlure oculaire chim.	14,3	71,4	33,3	55,6	18,2	54,5	25	58,3
Prendre en charge rupture du globe oculaire	14,3	57,1	55,6	22,2	63,6	0	50	22,2
Prendre en charge œil rouge et/ou douloureux	0	**100**	0	**88,9**	18,2	54,5	5,6	**80,6**
Orienter vers la filière spécialisée …	0	**100**	0	**100**	0	**100**	0	**100**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-17. **Urgences ORL : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Prendre en charge les principales urgences ORL	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Identifier l'inhalation d'un CE des VAS	0	**100**	0	**94,4**	0	**100**	0	**97,2**
Prendre en charge une épiglottite	14,3	**85,7**	11,1	61,1	9,1	**90,9**	11,1	**75**
Prendre en charge les traumatismes laryngés	28,6	42,9	38,9	22,2	36,4	36,4	36,1	30,6
Prendre en charge inhalation d'irritants …	28,6	42,9	33,3	33,3	36,4	36,4	33,3	36,1
Prendre en charge un œdème angioneurotique	14,3	57,1	38,9	27,8	45,5	45,5	36,1	38,9
Prendre en charge abcès amygdalien/phlegmon	14,3	**85,7**	16,7	50	27,3	54,5	19,4	58,3
Prendre en charge une épistaxis persistante	14,3	71,4	0	**77,8**	18,2	54,5	8,3	69,4
Identifier une intubation difficile	57,1	28,6	72,2	16,7	36,4	18,2	58,3	19,4
Prendre en charge une otalgie aiguë	0	**100**	0	**94,4**	0	**90,9**	0	**94,4**
Prendre en charge principales infections ORL	14,3	**85,7**	0	**94,4**	0	**100**	2,8	**94,4**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA*

Tableau 1-18. **Urgences métaboliques et endocriniennes : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Prendre en charge les troubles de l'équilibre hydroélectrolytique	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prendre en charge une hyponatrémie	14,3	57,1	0	61,1	9,1	45,5	5,6	55,6
Prendre en charge une hypernatrémie	14,3	57,1	0	61,1	18,2	36,4	8,3	52,8
Prendre en charge une hypokaliémie	14,3	71,4	5,6	66,7	18,2	54,5	11,1	63,9
Prendre en charge une hyperkaliémie	14,3	71,4	5,6	66,7	9,1	54,5	8,3	63,9
Prendre en charge une hypocalcémie	14,3	57,1	11,1	55,6	18,2	45,5	13,9	52,8
Prendre en charge une hypercalcémie	14,3	42,9	11,1	55,6	27,3	27,3	16,7	44,4
Prendre en charge les troubles de l'équilibre acido-basique								
Identifier les principaux troubles de l'équilibre	14,3	28,6	16,7	55,6	18,2	54,5	16,7	50
Prendre en charge une acidose	57,1	14,3	27,8	44,4	54,5	27,3	41,7	33,3
Prendre en charge une alcalose	57,1	14,3	27,8	38,9	54,5	27,3	41,7	30,6
Prendre en charge les urgences diabétologiques								
Corriger une hypoglycémie grave persistante	14,3	**85,7**	0	**94,4**	9,1	**81,8**	5,6	**88,9**
Identifier et prendre en charge l'acidocétose …	28,6	57,1	0	72,2	45,5	36,4	19,4	58,3
Prendre en charge un coma hyperosmolaire	42,9	57,1	22,2	50	63,6	27,3	38,9	44,4
Prendre en charge les autres urgences endocriniennes								
Prendre en charge l'ISA	57,1	28,6	22,2	38,9	54,5	18,2	38,9	30,6
Prendre en charge la crise thyrotoxique	42,9	42,9	16,7	33,3	45,5	18,2	30,6	30,6

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-19. **Urgences onco-hématologiques : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Identifier les urgences transfusionnelles et coagulation sanguine	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Reconnaitre les indications de transfusion …	14,3	**85,7**	0	**94,4**	9,1	54,5	5,6	**80,6**
Reconnaître les indications de transfusion plaq.	28,6	71,4	5,6	**83,3**	27,3	36,4	16,7	66,7
Prendre en charge l'accident transfusionnel	28,6	42,9	50	22,2	72,7	18,2	52,8	25
Gérer le refus transfusionnel …	14,3	71,4	16,7	61,1	36,4	36,4	22,2	55,6
Gérer l'allongement de l'INR selon les reco. …	0	**100**	0	**100**	0	**90,9**	0	**97,2**
Prendre en charge une CIVD	42,9	28,6	55,6	11,1	72,7	9,1	58,3	13,9
Prendre en charge le patient neutropénique ou immunodéprimé								
Identifier les patients immunodéprimés	14,3	**85,7**	0	**88,9**	9,1	**81,8**	5,6	**86,1**
Instaurer les mesures de protection adaptées …	28,6	57,1	0	**77,8**	27,3	63,6	13,9	69,4
Instaurer une antibiothérapie argumentée …	42,9	42,9	16,7	61,1	27,3	54,5	25	55,6
Reconnaitre les urgences onco-hématologiques								
Prendre en charge une compression médullaire	42,9	14,3	27,8	22,2	54,5	36,4	38,9	25
Prendre en charge un syndrome cave supérieur	42,9	14,3	38,9	16,7	54,5	18,2	44,4	16,7
Reconnaître la péricardite tumorale	57,1	14,3	44,4	16,7	54,5	18,2	50	16,7
Identifier les syndromes paranéoplasiques	14,3	42,9	16,7	38,9	36,4	18,2	22,2	33,3

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-20. **Urgences allergiques : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		$n_2 = 18$		$n_3 = 11$		$N = 36$	
Prendre en charge la réaction allergique	e1† (%)	r1¥ (%)	e2† (%)	r2¥ (%)	e3† (%)	r3¥ (%)	**E†** (%)	**R¥** (%)
Prendre en charge une urticaire	0	**100**	0	**100**	0	**100**	0	**100**
Prendre en charge un œdème de Quincke	0	**100**	0	**88,9**	9,1	**90,9**	2,8	**91,7**
Prendre en charge un bronchospasme	0	**100**	0	**88,9**	0	**81,8**	0	**88,9**
Reconnaître et prendre en charge un choc …	0	**100**	0	**83,3**	0	**100**	0	**91,7**
Identifier la gravité patente ou potentielle …	0	**85,7**	0	**100**	0	**100**	0	**97,2**
Prescrire un dispositif d'auto-injection …	0	**100**	11,1	**88,9**	18,2	**81,8**	11,1	**88,9**
Informer le patient …	0	**100**	0	**100**	0	**90,9**	0	**97,2**
Initier la recherche des allergènes les plus …	14,3	**85,7**	33,3	61,1	27,3	63,6	27,8	66,7
Orienter le patient vers une consultation …	0	**100**	0	**94,4**	9,1	**81,8**	2,8	**91,7**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-21. **Urgences gériatriques : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		$n_2 = 18$		$n_3 = 11$		$N = 36$	
Prendre en charge les urgences spécifiques de la personne âgée	e1† (%)	r1¥ (%)	e2† (%)	r2¥ (%)	e3† (%)	r3¥ (%)	**E†** (%)	**R¥** (%)
Prendre en charge la confusion chez la …	0	**100**	5,6	**94,4**	0	63,6	2,8	**86,1**
Prendre en charge les troubles cognitifs …	0	**100**	11,1	**88,9**	18,2	63,6	11,1	**83,3**
Prendre en charge le risque de chute …	0	**100**	5,6	**83,3**	9,1	**81,8**	5,6	**86,1**
Identifier les … victimes de maltraitance	0	**100**	5,6	**88,9**	9,1	**90,9**	5,6	**91,7**
Identifier l'épuisement entourage d'un dément	0	**100**	0	**100**	9,1	**90,9**	2,8	**97,2**
Identifier les situations de rupture du MAD	0	**100**	0	**100**	0	**81,8**	0	**94,4**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-22. **Urgences pédiatriques : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		$n_2 = 18$		$n_3 = 11$		$N = 36$	
Prendre en charge les urgences néonatales	e1† (%)	r1¥ (%)	e2† (%)	r2¥ (%)	e3† (%)	r3¥ (%)	**E†** (%)	**R¥** (%)
Prendre en charge un ictère néonatal	42,9	28,6	33,3	22,2	54,5	36,4	41,7	27,8
Prendre en charge les convulsions du NNé	42,9	42,9	11,1	55,6	36,4	45,5	25	50
Prendre en charge l'apnée du nouveau-né	42,9	28,6	27,8	27,8	36,4	45,5	33,3	33,3
Prendre en charge l'état de choc chez le …NNé	71,4	14,3	44,4	27,8	36,4	36,4	47,2	27,8
Prendre en charge les principales urgences pédiatriques								
Prendre en charge une otalgie chez l'enfant	0	**100**	0	**94,4**	0	**100**	0	**97,2**
Prendre en charge une céphalée chez l'enfant	0	**100**	5,6	72,2	9,1	**90,9**	5,6	**83,3**
Prendre en charge un œil rouge et/ou …	0	**100**	11,1	66,7	0	**81,8**	5,6	**77,8**
Prendre en charge une odinophagie …	0	**100**	0	**77,8**	9,1	72,7	2,8	**80,6**
Prendre en charge l'inhalation d'un CE …	14,3	**85,7**	5,6	66,7	9,1	63,6	8,3	69,4
Prendre en charge une toux aiguë …	0	**100**	0	**94,4**	0	**100**	0	**97,2**

Tableau 1-22 (suite). **Urgences pédiatriques : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Prendre en charge les principales urgences pédiatriques	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prendre en charge un asthme chez l'enfant	0	**100**	0	**88,9**	0	**100**	0	**94,4**
Prendre en charge une bronchiolite	0	**100**	0	**88,9**	0	**100**	0	**94,4**
Prendre en charge une douleur abdominale …	0	**100**	0	**88,9**	0	**90,9**	0	**91,7**
Prendre en charge une diarrhée, une …	0	**100**	0	**83,3**	18,2	72,7	5,6	**83,3**
Prendre en charge une hématémèse chez …	42,9	42,9	38,9	27,8	54,5	27,3	44,4	30,6
Prendre en charge un ictère chez l'enfant	0	71,4	33,3	33,3	54,5	27,3	33,3	38,9
Prendre en charge les vomissements de …	0	**100**	0	**94,4**	0	72,7	0	**88,9**
Prendre en charge une douleur scrotale aiguë	0	**100**	5,6	**83,3**	18,2	63,6	8,3	**80,6**
Prendre en charge une hématurie chez l'enfant	0	**100**	22,2	44,4	36,4	45,5	22,2	55,6
Prendre en charge une dysurie chez l'enfant	14,3	**85,7**	11,1	61,1	27,3	45,5	16,7	61,1
Prendre en charge une arthralgie chez l'enfant	0	**100**	5,6	61,1	18,2	63,6	8,3	69,4
Prendre en charge une boiterie chez l'enfant	0	**100**	11,1	66,7	18,2	54,5	11,1	69,4
Prendre en charge les troubles de l'humeur …	0	**85,7**	22,2	50	36,4	18,2	22,2	47,2
Prendre en charge les troubles du …	0	**85,7**	22,2	50	27,3	27,3	19,4	50
Prendre en charge les troubles alimentaires …	0	**85,7**	22,2	55,6	18,2	45,5	16,7	58,3
Identifier les idéations et conduites suicidaires	0	**100**	11,1	66,7	18,2	63,6	11,1	72,2
Identifier la maltraitance d'un enfant	0	**100**	0	**94,4**	9,1	**90,9**	2,8	**94,4**
Faire un signalement d'enfant en danger	0	**100**	0	**94,4**	9,1	**90,9**	2,8	**94,4**
Prendre en charge la fièvre chez l'enfant	14,3	**85,7**	0	**94,4**	0	**100**	2,8	**94,4**
Prendre en charge une éruption cutanée …	14,3	71,4	0	**94,4**	0	**100**	2,8	**91,7**
Prendre en charge un malaise grave de l'enfant	28,6	71,4	33,3	44,4	27,3	45,5	30,6	50
Prendre en charge une crise convulsive …	0	**100**	5,6	**88,9**	18,2	72,7	8,3	**86,1**
Prendre en charge une asthénie de l'enfant	28,6	42,9	5,6	72,2	9,1	36,4	11,1	55,6

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-23. **Urgences dermatologiques : résultats du tour 1**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Prendre en charge les urgences dermatologiques	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prendre en charge les éruptions cutanées …	28,6	57,1	0	**83,3**	0	**81,8**	5,6	**77,8**
Prendre en charge un purpura	14,3	**85,7**	0	66,7	27,3	63,6	11,1	69,4
Prendre en charge une maladie bulleuse	28,6	42,9	16,7	27,8	36,4	18,2	25	27,8
Identifier éléments de gravité des affections …	0	71,4	5,6	**77,8**	0	**90,9**	2,8	**80,6**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-24. **Compétences gestuelles : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
	e1†	r1¥	e2†	r2¥	e3†	r3¥	**E†**	**R¥**
Gestes à visée diagnostique	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*
Examen clinique ciblé sur le motif de recours …	0	**85,7**	0	**94,4**	0	**90,9**	0	**91,7**
Prise de constantes vitales	0	**100**	0	**100**	0	**90,9**	0	**97,2**
Monitorage du patient (ECG, PA, SpO_2)	28,6	57,1	5,6	**83,3**	0	72,7	8,3	**75**
Ponction artérielle pour gazométrie	57,1	28,6	38,9	55,6	54,5	18,2	47,2	38,9
Ponctions articulaires	0	57,1	44,4	38,9	54,5	18,2	38,9	36,1
Examen du segment antérieur de l'œil …	42,9	0	44,4	22,2	54,5	0	47,2	11,1
Examen du fond d'œil à l'ophtalmoscope	42,9	0	61,1	5,6	72,7	0	61,1	2,8
Gestes à visée thérapeutique								
Position latérale de sécurité (PLS)	0	**85,7**	0	**100**	0	**100**	0	**97,2**
Techniques de libération des VAS	0	**85,7**	0	**100**	0	**100**	0	**97,2**
Ponction à l'aiguille d'un pneumothorax …	14,3	42,9	44,4	50	18,2	63,6	30,6	52,8
Position adaptée dans l'attente des secours	0	**85,7**	5,6	**94,4**	0	**100**	2,8	**94,4**
Intubation orotrachéale	57,1	14,3	**77,8**	11,1	27,3	27,3	58,3	16,7
Alternatives à l'intubation (masque laryngé, …)	28,6	42,9	**77,8**	11,1	18,2	36,4	50	25
Massage cardiaque externe	0	**85,7**	0	**100**	0	**100**	0	**97,2**
Ventilation au ballon autoremplisseur	14,3	57,1	0	**88,9**	0	**90,9**	2,8	**83,3**
Perfusion intraveineuse	0	71,4	5,6	**88,9**	0	**81,8**	2,8	**83,3**
Perfusion sous-cutanée	14,3	71,4	11,1	**83,3**	9,1	72,7	11,1	**77,8**
Perfusion intra-osseuse	71,4	0	55,6	44,4	36,4	36,4	52,8	33,3
Défibrillation semi-automatique	14,3	42,9	0	**94,4**	0	**90,9**	2,8	**83,3**
Pose de sonde d'entrainement … externe	71,4	0	**77,8**	11,1	**81,8**	9,1	**77,8**	8,3
Oxygénothérapie	0	71,4	0	**94,4**	0	**90,9**	0	**88,9**
Pose de sonde nasogastrique	14,3	42,9	33,3	44,4	36,4	54,5	30,6	47,2
Pose de sonde vésicale	0	57,1	11,1	72,2	9,1	72,7	8,3	69,4
Réalisation d'immobilisations courantes …	0	71,4	22,2	50	9,1	63,6	13,9	58,3
Extraction de corps étranger ORL	14,3	57,1	5,6	61,1	18,2	63,6	11,1	61,1
Extraction de corps étranger oculaire	14,3	57,1	16,7	61,1	36,4	18,2	22,2	47,2
Tamponnement antérieur des fosses nasales	0	71,4	0	66,7	18,2	63,6	5,6	66,7
Ponction péricardique	**85,7**	0	**88,9**	0	**81,8**	0	**86,1**	0
Ponction pleurale	57,1	14,3	55,6	33,3	54,5	36,4	55,6	30,6
Ponction d'ascite	42,9	28,6	50	38,9	45,5	36,4	47,2	36,1
Ponction lombaire	71,4	0	44,4	44,4	**81,8**	18,2	61,1	27,8
Anesthésie locale	0	**85,7**	0	**83,3**	0	**90,9**	0	**86,1**
Anesthésie locorégionale (bloc interdigital)	14,3	57,1	27,8	44,4	36,4	36,4	27,8	44,4
Parage et suture de plaie superficielle	0	**85,7**	0	**83,3**	0	**90,9**	0	**86,1**
Incision d'abcès superficiel	0	**85,7**	16,7	44,4	9,1	72,7	11,1	61,1
Onysectomie (petite chirurgie d'ongle incarné)	14,3	42,9	50	22,2	36,4	36,4	38,9	30,6
Evacuation d'un hématome sous-unguéal	0	**85,7**	0	**83,3**	0	**90,9**	0	**86,1**
Réduction des luxations (épaule, coude, …)	0	57,1	38,9	38,9	18,2	18,2	25	36,1
Réalignement des fractures déplacées	28,6	28,6	61,1	33,3	63,6	9,1	55,6	25
Incision des hémorroïdes thrombosées	14,3	57,1	38,9	27,8	27,3	63,6	30,6	44,4
Curetage du conduit auditif externe	14,3	71,4	27,8	38,9	18,2	63,6	22,2	52,8
Accouchement inopiné	0	71,4	16,7	55,6	0	**81,8**	8,3	66,7

Tableau 1-24 (suite). **Compétences gestuelles : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Gestes à visée thérapeutique	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Injection intraveineuse	0	**85,7**	0	**88,9**	0	**100**	0	**91,7**
Injection sous-cutanée	0	**85,7**	0	**94,4**	0	**100**	0	**94,4**
Injection intramusculaire	0	**85,7**	0	**94,4**	0	**100**	0	**94,4**
Injection intrarectale chez l'enfant	14,3	71,4	0	**94,4**	0	**100**	2,8	**91,7**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 1-25. **Compétences analytiques : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Interpréter les examens de biologie courante	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Hémogramme	14,3	**85,7**	0	**100**	0	**90,9**	2,8	**94,4**
Ionogramme sanguin	14,3	**85,7**	0	**100**	0	**90,9**	2,8	**94,4**
Glycémie	14,3	**85,7**	0	**100**	0	**100**	2,8	**97,2**
Bilan de la fonction rénale	14,3	**85,7**	0	**100**	0	**100**	2,8	**97,2**
Bilan de la coagulation	14,3	**85,7**	0	**100**	0	**100**	2,8	**97,2**
Bilan hépatique	14,3	**85,7**	0	**100**	0	**100**	2,8	**97,2**
Bilan pancréatique	0	**100**	0	**100**	0	**81,8**	0	**94,4**
Bilan phosphocalcique	14,3	**85,7**	0	**88,9**	18,2	**81,8**	8,3	**86,1**
Marqueurs myocardiques	0	**100**	22,2	66,7	9,1	**81,8**	13,9	**77,8**
Bandelette urinaire	0	**85,7**	0	**100**	0	**100**	0	**97,2**
Glycémie capillaire	0	**85,7**	0	**100**	0	**100**	0	**97,2**
Alcoolémie	14,3	71,4	11,1	72,2	9,1	72,7	11,1	72,2
Toxiques urinaires	0	71,4	22,2	66,7	9,1	54,5	13,9	63,9
Microbiologie (ECBU, hémocultures, …)	14,3	71,4	16,7	**77,8**	9,1	72,7	13,9	**75**
Interpréter les explorations fonctionnelles courantes								
ECG 12 dérivations	14,3	**85,7**	0	**100**	0	**90,9**	2,8	**94,4**
ECG 18 dérivations	28,6	14,3	5,6	**77,8**	36,4	45,5	19,4	55,6
Débit expiratoire de pointe	0	**85,7**	0	**94,4**	0	**90,9**	0	**91,7**
Interpréter les examens d'imagerie courants								
Utilisation du Guide de bon Usage des …	14,3	**85,7**	5,6	66,7	0	27,3	5,6	58,3
Radiographie pulmonaire	14,3	**85,7**	0	**100**	9,1	72,7	5,6	**88,9**
Gril costal	14,3	**85,7**	5,6	**83,3**	27,3	63,6	13,9	**77,8**
Radiographie articulaire, des membres, …	0	**85,7**	0	**88,9**	9,1	72,7	2,8	**83,3**
Radiographie du crâne	28,6	57,1	50	44,4	18,2	36,4	36,1	44,4
Abdomen sans préparation	14,3	**85,7**	16,7	**77,8**	27,3	45,5	19,4	69,4
Echographie abdominale	0	**85,7**	0	**88,9**	9,1	54,5	2,8	**77,8**
Echographie pelvienne	0	**85,7**	0	**83,3**	9,1	54,5	2,8	**75**
Echocardiographie transthoracique	28,6	57,1	22,2	61,1	27,3	36,4	25	52,8
Echo-doppler artériel des membres inférieurs	0	**85,7**	11,1	**77,8**	18,2	45,5	11,1	69,4
Echo-doppler veineux des membres inférieurs	0	**85,7**	0	**88,9**	9,1	54,5	2,8	**77,8**
Scanner cérébral	0	**85,7**	0	**88,9**	9,1	45,5	2,8	**75**

Tableau 1-25 (suite). **Compétences analytiques : résultats du tour 1**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Interpréter les examens d'imagerie courants	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Scanner rachidien	14,3	**85,7**	11,1	**83,3**	9,1	54,5	11,1	**75**
Scanner thoracique	14,3	**85,7**	0	**83,3**	9,1	54,5	5,6	**75**
Scanner abdominal	14,3	**85,7**	0	**83,3**	9,1	54,5	5,6	**75**
Scanner pelvien	14,3	**85,7**	5,6	**77,8**	9,1	54,5	8,3	72,2
IRM cérébrale	14,3	**85,7**	16,7	72,2	18,2	54,5	16,7	69,4
IRM médullaire	14,3	**85,7**	16,7	66,7	18,2	54,5	16,7	66,7
Scintigraphie pulmonaire	14,3	**85,7**	5,6	66,7	18,2	54,5	11,1	66,7

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Les commentaires associés à ce premier tour DELPHI sont présentés en annexe 5.

Taux de réponse

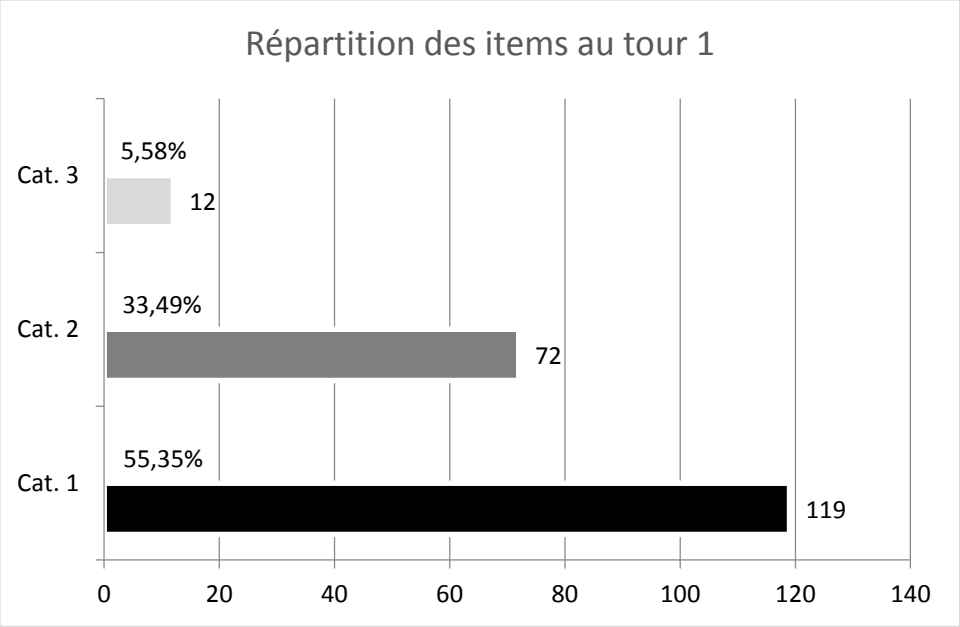
Ce sont 48 questionnaires qui ont été adressés aux différents membres du panel d'experts et 36 ont été retournés dument complétés : le taux de réponse était donc de 75%.

Répartition des objectifs pédagogiques

Le premier tour de la procédure a permis d'éliminer deux compétences gestuelles jugées non pertinentes pour la formation des IMG à leur future pratique en milieu ambulatoire : "pose d'une sonde d'entrainement électrosystolique externe" et "ponction péricardique". Une première liste de 203 objectifs pédagogiques pertinents a pu être dressée au terme de ce premier tour. Il restait alors 197 items n'ayant pas obtenu de consensus et qui devaient être précisés et reformulés pour être présentés lors du deuxième tour de la procédure DELPHI. Le premier tour a donc permis une réduction de 49% des objectifs proposés initialement. Afin de hiérarchiser les objectifs retenus et de rendre compte de la force du consensus exprimée par les experts des trois groupes, nous avons défini plusieurs catégories d'objectifs pédagogiques :

- les **objectifs de première catégorie** ou **objectifs prioritaires** sont les items qui ont obtenu au moins 75% d'une adhésion forte (scores 6 et 7 de l'échelle de Likert) pour chacun des trois groupes d'experts. Ces items représentent 58,6% des objectifs retenus : une majorité des objectifs retenus témoignent donc d'un consensus fort entre les experts des différents groupes ;

- les **objectifs de deuxième catégorie** sont les items qui ont obtenu au moins 75% d'une adhésion forte dans deux des trois groupes d'experts. Ces items représentent 35,5% des objectifs retenus ;
- les **objectifs de troisième catégorie** sont les items qui ont obtenu au moins 75% d'une adhésion forte dans un seul des trois groupes. Ces items représentent 5,9% des éléments retenus.



- Figure 3 : Répartition des objectifs pédagogiques à l'issue du 1er tour -

Nouveaux items

Dix-neuf nouveaux items ont été proposés par les experts et chaque nouvelle suggestion a été reformulée en objectif pédagogique avant d'être insérée dans la liste des items proposés au deuxième tour de la procédure DELPHI. Le questionnaire utilisé pour le tour 2 est présenté en annexe 6.

1.2. Deuxième tour

Le deuxième tour de la procédure DELPHI s'est déroulé du 20/04 au 18/05/2014. Comme pour le premier tour, l'ensemble des relances ont été nécessaires pour récupérer les questionnaires émis. L'intégralité des résultats de ce tour sont présentés ci-dessous.

Tableau 2-1. **Compétences générales : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Compétences diagnostiques générales	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Intégrer le rapport coût/efficacité …	40,0	20,0	23,1	46,2	62,5	25,0	38,5	34,6
Prescrire les examens ciblés à l'urgence	0	**100**	7,7	**92,3**	12,5	62,5	7,7	**84,6**
Identifier les situations nécessitant ... SMUR	0	**100**	7,7	**92,3**	0	**100**	3,8	**96,2**
Hiérarchiser les situations selon le degré …	0	**100**	0	**84,6**	0	**100**	0	**92,3**
Compétences thérapeutiques générales								
Intégrer le rapport coût/efficacité …	20,0	60,0	23,1	38,5	62,5	12,5	34,6	34,6

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-2. **Compétences transversales pour les situations d'urgence en MG : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Evaluation initiale de l'état clinique	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Impliquer judicieusement les proches …	0	60,0	7,7	69,2	0	50,0	3,8	61,5
Prescrire les examens de suivi ambulatoire …	0	40,0	0	**92,3**	12,5	37,5	3,8	65,4
Planifier le retour au domicile …	0	40,0	0	**92,3**	12,5	50,0	3,8	69,2
Dépister les problèmes liés au RAD …	0	60,0	0	**76,9**	0	**75,0**	0	73,1
Mobiliser les ressources disponibles …	0	**80,0**	0	**92,3**	12,5	50,0	3,8	**76,9**
Gérer son stress/sa solitude face à l'urgence …	0	**100**	0	61,5	12,5	50,0	3,8	65,4
Rédiger des certificats médico-légaux	0	**80,0**	0	69,2	12,5	62,5	3,8	69,2
Appliquer les dispositions réglementaires …	0	**100**	0	**76,9**	0	**87,5**	0	**84,6**
Mobiliser les ressources en fonction …	0	**80,0**	0	53,8	0	**87,5**	0	69,2
Communiquer de façon … forces de l'ordre	0	**80,0**	0	69,2	0	**87,5**	0	**76,9**
Identifier le fonctionnement de l'AMU	0	**80,0**	0	69,2	0	**87,5**	0	**76,9**
Utiliser le réseau local de spécialistes …	0	**80,0**	7,7	69,2	25,0	50,0	11,5	65,4
Participer à la régulation de la PDS …	40,0	60,0	0	53,8	12,5	37,5	11,5	50
Mettre … techniques de communication …	0	**100**	0	38,5	0	**75,0**	0	61,5
Mettre … alternatives de l'hospitalisation	0	**80,0**	0	**76,9**	0	62,5	0	73,1
Travailler en équipe								
Affecter/déléguer des tâches aux autres …	0	60,0	7,7	53,8	0	**75,0**	3,8	61,5
Gérer les interactions patients/autres …	0	60,0	7,7	46,2	0	62,5	3,8	53,8
Se positionner comme médecin …	20,0	60,0	0	69,2	12,5	**75,0**	7,7	69,2
Gérer les situations de crise								
Gérer le refus de traitement ou d'hospit …	0	**100**	7,7	61,5	12,5	**87,5**	7,7	**76,9**
Gérer le patient opposant	0	**100**	0	46,2	0	**87,5**	0	69,2
Gérer les réactions des proches …	0	**80,0**	0	53,8	0	**87,5**	0	69,2
Effectuer une rétroaction au décours …	0	**100**	15,4	38,5	0	**87,5**	7,7	65,4

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-3. **Réanimation cardio-respiratoire : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Appliquer les recommandations …	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Poursuivre une RCP en hypothermie …	20,0	40,0	15,4	53,8	0	**100**	11,5	65,4
Prendre en charge la circulation								
Prescrire les apports … des 24 heures	**80,0**	0	61,5	7,7	62,5	12,5	65,4	7,7
Reconnaitre … accès vasculaire veineux central	20,0	0	**76,9**	7,7	62,5	0	61,5	3,8
Reconnaître … accès vasculaire intra-osseux	**80,0**	0	38,5	30,8	37,5	25,0	46,2	23,1
Identifier indication d'une sonde entraînement	60,0	0	61,5	15,4	50,0	12,5	57,7	11,5
Prendre en charge la ventilation								
Ajuster les paramètres d'un ventilateur	**80,0**	0	**92,3**	0	50,0	25,0	**76,9**	7,7
Identifier indications ventilation artificielle	40,0	0	61,5	15,4	25,0	37,5	46,2	19,2
Identifier indications ventil. à pression positive	**80,0**	0	**76,9**	15,4	50,0	12,5	69,2	11,5
Ethique et réanimation								
Identifier les patients non réanimatoires	20,0	40,0	7,7	69,2	12,5	**87,5**	11,5	69,2
Arrêter les soins à visée curative …	0	**100**	7,7	69,2	12,5	**75,0**	7,7	**76,9**
Identifier situations … don d'organe	20,0	60,0	30,8	38,5	12,5	62,5	23,1	50,0
Décider fin de la réa. … prononcer heure décès	0	**80,0**	23,1	38,5	0	**100**	11,5	65,4

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-4. **Analgésie : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Maitriser les thérapeutiques …	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Pratiquer la rotation des opioïdes …	0	**80,0**	0	69,2	0	62,5	0	69,2

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-5. **Urgences cardio-vasculaires : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
PEC douleur thoracique, SCA	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Reconnaitre les critères de thrombolyse	0	20,0	38,5	30,8	25,0	50,0	26,9	34,6
Utiliser les marqueurs biologiques … limites	0	40,0	23,1	38,5	37,5	25,0	23,1	34,6
PEC collapsus, choc								
Faire le diagnostic étiologique de choc	0	**80,0**	15,4	46,2	0	**100**	7,7	69,2
Administrer les amines vasopressives	40,0	20,0	69,2	23,1	25,0	25,0	50,0	23,1
Initier … transfusion de produits sanguins	**80,0**	20,0	61,5	30,8	**100**	0	**76,9**	19,2
Initier le traitement de l'ISA	40,0	0	23,1	30,8	**75,0**	12,5	42,3	19,2
Initier le traitement du choc septique	20,0	40,0	46,2	30,8	25,0	37,5	34,6	34,6

Tableau 2-5 (suite). **Urgences cardio-vasculaires : résultats du tour 2**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
	e1†	r1¥	e2†	r2¥	e3†	r3¥	**E†**	**R¥**
PEC une thrombophlébite, une EP	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*
Prescrire le repos au lit	0	**100**	7,7	69,2	0	**75,0**	3,8	**76,9**
Identifier les indications d'une thrombolyse	20,0	40,0	46,2	23,1	25,0	50,0	34,6	34,6
Identifier les indications … pose de filtre cave	40,0	0	69,2	0	62,5	0	61,5	0
PEC des malaises, syncopes et lipothymies								
Reconnaitre indications pose stim. cardiaque	0	40,0	46,2	23,1	25,0	37,5	30,8	30,8
PEC des accès hypertensifs								
Adapter le traitement hypotenseur …	0	**100**	7,7	69,2	12,5	**75,0**	7,7	**76,9**

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-6. **Urgences respiratoires : résultats du tour 2**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
	e1†	r1¥	e2†	r2¥	e3†	r3¥	**E†**	**R¥**
PEC d'une dyspnée	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*
Prendre en charge une EP	40,0	20,0	0	61,5	50,0	12,5	23,1	38,5
Prendre en charge une anémie sévère	40,0	20,0	7,7	53,8	50,0	12,5	26,9	38,5
Prendre en charge un pneumothorax	40,0	20,0	15,4	30,8	37,5	37,5	26,9	34,6

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-7. **Urgences abdominales : résultats du tour 2**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
	e1†	r1¥	e2†	r2¥	e3†	r3¥	**E†**	**R¥**
Instaurer un traitement adapté …	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*
Prescrire une recherche microbiologique …	0	**80,0**	0	**84,6**	50,0	25,0	15,4	65,4
Prescrire un jeûne	20,0	60,0	0	61,5	37,5	12,5	15,4	46,2
Prescrire la pose d'une sonde nasogastrique	20,0	40,0	23,1	43,2	**75,0**	0	38,5	30,8

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-8. **Urgences infectieuses : résultats du tour 2**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
	e1†	r1¥	e2†	r2¥	e3†	r3¥	**E†**	**R¥**
Identifier syndromes fébriles …	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*
PEC une maladie invasive à streptocoque	20,0	60,0	15,4	46,2	37,5	37,5	23,1	46,2
PEC une méningite, une méningococcémie	20,0	**80,0**	15,4	53,8	37,5	50,0	23,1	57,7
PEC une endocardite infectieuse	20,0	40,0	23,1	23,1	62,5	25,0	34,6	26,9
PEC une fièvre persistante sans foyer ….	0	**100**	15,4	46,2	12,5	50,0	11,5	57,7
PEC une neutropénie fébrile	0	60,0	0	38,5	37,5	12,5	11,5	34,6

Tableau 2-8 (suite). **Urgences infectieuses : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
	e1†	r1¥	e2†	r2¥	e3†	r3¥	**E†**	**R¥**
Identifier … urgences infectieuses	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*
Enoncer … principaux germes …	20,0	60,0	7,7	23,1	12,5	50,0	11,5	38,5
Distinguer urgences thérapeutiques …	20,0	**80,0**	0	61,5	12,5	62,5	7,7	65,4
Identifier une toxidermie	0	40,0	0	38,5	0	50,0	0	42,3
Identifier les états septiques non fébriles	0	60,0	0	23,1	0	62,5	0	42,3

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-9. **Urgences uro-génitales et gynécologiques : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
	e1†	r1¥	e2†	r2¥	e3†	r3¥	**E†**	**R¥**
PEC les urgences urologiques	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*
PEC une hématurie macroscopique	0	**100**	0	61,5	12,5	62,5	3,8	69,2
PEC les urgences génitales de l'homme								
PEC un priapisme	20,0	60,0	38,5	23,1	50,0	25,0	38,5	30,8
PEC un traumatisme génito-urinaire	0	**100**	30,8	30,8	62,5	37,5	34,6	46,2
PEC les urgences gynécologiques et obstétricales								
PEC une GEU (1ères heures)	20,0	**80,0**	15,4	38,5	37,5	62,5	23,1	53,8
Identifier/PEC un corps étranger génito-urinaire	20,0	60,0	38,5	30,8	37,5	62,5	34,6	46,2
PEC une hémorragie génitale	0	**80,0**	7,7	53,8	37,5	50,0	15,4	57,7
PEC une fièvre du post-partum	20,0	**80,0**	15,4	53,8	25,0	50,0	19,2	57,7
PEC un accouchement inopiné	0	**80,0**	23,1	61,5	0	**75,0**	11,5	69,2
PEC une MAP	0	60,0	38,5	15,4	25,0	50,0	26,9	34,6
PEC une HTA gravidique	0	**100**	30,8	23,1	25,0	50,0	23,1	46,2
PEC pré-éclampsie	0	**80,0**	30,8	30,8	25,0	62,5	23,1	50,0
PEC une éclampsie	20,0	40,0	38,5	30,8	25,0	62,5	30,8	42,3
PEC un HELLP syndrome	20,0	20,0	46,2	23,1	25,0	25,0	34,6	23,1

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-10. **Urgences traumatologiques : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
	e1†	r1¥	e2†	r2¥	e3†	r3¥	**E†**	**R¥**
PEC un polytraumatisé	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*
Procéder à l'évaluation initiale …	0	**80,0**	15,4	46,2	0	**100**	7,7	69,2
Etablir les priorités de PEC	0	**80,0**	23,1	38,5	0	**87,5**	11,5	61,5
Initier la conduite à tenir immédiate	0	**80,0**	23,1	38,5	0	**87,5**	11,5	61,5
PEC les principales urgences traumatologiques								
PEC les traumatismes crâniens	0	**80,0**	7,7	61,5	25,0	50,0	11,5	61,5
PEC les traumatismes rachidiens	20,0	60,0	15,4	38,5	37,5	62,5	23,1	50,0
PEC les traumatismes thoraciques	20,0	60,0	15,4	38,5	37,5	62,5	23,1	50,0
PEC les traumatismes abdominaux	20,0	60,0	15,4	38,5	37,5	50,0	23,1	46,2

Tableau 2-10 (suite). **Urgences traumatologiques : résultats du tour 2**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
PEC les principales urgences traumatologiques	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
PEC les urgences médico-judiciaires	20,0	**80,0**	23,1	46,2	37,5	37,5	26,9	50,0
Appliquer/contrôler le calendrier vaccinal	0	**100**	0	**76,9**	12,5	**75,0**	3,8	**80,8**
Reconnaître indic. globulines antitétaniques	0	**80,0**	0	**76,9**	0	62,5	0	73,1

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-11. **Urgences toxicologiques : résultats du tour 2**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Identifier les principales intoxications	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Reconnaitre … les principaux toxidromes	0	**80,0**	23,1	23,1	0	62,5	11,5	46,2
Interpréter la gazométrie artérielle …	20,0	0	30,8	30,8	87,5	0	46,2	15,4
Calculer les trous anioniques et osmolaires	40,0	0	30,8	15,4	87,5	0	50,0	7,7
Evoquer les substances associées aux trous …	40,0	0	38,5	15,4	87,5	0	53,8	7,7
PEC les principales intoxications								
PEC les principales intoxications aiguës	0	20,0	23,1	38,5	37,5	25,0	23,1	30,8
PEC les arythmies secondaires aux intoxications	20,0	0	53,8	15,4	62,5	0	50,0	7,7

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-12. **Urgences neurologiques : résultats du tour 2**

	Groupe 1*		Groupe 2**		Groupe 3***		Panel	
	$n_1 = 7$		*$n_2 = 18$*		*$n_3 = 11$*		*N = 36*	
Identifier les urgences neurologiques	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
PEC les syndromes médullaires aigus	40,0	40,0	38,5	15,4	62,5	25,0	46,2	23,1
PEC les troubles de la vigilance	20,0	60,0	23,1	38,5	37,5	25,0	26,9	38,5
Prendre en charge un AVC								
Identifier sélection des patients … thrombolyse	20,0	60,0	15,4	53,8	37,5	37,5	23,1	50,0
Prescrire la surveillance des 24 heures	60,0	40,0	46,2	38,5	62,5	12,5	53,8	30,8
Prendre en charge céphalées à haut risque								
Identifier … ponction lombaire en situation	40,0	20,0	15,4	46,2	50,0	12,5	30,8	30,8
PEC la crise hypertensive selon le terrain	0	**80,0**	0	38,5	12,5	62,5	3,8	53,8

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-13. **Urgences environnementales et circonstancielles : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
PEC quasi-noyade, déshydratation …	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
PEC une quasi-noyade, une noyade	40,0	40,0	7,7	46,2	0	**87,5**	11,5	57,7
Rechercher les diag. diff. de l'hyperthermie	0	40,0	23,1	38,5	0	62,5	11,5	46,2
PEC une hyperthermie	20,0	60,0	15,4	38,5	12,5	62,5	15,4	50,0
PEC une hypothermie								
Evaluer la sévérité d'une hypothermie	0	**80,0**	15,4	46,2	12,5	**87,5**	11,5	65,4
Utiliser les différents moyens de réchauffement	0	60,0	30,8	30,8	12,5	37,5	19,2	38,5
Tenir compte des spécificités réa/hypothermie	20,0	40,0	53,8	23,1	12,5	62,5	34,6	38,5
PEC une électrisation								
Evaluer la sévérité d'une électrisation	0	**80,0**	7,7	46,2	0	**100**	3,8	69,2
Identifier différences électrisation dom./industr	20,0	40,0	23,1	38,5	0	**87,5**	15,4	53,8
PEC et orienter un patient électrisé	20,0	**80,0**	30,8	38,5	0	**100**	19,2	65,4
PEC une brûlure								
PEC et orienter un grand brûlé	0	**80,0**	30,8	30,8	12,5	62,5	19,2	50,0
Prescrire les apports des 24 premières heures	**80,0**	0	61,5	23,1	**75,0**	12,5	69,2	15,4

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-14. **Urgences psychiatriques : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
PEC les principales urgences psy.	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
PEC les troubles de l'humeur	0	**100**	23,1	38,5	12,5	62,5	15,4	57,7
PEC les troubles délirants	0	**80,0**	23,1	38,5	12,5	50,0	15,4	50,0
PEC les troubles comportement/personnalité	0	**100**	23,1	38,5	12,5	62,5	15,4	57,7
PEC les intox. médicamenteuses volontaires	0	**100**	15,4	30,8	25,0	62,5	15,4	53,8
Identifier les problématiques associées aux situations d'agitation ou de violence								
Identifier une cause organique	0	**80,0**	7,7	53,8	12,5	50,0	7,7	57,7
Identifier un trouble de la personnalité	0	**100**	0	46,2	12,5	50,0	3,8	57,7
Identifier les éléments délirants, psychotiques	0	**100**	0	46,2	0	50,0	0	57,7
PEC le patient agité ou violent								
Initier une contention physique	20,0	40,0	30,8	38,5	12,5	50,0	23,1	42,3
Instaurer un traitement psychotrope adapté	0	**80,0**	15,4	30,8	12,5	62,5	11,5	50,0
Réévaluer régulièrement le patient agité	0	**100**	0	38,5	12,5	62,5	3,8	57,7
Déclencher les mesures de protection juridique	0	**100**	15,4	53,8	0	62,5	7,7	65,4

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-15. **Urgences ophtalmologiques : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
PEC les principales urgences ophtalmo.	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Mesurer l'acuité visuelle …	0	**80,0**	15,4	38,5	12,5	**87,5**	11,5	61,5
PEC une uvéite	0	40,0	38,5	30,8	37,5	37,5	30,8	34,6
PEC une cataracte	**80,0**	20,0	46,2	15,4	**87,5**	12,5	65,4	15,4
PEC une amaurose fugace	0	**80,0**	15,4	30,8	50,0	37,5	23,1	42,3
PEC une brûlure oculaire chimique	20,0	**80,0**	23,1	23,1	25,0	62,5	23,1	46,2
PEC une rupture du globe oculaire	40,0	20,0	61,5	7,7	**75,0**	25,0	61,5	15,4

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-16. **Urgences ORL : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
PEC les principales urgences ORL	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
PEC les traumatismes laryngés	40,0	40,0	46,2	15,4	25,0	62,5	38,5	34,6
PEC une inhalation de produits irritants …	20,0	40,0	23,1	15,4	12,5	**75,0**	19,2	38,5
PEC un œdème angioneurotique	20,0	40,0	30,8	15,4	25,0	37,5	26,9	26,9
PEC un abcès amygdalien, un phlegmon	0	**80,0**	23,1	15,4	25,0	50,0	19,2	38,5
PEC une épistaxis persistante	0	**80,0**	15,4	38,5	12,5	50,0	11,5	50,0
Identifier les FDR d'une intubation difficile	20,0	20,0	69,2	7,7	25,0	25,0	46,2	15,4

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-17. **Urgences métaboliques et endocriniennes : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
PEC les troubles électrolytiques	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prendre en charge une hyponatrémie	20,0	60,0	7,7	46,2	0	37,5	7,7	46,2
Prendre en charge une hypernatrémie	20,0	60,0	7,7	46,2	12,5	25,0	11,5	42,3
Prendre en charge une hypokaliémie	20,0	60,0	7,7	53,8	12,5	50,0	11,5	53,8
Prendre en charge une hyperkaliémie	20,0	60,0	7,7	53,8	0	50,0	7,7	53,8
Prendre en charge une hypocalcémie	20,0	60,0	7,7	46,2	12,5	50,0	11,5	50,0
Prendre en charge une hypercalcémie	20,0	60,0	7,7	46,2	12,5	37,5	11,5	46,2
PEC les troubles de l'équilibre acido-basique								
Identifier les troubles acido-basiques	0	**80,0**	15,4	46,2	25,0	12,5	15,4	42,3
Prendre en charge une acidose	0	40,0	23,1	38,5	50,0	12,5	26,9	30,8
Prendre en charge une alcalose	0	40,0	23,1	38,5	50,0	12,5	26,9	30,8
PEC les urgences diabétologiques								
PEC et identifier l'acidose diabétique	0	**100**	0	69,2	25,0	25,0	7,7	61,5
PEC un coma hyperosmolaire	40,0	40,0	23,1	46,2	50,0	25,0	34,6	38,5
PEC les autres urgences endocriniennes								
Identifier et PEC l'insuff. surrénalienne aiguë	0	40,0	0	46,2	50,0	12,5	15,4	34,6
Identifier et PEC la crise thyrotoxique	0	40,0	0	46,2	12,5	37,5	3,8	42,3

Tableau 2-18. **Urgences onco-hématologiques : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Identifier urgences transfusionnelles …	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Reconnaître indications transfusion sanguine	20,0	60,0	15,4	53,8	25,0	25,0	19,2	46,2
Identifier et PEC accident transfusionnel	20,0	40,0	53,8	23,1	62,5	0	50,0	19,2
Gérer le refus transfusionnel en fonction …	0	**100**	15,4	46,2	25,0	37,5	15,4	53,8
PEC une CIVD	40,0	0	61,5	7,7	62,5	12,5	57,7	7,7
PEC le patient neutropénique ou immunodéprimé								
Instaurer une antibiothérapie argumentée …	0	**80,0**	15,4	53,8	37,5	12,5	19,2	46,2
Instaurer des mesures de protection …	0	**80,0**	0	69,2	25,0	12,5	7,7	53,8
Reconnaître les urgences onco-hématologiques								
PEC un syndrome de compression médullaire …	20,0	40,0	38,5	23,1	50,0	12,5	38,5	23,1
PEC un syndrome cave supérieur	20,0	40,0	46,2	15,4	62,5	12,5	46,2	19,2
Reconnaître une péricardite tumorale	0	40,0	61,5	23,1	62,5	0	50,0	19,2
Identifier les syndromes paranéoplasiques	0	80,0	30,8	15,4	25,0	12,5	23,1	26,9

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-19. **Urgences allergiques : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
PEC la réaction allergique	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Initier la recherche d'allergènes …	0	60,0	38,5	30,8	50,0	25,0	34,6	34,6

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-20. **Urgences pédiatriques : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
PEC les urgences néonatales	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
PEC un ictère néonatal	40,0	0	53,8	7,7	**87,5**	0	61,5	3,8
PEC les convulsions du nouveau-né	40,0	40,0	23,1	30,8	12,5	50,0	23,1	38,5
PEC l'apnée du nouveau-né	40,0	40,0	38,5	23,1	50,0	37,5	42,3	30,8
PEC l'état de choc chez le nouveau-né	40,0	0	46,2	15,4	25,0	37,5	38,5	19,2
PEC les principales urgences pédiatriques								
PEC l'inhalation d'un corps étranger …	0	**80,0**	7,7	38,5	25,0	**75,0**	11,5	57,7
PEC une hématémèse …	20,0	40,0	46,2	23,1	37,5	50,0	38,5	34,6
PEC un ictère …	20,0	60,0	46,2	30,8	37,5	37,5	38,5	38,5
PEC une hématurie …	0	**80,0**	38,5	30,8	12,5	62,5	23,1	50,0
PEC une dysurie …	0	**80,0**	23,1	46,2	12,5	62,5	15,4	57,7
PEC une arthralgie …	0	**80,0**	15,4	46,2	0	62,5	7,7	57,7
PEC une boiterie …	0	**80,0**	7,7	46,2	0	**75,0**	3,8	61,5
PEC les troubles de l'humeur …	0	**80,0**	30,8	30,8	12,5	25,0	19,2	38,5
PEC les troubles du comportement …	0	**80,0**	23,1	30,8	25,0	25,0	19,2	38,5

Tableau 2-20 (suite). **Urgences pédiatriques : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
PEC les principales urgences pédiatriques	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
PEC les troubles du comportement alimentaire	0	60,0	30,8	46,2	12,5	37,5	19,2	46,2
Identifier et PEC les conduites suicidaires …	0	**100**	15,4	38,5	37,5	50,0	19,2	53,8
PEC un malaise grave …	20,0	**80,0**	30,8	30,8	50,0	50,0	34,6	46,2
PEC une asthénie …	0	**80,0**	23,1	38,5	0	37,5	11,5	46,2

Tableau 2-21. **Urgences dermatologiques : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
PEC les urgences dermatologiques	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Prendre en charge un purpura	20,0	80,0	0	53,8	12,5	25,0	7,7	50,0
Prendre en charge une maladie bulleuse	20,0	60,0	23,1	15,4	12,5	12,5	19,2	23,1

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-22. **Compétences gestuelles : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
Gestes à visée diagnostique	e1† *(%)*	r1¥ *(%)*	e2† *(%)*	r2¥ *(%)*	e3† *(%)*	r3¥ *(%)*	**E†** *(%)*	**R¥** *(%)*
Ponction artérielle pour gazométrie	40,0	20,0	30,8	30,8	62,5	12,5	42,3	23,1
Ponctions articulaires	20,0	60,0	30,8	38,5	12,5	25,0	23,1	38,5
Examen du segment antérieur (LAF)	20,0	40,0	46,2	23,1	62,5	12,5	46,2	23,1
Examen du fond d'œil …	20,0	40,0	53,8	7,7	25,0	25,0	38,5	19,2
Gestes à visée thérapeutique								
Ponction à l'aiguille d'un pneumothorax …	20,0	20,0	23,1	53,8	0	62,5	15,4	50,0
Intubation orotrachéale	60,0	20,0	61,5	7,7	12,5	37,5	46,2	19,2
Alternatives à l'intubation …	20,0	40,0	**76,9**	7,7	12,5	50,0	46,2	26,9
Perfusion intra-osseuse	**80,0**	0	38,5	38,5	25,0	62,5	42,3	38,5
Pose de sonde nasogastrique	20,0	0	46,2	46,2	12,5	37,5	30,8	34,6
Pose de sonde vésicale	0	**80,0**	15,4	61,5	12,5	50,0	11,5	61,5
Réalisation d'immobilisations courantes …	0	**100**	23,1	46,2	12,5	62,5	15,4	61,5
Extraction de corps étranger ORL	0	60,0	30,8	30,8	12,5	37,5	19,2	38,5
Extraction de corps étranger oculaire	20,0	60,0	7,7	38,5	25,0	37,5	15,4	42,3
Tamponnement antérieur des fosses nasales	0	60,0	0	46,2	12,5	62,5	3,8	53,8
Ponction pleurale	40,0	20,0	46,2	23,1	50,0	12,5	46,2	19,2
Ponction d'ascite	20,0	40,0	38,5	38,5	37,5	25,0	34,6	34,6
Ponction lombaire	60,0	0	46,2	30,8	37,5	0	46,2	15,4
Anesthésie locorégionale …	20,0	**80,0**	23,1	38,5	0	62,5	15,4	53,8
Incision d'abcès superficiel	0	**100**	23,1	38,5	12,5	62,5	15,4	57,7
Onysectomie	0	**80,0**	61,5	7,7	37,5	25,0	42,3	26,9
Réduction des luxations …	0	**80,0**	38,5	23,1	12,5	50,0	23,1	42,3
Réalignement des fractures déplacées	0	40,0	46,2	23,1	25,0	37,5	30,8	30,8
Incision des hémorroïdes thrombosées	0	**80,0**	46,2	7,7	12,5	62,5	26,9	38,5
Curetage du conduit auditif externe	0	**100**	15,4	15,4	12,5	62,5	11,5	46,2

Tableau 2-22 (suite). **Compétences gestuelles : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
	e1†	r1¥	e2†	r2¥	e3†	r3¥	**E†**	**R¥**
Gestes à visée thérapeutique	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*
Accouchement inopiné	0	60,0	7,7	46,2	0	**87,5**	3,8	61,5

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Tableau 2-23. **Compétences analytiques : résultats du tour 2**

	Groupe 1* $n_1 = 7$		Groupe 2** $n_2 = 18$		Groupe 3*** $n_3 = 11$		Panel $N = 36$	
	e1†	r1¥	e2†	r2¥	e3†	r3¥	**E†**	**R¥**
Examens de biologie courante	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*	*(%)*
Alcoolémie	20,0	40,0	38,5	46,2	12,5	12,5	26,9	34,6
Toxiques urinaires	20,0	40,0	30,8	46,2	25,0	12,5	26,9	34,6
Explorations fonctionnelles courantes								
ECG 18 dérivations	0	**80,0**	7,7	69,2	0	**75,0**	3,8	73,1
Examens d'imagerie courants								
Utilisation du guide Bon Usage des Examens …	0	60,0	0	53,8	12,5	50,0	3,8	53,8
Radiographie du crâne	0	**80,0**	38,5	30,8	12,5	25,0	23,1	38,5
Abdomen sans préparation	0	**80,0**	7,7	46,2	12,5	25,0	7,7	46,2
Echocardiographie transthoracique	20,0	40,0	23,1	23,1	37,5	12,5	26,9	23,1
Echo-doppler artériel des membres inférieurs	20,0	40,0	15,4	53,8	25,0	25,0	19,2	42,3
Scanner pelvien	0	60,0	30,8	15,4	12,5	25,0	19,2	26,9
IRM cérébrale	0	60,0	23,1	38,5	12,5	25,0	15,4	38,5
IRM médullaire	0	60,0	23,1	30,8	12,5	12,5	15,4	30,8
Scintigraphie pulmonaire	0	40,0	15,4	38,5	37,5	25,0	19,2	34,6

** Maitres de stage ambulatoire (MSA) ** Maitres de stage hospitalier (MSH) *** Urgentistes ambulatoires (URA)*

† *Pourcentage de réponses 1, 2 et 3 en faveur de l'élimination de l'objectif pédagogique.*

¥ *Pourcentage de réponses 6 et 7 en faveur de la sauvegarde de l'objectif pédagogique.*

Les commentaires associés à ce tour DELPHI sont présentés en annexe 7.

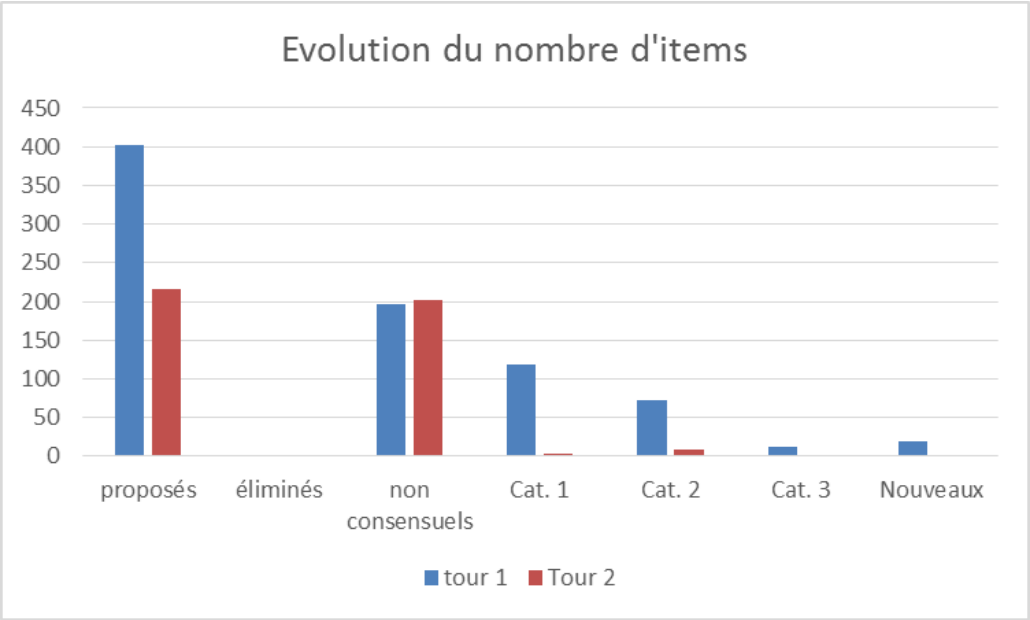
Taux de réponse

Sur les 36 questionnaires adressés aux experts ayant retourné le questionnaire du premier tour, 26 ont été reçus : le taux de réponse était donc de 72%.

Répartition des objectifs pédagogiques

Ce sont 216 items, dont 19 nouveaux, qui ont été proposés aux experts. Le deuxième tour de la procédure a permis d'éliminer deux items : "ajuster les paramètres d'un ventilateur" et "initier la transfusion de produits sanguins". A l'issue de la consultation du panel, une liste de 12 objectifs pédagogiques pertinents est venue enrichir la première liste consensuelle, comportant 4 objectifs de première catégorie (prioritaires) et 8 objectifs de seconde catégorie.

Il restait alors 202 items n'ayant pas obtenu de consensus. Le deuxième tour a donc permis une réduction de 6,5% des objectifs proposés initialement.



- Figure 4 : Evolution du nombre d'items -

Nouveaux items

Durant le deuxième tour de la procédure DELPHI, quelques objectifs ont été proposés par les experts. Ces items n'ont pas été retenus car il s'agissait d'éléments déjà proposés au premier tour et qui, parce que déjà retenus, ne figuraient plus dans la liste proposée pour le deuxième tour.

1.3. Troisième tour

Devant le nombre déjà important d'objectifs pédagogiques retenus par les experts consultés et le faible taux de réduction apporté par le deuxième tour de la procédure DELPHI (6,5%), une réunion avec le comité de pilotage a permis de réévaluer l'intérêt d'un troisième tour selon les mêmes modalités de consultation. Il a été décidé de modifier la procédure initiale et de remplacer le troisième et dernier tour par la diffusion de la liste d'objectifs pédagogiques définitive aux fins de validation par les experts. Il s'agissait alors de valider globalement la liste d'items et éventuellement de préciser si des réserves devaient être émises pour certains objectifs. Cette phase de consultation s'est déroulée par courriels, du 11/10 au 19/10/2014. La liste consensuelle d'objectifs pédagogiques a été envoyée à chaque expert ayant participé au 2ème tour pour validation. Les fréquences de réponse sont indiquées en %, les items retenus à l'issue du second tour (n = 26) sont signalés par un astérisque (*).

Tableau 3-1. **Objectifs pédagogiques prioritaires**		
Compétences générales (A)		%
A.1.1	Adapter les traitements à la situation du patient (insuffisance rénale, hépatique, …)	**97,2**
A.1.2	Identifier les situations nécessitant l'intervention de moyens lourds (SMUR)	**96,2***
A1.3	Intégrer le rapport bénéfice/risque à sa démarche thérapeutique	**94,4**
A.1.4	Hiérarchiser les situations en fonction du degré d'urgence (absolue, relative, différée, vitale, fonctionnelle)	**92,3***
A.1.5	Elaborer une stratégie diagnostique adaptée et argumentée	**88,9**
A.1.6	Elaborer une stratégie thérapeutique adaptée et argumentée	**88,9**
A.1.7	Formuler des hypothèses diagnostiques	**88,9**
A.1.8	Evaluer l'efficacité, la tolérance et l'innocuité du traitement instauré	**88,9**
A.1.9	Evaluer et prendre en charge le risque iatrogène	**86,1**
Compétences transversales pour les situations d'urgence en médecine générale (B)		%
B.1.1	Reconnaître immédiatement les signes d'instabilité ou de décompensation imminente	**100**
B.1.2	Face à une détresse patente, initier la prise en charge en urgence	**97,2**
B.1.3	Reconnaître les indications d'hospitalisation en fonction d'hypothèses diagnostiques	**97,2**
B.1.4	Evaluer l'état clinique et la stabilité des fonctions vitales (cardio, pneumo, neuro)	**94,4**
B.1.5	Communiquer avec le médecin traitant	**91,7**
B.1.6	Alerter (ou faire alerte) sans délai le maître de stage de la survenue d'une détresse vitale	**91,7**
B.1.7	Impliquer les autres spécialistes en notifiant ses attentes et le niveau d'urgence du recours	**88,9**
B.1.8	Impliquer les paramédicaux requis par l'état du patient	**86,1**
B.1.9	Identifier les situations nécessitant le transfert en milieu spécialisé	**86,1**
B.1.10	Appliquer les dispositions réglementaires en situation d'urgence (secret professionnel, …)	**84,6***
Réanimation cardiorespiratoire (C)		%
C.1.1	Diagnostiquer un arrêt cardiorespiratoire chez l'adulte	**97,2**
C.1.2	Libérer les voies aériennes supérieures	**97,2**
C.1.3	Diagnostiquer un arrêt cardiorespiratoire chez l'enfant	**94,4**
Analgésie (D)		%
D.1.1	Soulager efficacement une douleur en contexte d'incertitude diagnostique	**97,2**
D.1.2	Adapter le traitement antalgique au type de douleur identifiée	**91,7**
D.1.3	Identifier la douleur comme une priorité de prise en charge	**91,7**
D.1.4	Identifier une douleur neuropathique	**86,1**
Urgences cardiovasculaires (E)		%
E.1.1	Orienter rapidement le patient dans la filière adaptée (Centre 15, urgences, USIC)	**100**
E.1.2	Identifier les signes évocateurs de thrombophlébite	**100**
E.1.3	Identifier les signes évocateurs d'embolie pulmonaire	**100**
E.1.4	Identifier les signes évocateurs d'une ischémie aigüe de membre	**100**
E.1.5	Identifier les facteurs de risque cardiovasculaire global	**97,2**
E.1.6	Expliquer au patient les principes du traitement anticoagulant (modalités, surveillance)	**97,2**
E.1.7	Identifier les modifications ECG orientant vers un SCA	**94,4**
E.1.8	Faire le diagnostic étiologique d'un malaise, d'une syncope, d'une lipothymie	**94,4**
E.1.9	Faire le diagnostic différentiel d'une douleur thoracique	**91,7**

E.1.10	Distinguer urgence hypertensive et hypertension mal tolérée	**91,7**
E.1.11	Orienter le patient en fonction de la cause de l'urgence hypertensive	**88,9**
E1.12	Administrer le traitement de l'anaphylaxie	**86,1**
Urgences respiratoires (F)		%
F.1.1	Prendre en charge une exacerbation de BPCO	**94,4**
F.1.2	Prendre en charge une inhalation de corps étranger	**91,7**
F.1.3	Prendre en charge une crise d'asthme	**91,7**
F.1.4	Prendre en charge un OAP	**91,7**
F.1.5	Faire le diagnostic étiologique d'une dyspnée	**88,9**
Urgences abdominales (G)		%
G.1.1	Prioriser les hypothèses diagnostiques chez le patient âgé	**86,1**
G.1.2	Prioriser les hypothèses diagnostiques chez la femme en âge de procréer	**86,1**
Urgences infectieuses (H)		%
H.1.1	Identifier les patients vulnérables (jeunes enfants, personnes âgées, immunodéprimés, comorbidités, voyageurs, vie en communauté, toxicomanes IV, etc)	**100**
Urgences uro-génitales et gynécologiques (I)		%
I.1.1	Prendre en charge une colique néphrétique	**94,4**
I.1.2	Prescrire une contraception d'urgence	**91,7**
I.1.3	Prendre en charge une rétention aigue d'urines	**86,1**
I.1.4	Prendre en charge une douleur scrotale aiguë	**86,1**
I.1.5	Gérer une exposition au risque de transmission d'une infection sexuellement transmissible	**86,1**
Urgences traumatologiques (J)		%
J.1.1	Donner les consignes de surveillance au patient porteur d'un plâtre	**94,4**
J.1.2	Rechercher les complications immédiates des fractures	**91,7**
J.1.3	Choisir une position d'attente adaptée au traumatisme	**91,7**
J.1.4	Prendre en charge les lésions des tissus mous (brulures, plaies, déchirures musculaires)	**88,9**
J.1.5	Réaliser un bilan lésionnel clinique	**88,9**
J.1.6	Appliquer/contrôler le calendrier vaccinal	**80,8***
Urgences toxicologiques (K)		%
K.1.1	Contacter le centre antipoison	**91,7**
Urgences neurologiques (L)		%
L.1.1	Prendre en charge des céphalées aiguës	**97,2**
L.1.2	Prendre en charge des vertiges	**97,2**
L.1.3	Orienter rapidement le patient dans la filière spécialisée (UNV) devant un AVC	**97,2**
L.1.4	Prendre en charge la crise migraineuse	**91,7**
L.1.5	Prendre en charge des convulsions	**86,1**
L.1.6	Prendre en charge des troubles de l'équilibre	**86,1**
L.1.7	Instaurer sans délai l'antibiothérapie devant une méningite	**86,1**
L.1.8	Discuter les diagnostics différentiels des céphalées aiguës	**83,3**
L.1.9	Discuter les diagnostics différentiels de l'AVC	**80,6**
Urgences environnementales et circonstancielles (M)		%
M.1.1	Prendre en charge une piqûre d'insecte/animal	**91,7**
M.1.2	Prendre en charge une morsure d'insecte/animal	**88,9**

M.1.3	Identifier les situations à risque d'évolution défavorable	**83,3**
Urgences psychiatriques (N)		%
N.1.1	Reconnaître et évaluer le risque suicidaire	**91,7**
N.1.2	Veiller à la sécurité du patient, de l'entourage et du personnel soignant	**91,7**
Urgences ophtalmologiques (O)		%
O.1.1	Orienter rapidement le patient vers la filière spécialisée si nécessaire	**100**
Urgences ORL (P)		%
P.1.1	Identifier l'inhalation d'un corps étranger des voies aériennes supérieures	**97,2**
P.1.2	Prendre en charge une otalgie aiguë	**94,4**
P.1.3	Prendre en charge les principales infections ORL	**94,4**
Urgences endocriniennes (Q)		%
Q.1.1	Corriger une hypoglycémie grave persistante	**88,9**
Urgences onco-hématologiques (R)		%
R.1.1	Gérer l'allongement de l'INR selon les recommandations validées	**97,2**
R.1.2	Identifier les patients possiblement immunodéprimés	**86,1**
Urgences allergiques (S)		%
S.1.1	Prendre en charge une urticaire	**100**
S.1.2	Identifier la gravité patente ou potentielle d'une réaction allergique	**97,2**
S.1.3	Informer le patient (recherche d'allergène, conduite à tenir en urgence)	**97,2**
S.1.4	Prendre en charge un œdème de Quincke	**91,7**
S.1.5	Reconnaître et prendre en charge un choc anaphylactique	**91,7**
S.1.6	Orienter le patient vers une consultation d'allergologie	**91,7**
S.1.7	Prendre en charge un bronchospasme	**88,9**
S.1.8	Prescrire un dispositif d'auto-injection d'adrénaline	**88,9**
Urgences gériatriques (T)		%
T.1.1	Identifier l'épuisement de l'entourage d'un patient dément	**97,2**
T.1.2	Identifier les situations de rupture du maintien à domicile	**94,4**
T.1.3	Identifier les personnes âgées victimes de maltraitance	**91,7**
T.1.4	Prendre en charge le risque de chute chez la personne âgée	**86,1**
Urgences pédiatriques (U)		%
U.1.1	Prendre en charge une otalgie chez l'enfant	**97,2**
U.1.2	Prendre en charge une toux aiguë chez l'enfant	**97,2**
U.1.3	Prendre en charge un asthme chez l'enfant	**94,4**
U.1.4	Prendre en charge une bronchiolite	**94,4**
U.1.5	Identifier la maltraitance d'un enfant	**94,4**
U.1.6	Faire un signalement d'enfant en danger	**94,4**
U.1.7	Prendre en charge la fièvre chez l'enfant	**94,4**
U.1.8	Prendre en charge une douleur abdominale chez l'enfant	**91,7**
Compétences gestuelles (W)		%
W.1.1	Prise des constantes vitales : pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, température,	**97,2**
W.1.2	Position latérale de sécurité (PLS)	**97,2**
W.1.3	Techniques de libération des voies aériennes supérieures	**97,2**
W.1.4	Massage cardiaque externe	**97,2**
W.1.5	Position adaptée dans l'attente des secours	**94,4**
W.1.6	Injection sous-cutanée	**94,4**

W.1.7	Injection intramusculaire	**94,4**
W.1.8	Examen clinique ciblé sur le motif de recours urgent	**91,7**
W.1.9	Injection intraveineuse	**91,7**
W.1.10	Anesthésie locale	**86,1**
W.1.11	Parage et suture de plaie superficielle	**86,1**
W.1.12	Evacuation d'un hématome sous-unguéal	**86,1**
Compétences analytiques (X)		%
X.1.1	Glycémie veineuse	**97,2**
X.1.2	Bilan de la fonction rénale	**97,2**
X.1.3	Bilan de la coagulation sanguine	**97,2**
X.1.4	Bilan hépatique	**97,2**
X.1.5	Bandelette urinaire	**97,2**
X.1.6	Glycémie capillaire	**97,2**
X.1.7	Hémogramme	**94,4**
X.1.8	Ionogramme sanguin	**94,4**
X.1.9	Bilan pancréatique	**94,4**
X.1.10	ECG 12 dérivations	**94,4**
X.1.11	Débit expiratoire de pointe	**91,7**
X.1.12	Bilan phosphocalcique	**86,1**

Tableau 3-2. **Objectifs pédagogiques de 2ème catégorie**					
Compétences générales (A)		**1**	**2**	**3**	%
A.2.1	Reconnaître ses limites diagnostiques et solliciter un avis spécialisé à bon escient				**91,7**
A.2.2	Reconnaître ses limites thérapeutiques et solliciter un avis spécialisé à bon escient				**91,7**
A.2.3	Reconnaître et exposer les signes de gravité patents ou potentiels pour chaque situation				**91,7**
A.2.4	Remettre en cause des résultats d'examens discordants				**86,1**
A.2.5	Prescrire les examens complémentaires de façon ciblée en situation d'urgence				**84,6***
A.2.6	Formuler des diagnostics de situation				**77,8**
A.2.7	Intégrer le rapport bénéfice/risque à sa démarche diagnostique				**77,8**
A.2.8	Prescrire des conseils de prévention				**77,8**
Compétences transversales […] urgence en médecine générale (B)		**1**	**2**	**3**	%
B.2.1	Evaluer l'autonomie du patient				**91,7**
B.2.2	Favoriser une communication verbale associée à la transmission écrite				**88,9**
B.2.3	Considérer les valeurs et le contexte de vie du patient dans les décisions médicales				**86,1**
B.2.4	Tenir correctement le dossier médical du patient admis aux urgences				**83,3**
B.2.5	Rechercher de manière active les données sur l'évolution du patient auprès des soignants				**83,3**
B.2.6	Mobiliser les ressources en fonction de la répartition des intervenants, publics (hôpital, pompiers, spécialistes hospitaliers, …) ou privés (ambulanciers, spécialistes ambulatoires, …)				**76,9***

B.2.7	Communiquer de façon adaptée avec les forces de l'ordre (police, gendarmerie); Identifier le fonctionnement de l'Aide Médicale Urgente (AMU : SAMU, SMUR, Urgence)				**76,9***
B.2.8	Gérer un refus de traitement ou d'hospitalisation exprimé par le patient				**76,9***
Réanimation cardiorespiratoire (C)		**1**	**2**	**3**	%
C.2.1	Diagnostiquer un arrêt cardiorespiratoire chez le nourrisson				**91,7**
C.2.2	Appliquer les recommandations validées pour la RCP				**91,7**
C.2.3	Utiliser un défibrillateur semi-automatique				**86,1**
C.2.4	Utiliser les médicaments utiles pour la RCP				**80,6**
C.2.5	Arrêter les soins à visée curative (reconnaître une situation palliative)				**76,9***
C.2.6	Reconnaître l'indication d'un accès vasculaire veineux périphérique				**75**
Analgésie (D)		**1**	**2**	**3**	%
D.2.1	Identifier une douleur par excès de nociception				**83,3**
D.2.2	Surveiller un patient sous morphiniques				**83,3**
D.2.3	Identifier une douleur psychogène				**77,8**
Urgences cardiovasculaires (E)		**1**	**2**	**3**	%
E.2.1	Initier un remplissage vasculaire				**83,3**
E.2.2	Distinguer urgences hypertensives essentielles et secondaires (AVC, iatrogénie, douleur, …)				**83,3**
E.2.3	Planifier le suivi du patient (bilan, consultations, etc.)				**83,3**
E.2.4	Identifier les présentations atypiques d'un SCA				**77,8**
E.2.5	Prescrire le repos au lit				**76,9***
E.2.6	Adapter le traitement hypotenseur à l'hypothèse diagnostique et au terrain				**76,9***
Urgences respiratoires (F)		**1**	**2**	**3**	%
F.2.1	Distinguer l'hyperventilation psychogène de la détresse respiratoire				**86,1**
Urgences abdominales (G)		**1**	**2**	**3**	%
G.2.1	Prioriser les hypothèses diagnostiques chez l'enfant				**83,3**
G.2.2	Rechercher des signes d'irritation péritonéale				**80,6**
G.2.3	Argumenter l'indication et le choix d'une antibiothérapie adaptée				**77,8**
Urgences infectieuses (H)		**1**	**2**	**3**	%
H.2.1	Prendre en charge une fièvre au retour d'un pays en zone d'endémie palustre				**75**
Urgences traumatologiques (J)		**1**	**2**	**3**	%
J.2.1	Rechercher le statut vaccinal antitétanique du patient porteur d'une plaie				**91,7**
J.2.2	Prendre en charge les lésions ostéo-articulaires (fractures, luxations, entorses)				**75**
Urgences neurologiques (L)		**1**	**2**	**3**	%
L.2.1	Prendre en charge des patients présentant des signes neurologiques focaux				**80,6**
L.2.2	Prendre en charge les états confusionnels aigus				**80,6**
L.2.3	Orienter rapidement si nécessaire le patient dans la filière neurochirurgicale				**77,8**
Urgences environnementales et circonstancielles (M)		**1**	**2**	**3**	%
M.2.1	Evaluer la surface corporelle brûlée et la sévérité d'une brûlure				**86,1**
M.2.2	Prendre en charge la déshydratation, le coup de chaleur				**80,6**
Urgences psychiatriques (N)		**1**	**2**	**3**	%
N.2.1	Identifier un abus de substances illicites				**83,3**
N.2.2	Rédiger une demande d'hospitalisation sous contrainte				**83,3**
N.2.3	Gérer la communication visant à diminuer la tension interne du patient				**77,8**

Urgences ophtalmologiques (O)		**1**	**2**	**3**	%
O.2.1	Prendre en charge un œil rouge et/ou douloureux				**80,6**
Urgences ORL (P)		**1**	**2**	**3**	%
P.2.1	Prendre en charge une épiglottite				**75**
Urgences onco-hématologiques (R)		**1**	**2**	**3**	%
R.2.1	Reconnaitre les indications de transfusion sanguine				**80,6**
Urgences gériatriques (T)		**1**	**2**	**3**	%
T.2.1	Prendre en charge la confusion chez la personne âgée				**86,1**
T.2.2	Prendre en charge les troubles cognitifs chez la personne âgée				**83,3**
Urgences pédiatriques (U)		**1**	**2**	**3**	%
U.2.1	Prendre en charge une éruption cutanée chez l'enfant				**91,7**
U.2.2	Prendre en charge les vomissements de l'enfant				**88,9**
U.2.3	Prendre en charge une crise convulsive chez l'enfant				**86,1**
U.2.4	Prendre en charge une céphalée chez l'enfant				**83,3**
U.2.5	Prendre en charge une diarrhée, une déshydratation aiguë chez l'enfant				**83,3**
U.2.6	Prendre en charge une odinophagie chez l'enfant				**80,6**
U.2.7	Prendre en charge une douleur scrotale aiguë chez le garçon				**80,6**
U.2.8	Prendre en charge un œil rouge et/ou douloureux chez l'enfant				**77,8**
Urgences dermatologiques (V)		**1**	**2**	**3**	%
V.2.1	Identifier les éléments de gravité des affections dermatologiques				**80,6**
V.2.2	Prendre en charge les éruptions cutanées de l'adulte				**77,8**
Compétences gestuelles (W)		**1**	**2**	**3**	%
W.2.1	Injection intrarectale chez l'enfant				**91,7**
W.2.2	Oxygénothérapie				**88,9**
W.2.3	Ventilation au ballon autoremplisseur				**83,3**
W.2.4	Perfusion intraveineuse				**83,3**
W.2.5	Défibrillation semi-automatique				**83,3**
Compétences analytiques (X)		**1**	**2**	**3**	%
X.2.1	Radiographie pulmonaire				**88,9**
X.2.2	Radiographie articulaire, des membres, du rachis, des ceintures				**83,3**
X.2.3	Marqueurs myocardiques				**77,8**
X.2.4	Gril costal				**77,8**
X.2.5	Echographie abdominale				**77,8**
X.2.6	Echo-doppler veineux des membres inférieurs				**77,8**
X.2.7	Echographie pelvienne				**75**
X.2.8	Scanner cérébral				**75**
X.2.9	Scanner rachidien				**75**
X.2.10	Scanner thoracique				**75**
X.2.11	Scanner abdominal				**75**

Tableau 3-3. **Objectifs pédagogiques de 3ème catégorie**					
Compétences générales (A)		**1**	**2**	**3**	%
A.3.1	Présenter le dossier de façon synthétique au maître de stage				**83,3**
A.3.2	Interpréter si possible les résultats des examens prescrits				**77,8**
A.3.3	Recourir aux recommandations et protocoles validés scientifiquement				**77,8**

Compétences transversales […] urgence en médecine générale (B)		1	2	3	%
B.3.1	Constater un décès				**75**
Réanimation cardiorespiratoire (C)		**1**	**2**	**3**	%
C.3.1	Communiquer avec la famille et l'impliquer dans les choix				**75**
Analgésie (D)		**1**	**2**	**3**	%
D.3.1	Prescrire les co-analgésiques (corticoïdes, spasmolytiques, etc.)				**75**
Urgences cardiovasculaires (E)		**1**	**2**	**3**	%
E.3.1	Evoquer l'origine psychogène d'un malaise comme diagnostic d'élimination				**75**
Urgences psychiatriques (N)		**1**	**2**	**3**	%
N.3.1	Reconnaître un syndrome démentiel				**80,6**
N.3.2	Prendre en charge les troubles anxieux				**77,8**
N.3.3	Reconnaître le nomadisme médical				**77,8**
Compétences gestuelles (W)		**1**	**2**	**3**	%
W.3.1	Perfusion sous-cutanée				**77,8**
W.3.2	Monitorage du patient (ECG, PA, SpO2)				**75**
Compétences analytiques (X)		**1**	**2**	**3**	%
X.3.1	Microbiologie (ECBU, hémocultures, etc.)				**75**

2. Caractéristiques du panel d'experts

2.1. Sexe et âge

Les experts étaient majoritairement des hommes, à la fois en ce qui concerne l'ensemble du panel (72,2%) et dans chacun des sous-groupes 1, 2 et 3 (respectivement 71,4%, 55,6% et 100%).

L'âge moyen des experts était de 47 ans, avec un écart-type de 10,6 ans. Les experts MSA et URA étaient plus âgés (avec respectivement un âge moyen de 55 et 54 ans) que les représentants du groupe 2 (38 ans).

2.2. Qualifications

La grande majorité des médecins interrogés étaient diplômés en médecine générale (91,7%) et seuls trois urgentistes hospitaliers provenaient initialement d'une autre spécialité.

Moins de la moitié des urgentistes hospitaliers interrogés avait une compétence certifiée (45,5%) en médecine d'urgence contre 69,4% pour les urgentistes ambulatoires.

2.3. Expérience professionnelle

Globalement, la majorité des experts possède une expérience professionnelle de plus de 15 ans (61,1%). La répartition des durées d'expérience professionnelle montre que ce sont les experts des groupes 1 et 3 qui possèdent l'expérience professionnelle la plus importante (respectivement 100% et 90,9% pour la proposition > 15 ans). Pour les experts du groupe 2, la durée d'expérience est répartie de façon homogène dans les propositions > 5 ans, 5-10 ans et > 15 ans.

Les généralistes enseignants interrogés (groupe 1) exercent principalement en milieu rural (42%) au sein de cabinets médicaux individuels (100%), les urgentistes ambulatoires (groupe 3) en milieu semi-rural (63,9%) au sein de cabinets médicaux de groupe (9,1%) pour ceux qui ont une activité libérale en dehors d'un engagement éventuel chez les Sapeurs-Pompiers et les urgentistes hospitaliers (groupe 2) en milieu urbain (88,9%), principalement dans les structures périphériques (77,8%) plutôt qu'au CHU (22,2%).

La majorité des médecins prend en charge à la fois des adultes et des enfants (94,4%). Seuls quelques-uns des urgentistes hospitaliers ont déclaré ne prendre en charge que des adultes, les urgences pédiatriques étant gérées dans un lieu géographiquement isolé des urgences adultes.

Si la totalité des généralistes enseignants connaissent le contenu du référentiel métier « Médecin généraliste » et une majorité des urgentistes hospitaliers connaissent celui du référentiel métier « Médecin urgentiste », peu d'experts des groupes 2 et 3 connaissent le contenu du premier document (respectivement 22,2% et 27,3%) et peu d'experts des groupes 1 et 3 connaissent le contenu du second (respectivement 14,3% et 18,2%).

2.4. Expérience de la médecine d'urgence

La très grande majorité des experts interrogés déclare prendre en charge des situations d'urgence (91,7%). Seuls quelques médecins commandants sapeurs-pompiers (groupe 3) déclaraient ne pas prendre en charge personnellement les patients puisque leurs fonctions de commandement les dégageaient des dispositifs opérationnels. Le plus souvent, ces officiers pouvaient néanmoins justifier d'une telle expérience.

2.5. Pédagogie médicale, enseignement facultaire et encadrement des IMG en stage

La majorité des experts avait déjà pris en charge personnellement des IMG en stage (58%). La durée moyenne de cette expérience était de 5,6 ans, avec une nette représentation au sein du panel d'experts, des généralistes enseignants (μ=16,2 ; σ=8,79) par rapport aux urgentistes hospitaliers (μ=3,4 ; σ=2,99) et aux urgentistes ambulatoires (μ=3,4 ; σ=4,57).

Moins d'un tiers du panel dispose d'une qualification certifiée en pédagogie médicale (27,8%), avec une nette majorité chez les généralistes enseignants (71,4% contre 16,7% et 18,2% pour les experts des groupes 2 et 3 respectivement).

Moins d'un tiers des médecins avait déjà participé à l'enseignement facultaire (30,6%) qui concernait essentiellement les experts ambulatoires (100% dans le groupe 1 et 27,3% dans le groupe 3) et peu les urgentistes hospitaliers (5,6%).

Enfin, peu de maîtres de stage utilisaient une liste d'objectifs pédagogiques pour l'encadrement des IMG en stage (27,3%) avec une répartition très disparate entre enseignants généralistes (85,7%) et urgentistes hospitaliers (16,7%).

2.6. Autoévaluation du niveau de compétence à répondre au questionnaire

L'essentiel du panel d'experts se déclare compétent pour répondre au questionnaire (scores 4 – compétent – et 5 – très compétent – pour 64,7% des participants correspondant à 71,4%, 66,7% et 45,5% respectivement pour les groupes 1, 2 et 3). Ces données se traduisent statistiquement par une moyenne de 3,5 et un écart-type de 0,93.

3. Identification des objectifs de première catégorie

3.1. Codage

Chaque objectif pédagogique identifié est codé par une lettre correspondant à la partie du questionnaire (de A à X), un premier chiffre correspondant à la catégorie (1 à 3) et un nombre correspondant au rang dans la catégorie (1 à 20). Ainsi, l'item "parage et suture de plaie superficielle" est coté W.1.12.

3.2. Rappel de définition

Les items de première catégorie sont ceux qui ont obtenu au moins 75% d'une adhésion forte (niveaux 6 et 7 de l'échelle de Likert) à la fois sur l'ensemble du panel et pour chacun des trois groupes d'experts. Cette configuration traduit la force maximale du consensus et fait de ces items des **objectifs pédagogiques prioritaires**. Ils constituent la majorité des objectifs identifiés puisqu'ils représentent 57,2% des items retenus.

3.3. Principaux items de première catégorie

Compétences générales

Le consensus obtenu a permis de déterminer des compétences générales jugées pertinentes pour l'apprentissage de la prise en charge des urgences en médecine générale. Un certain nombre de ces compétences peuvent être rassemblées en thèmes prioritaires :

- reconnaissance immédiate des signes de gravité, attribution d'un degré d'urgence et instauration d'un traitement sans délai : B.1.1, A.1.4, B.1.2, B.1.4
- identification des situations nécessitant l'hospitalisation en urgence, le transfert en milieu spécialisé, l'intervention d'un SMUR ou le recours à une ressource externe (spécialistes) : A.1.2, B.1.3, B.1.9,
- construction d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique structurée et argumentée, adaptée à chaque patient et respectant les dispositions réglementaires : A.1.1, A.1.5, A.1.6, A.1.7, A.1.8, B.1.10.
- interaction efficace avec les autres professionnels de l'urgence : B.1.5, B.1.6, B.1.7, B.1.8,

Réanimation cardiorespiratoire

Au plan diagnostique, les objectifs prioritaires retenus par les experts sont la reconnaissance de l'arrêt cardiorespiratoire chez l'adulte et l'enfant (C.1.1, C.1.3), l'élaboration d'un bilan lésionnel structuré à partir d'un examen clinique ciblé sur le problème urgent (W.1.8). Certaines manœuvres ont également été identifiées comme prioritaires pour l'apprentissage des IMG en stage aux urgences : libération des voies aériennes supérieures (C.1.2, W.1.3), mise en position latérale de sécurité (W.1.2), massage cardiaque externe (W.1.4) et administration parentérale des médicaments (W.1.6, W.1.7, W.1.9).

Analgésie

Les priorités d'apprentissage autour du thème de la douleur sont :

- la recherche de l'efficacité d'un traitement antalgique spécifique, en contexte d'incertitude diagnostique (D.1.1, D.1.2)
- l'identification de la douleur comme priorité de prise en charge d'un patient (D.1.3)
- l'identification d'une douleur neuropathique (D.1.4)

Urgences cardiovasculaires

Au plan diagnostique, les principaux items qui ont été unanimement considérés comme prioritaires sont :

- l'orientation rapide du patient en USIC (E.1.1)
- l'identification des facteurs de risque cardiovasculaire et des signes, cliniques et électrocardiographiques, des principales urgences cardiovasculaires (E.1.2, E.1.3, E.1.4, E.1.5, E.1.7)
- la distinction entre poussée hypertensive et urgence hypertensive (E.1.10, E.1.11)
- l'éducation du patient au regard d'un traitement anticoagulant (E.1.6)

Au plan thérapeutique, aucun des items proposés n'a obtenu le consensus nécessaire pour pouvoir constituer un objectif pédagogique prioritaire (*cf. infra*).

Urgences respiratoires

Les objectifs prioritaires retenus concernaient la prise en charge (diagnostic, prise en charge dans la première heure, orientation) des principales urgences respiratoires proposées : exacerbation de BPCO, inhalation d'un corps étranger, crise d'asthme et OAP (F.1.1 à F.1.4). Etablir une orientation diagnostique face à une dyspnée constituait également un objectif prioritaire pour les experts interrogés.

Urgences abdominales

Dans cette partie, les priorités identifiées concernaient surtout l'élaboration des hypothèses diagnostiques pour les douleurs abdominales survenant chez la personne âgée (G.1.1) et la femme en âge de procréer (G.1.2).

Urgences infectieuses

Peu d'items ont obtenu le consensus des experts et seule l'identification des patients vulnérables (immunodéprimés, diabétiques, etc.) a été reconnue comme une priorité dans l'apprentissage des situations d'urgences pour les IMG (H.1.1).

Urgences uro-génitales et gynécologiques

Parmi les items offerts à la consultation des experts, les situations suivantes ont été considérées comme prioritaires par plus de 75% d'entre eux :

- la prise en charge d'une colique néphrétique (I.1.1), d'une rétention aiguë d'urine (I.1.3), d'une douleur scrotale aiguë (I.1.4)
- la prescription d'une contraception d'urgence (I.1.2)
- la gestion d'une exposition au risque de transmission d'une infection sexuellement transmissible (I.1.5)

Urgences traumatologiques

Face aux situations d'urgence proposées, les experts ont retenu un certain nombre d'objectifs prioritaires pour l'apprentissage des IMG en stage aux urgences :

- la prise en charge initiale d'une victime de traumatisme (J.1.5, J.1.2, J.1.3)
- les consignes de surveillance aux patients porteurs d'un plâtre (I.1.1)
- l'application ou le contrôle du calendrier vaccinal (J.1.6)

Urgences toxicologiques

Seul l'objectif « contacter le centre antipoison » (K.1.1) a été identifié comme prioritaire par l'ensemble des personnes interrogées.

Urgences neurologiques

Les objectifs prioritaires retenus concernaient la prise en charge (diagnostic, prise en charge dans la première heure, orientation) des principales urgences neurologiques proposées :

- les céphalées aiguës, vertiges, crise migraineuse, convulsions et troubles de l'équilibre (L.1.1, L.1.2, L.1.4, L.1.5, L.1.6)
- le diagnostic différentiel et orientation rapide d'un patient présentant un AVC vers l'UNV (L.1.3, L.1.9)
- l'instauration d'une antibiothérapie devant un tableau de méningite (L.1.7)

Urgences environnementales et circonstancielles

Les items suivants ont obtenu la plus importante force de consensus :

- la prise en charge d'une piqûre ou d'une morsure (M.1.1, M.1.2)
- l'identification des situations à risque d'évolution défavorable (M.1.3)

Urgences psychiatriques

Parmi les nombreux items qui étaient proposés, le meilleur consensus a été obtenu pour les items suivants :

- l'identification et évaluation du risque suicidaire (N.1.1)
- la gestion de la sécurité du patient, de l'entourage et du personnel soignant (N.1.2)

Urgences ophtalmologiques

Face à une urgence ophtalmologique, seule l'orientation rapide du patient dans la filière spécialisée (O.1.1) avec consultation d'un ophtalmologiste a été retenue comme objectif prioritaire.

Urgences ORL

Les items retenus par le panel d'experts concernaient l'identification d'un corps étranger des VAS (P.1.1) et la prise en charge des principales urgences dont l'otalgie (P.1.2) et les infections ORL (P.1.3).

Urgences métaboliques et endocriniennes

Seule la correction d'une hypoglycémie grave persistante (Q.1.1) a obtenu le consensus nécessaire pour définir la priorité de cet item.

Urgences onco-hématologiques

Selon la majorité des experts, la priorité était de gérer l'allongement de l'INR des patients sous anticoagulants (R.1.1) et l'identification des patients possiblement immunodéprimés (R.1.2).

Urgences allergiques

Dès le premier tour de la procédure DELPHI, le consensus était suffisamment fort pour retenir 89% des objectifs proposés comme prioritaires :

- l'identification de la gravité de la réaction allergique jusqu'au choc anaphylactique (S.1.2, S.1.5)
- la prise en charge des urgences allergiques de type urticaire, œdème de Quincke ou bronchospasme (S.1.1, S.1.4, S.1.7)
- l'information du patient et orientation vers une consultation d'allergologie (S.1.3, S.1.6)
- la prescription d'un dispositif d'auto-injection d'adrénaline (S.1.8)

Urgences gériatriques

Le premier tour de DELPHI a permis de retenir l'ensemble des items proposés dont deux tiers pouvaient être classés comme prioritaires :

- l'identification des situations difficiles : épuisement de l'entourage des patients déments (T.1.1), rupture du maintien à domicile (T.1.2), personnes âgées victime de maltraitance (T.1.3)

- la prévention du risque de chute (T.1.4)

Urgences pédiatriques

Parmi les urgences néonatales, aucun item n'a été retenu par les experts. Parmi les priorités en pédiatrie, les priorités d'apprentissage suivantes ont été mises en évidence par le panel d'experts :

- la prise en charge de situations fréquentes dont l'otalgie (U.1.1), la toux aiguë (U.1.2), la crise d'asthme (U.1.3), la bronchiolite (U.1.4), la fièvre (U.1.7) et la douleur abdominale (U.1.8) de l'enfant
- la prise en charge des situations de violence avec signalement aux autorités (U.1.5, U.1.6)

Compétences gestuelles

Sur les 46 gestes proposés au premier tour de la procédure DELPHI, les experts ont identifié douze objectifs pédagogiques prioritaires pertinents (soit 26,1%) pour la formation des IMG en stage aux urgences :

- l'évaluation de l'état du patient comprenant la prise des constantes vitales (W.1.1), l'examen clinique centré sur le motif de recours urgent (W.1.8)
- la mise en œuvre de gestes de réanimation : PLS (W.1.2), LVAS (W.1.3), MCE (W.1.4)
- la mise en condition du patient regroupant le choix de la position d'attente des secours (W.1.5), la réalisation d'actes tels qu'injections (W.1.6, W.1.7, W.1.9)
- les actes de petite chirurgie avec anesthésie locale (W.1.10), parage et suture de plaies superficielles (W.1.11) et évacuation d'un hématome sous-unguéal (W.1.12).

Compétences analytiques

Les compétences analytiques retenues par les experts dans le contexte des urgences ou des recours non programmés en médecine générale sont les objectifs prioritaires suivants :

- pour les examens réalisables au lit du patient : bandelette urinaire (X.1.5), glycémie capillaire (X.1.6), ECG 12 dérivations (X.1.10) et débit expiratoire de pointe (X.1.11) ;
- pour les examens de biologie médicale : glycémie veineuse (X.1.1), bilan de la fonction rénale (X.1.2), bilan de la coagulation sanguine (X.1.3), bilan hépatique (X.1.4), hémogramme (X.1.7), ionogramme sanguin (X.1.8), bilan pancréatique (X.1.9), bilan phosphocalcique (X.1.12).

4. Identification des objectifs de deuxième catégorie

4.1. Rappel de définition

Les items de deuxième catégorie sont ceux qui ont obtenu au moins 75% d'une adhésion forte (niveaux 6 et 7 de l'échelle de Likert) à la fois sur l'ensemble du panel et pour deux des trois groupes d'experts. Ils représentent 37,2% de l'ensemble des items retenus.

4.2. Principaux items de deuxième catégorie

Contrairement aux objectifs pédagogiques de première catégorie (prioritaires), les items présentés dans cette section n'ont pas obtenu de consensus total à l'issue des deux tours de la procédure DELPHI. Une lecture "en négatif" permet de mieux appréhender le classement des items en fonction du groupe qui n'a pas retenu l'item proposé au panel d'experts. Le rapprochement d'éléments du même thème ou de thèmes différents peut également illustrer le positionnement de chaque groupe d'experts. Pour cela, rappelons schématiquement le mode opératoire type de chacun des groupes :

- les généralistes enseignants (MSA) exercent en cabinet et interviennent au domicile en répondant le plus souvent au recours urgent d'un patient dont ils ont une connaissance transversale et longitudinale. La réalisation rapide d'examens complémentaires non programmés est possible mais certaines contingences matérielles les rendent souvent difficiles à obtenir (fin de journée, week-end, jours fériés par exemple). L'encadrement des IMG en stage comprend le plus souvent un effectif réduit;
- les urgentistes hospitaliers (MSH) reçoivent les patients qui se présentent aux urgences ou interviennent au domicile dans le cadre de l'AMU en répondant au recours urgent de façon ponctuelle. Par ailleurs, les MSH ont un accès facilité par la proximité et la disponibilité d'un plateau technique fonctionnel 24h/24 *intramuros*. Les IMG en stage sont généralement plus nombreux dans ces services;
- les urgentistes ambulatoires (URA) sont requis pas les patients dans le cadre d'associations médicales (SOS Médecins, Allo Garde Royan) ou dans le cadre de l'AMU (médecins pompiers). Ici aussi, la réponse est le plus souvent ponctuelle, venant en réponse à une situation inattendue. Un temps de prise en charge court

ne permet généralement pas la réalisation d'examens complémentaires qui sont le plus souvent confiés à l'établissement accueillant la victime transportée. Par ailleurs, les SDIS ne comptent, pour l'heure, pas d'IMG en stage.

Items non retenus par les experts du groupe 1 (MSA)

** Compétences générales et transversales*

Bien que les items suivants aient obtenu une fréquence d'adhésion forte importante (91,7%), les experts du groupe 1 n'ont pas retenus les objectifs pédagogiques portant sur la reconnaissance de ses limites avec recours au spécialiste (A.2.1, A.2.2). Par ailleurs, la communication avec le reste de l'équipe (B.2.2) et la tenue du dossier médical aux urgences (B.2.4) n'ont pas obtenu l'adhésion des MSA même si d'autres praticiens ambulatoires en ont souligné la pertinence.

** Réanimation cardiorespiratoire*

Les items non retenus par ce groupe renvoient à l'utilisation d'un matériel spécialisé rarement disponible en médecine générale ambulatoire (C.1.6, C.1.7, C.1.9) ou jugés comme appartenant davantage au champ de la médecine d'urgence (C.1.4, C.1.5) : "c'est un futur MG, pas un spécialiste de l'urgence" (URA174). Néanmoins, une nuance est apportée par MSA791 qui précise qu'en milieu rural ou qu'en l'absence de SMUR disponible, ces objectifs deviendraient alors du ressort du médecin généraliste.

** Urgences psychiatriques*

L'item *gérer la communication visant à diminuer la tension interne du patient agité* (N.2.3) n'est pas retenu car il demanderait un temps de formation trop important selon MSA791 alors que "communiquer de façon appropriée" semble suffisant pour MSA862.

** Urgences pédiatriques*

Un seul item de ce groupe n'a pas été retenu : prise en charge des éruptions cutanées de l'enfant (U.2.1) ce qui est surprenant car ce motif de recours est fréquent en médecine générale mais du coup, n'est pas spécifique aux recours urgents ou non programmés.

** Compétences gestuelles et analytiques*

Parmi les objectifs pédagogiques de deuxième catégorie, les experts du groupe MSA n'ont pas retenu les items faisant appel à l'utilisation d'un matériel pas nécessairement disponible en ville : oxygénothérapie (W.2.2), ventilation au ballon autoremplisseur (W.2.3), perfusion IV (W.2.4) ou défibrillation semi-automatique (W.2.5).

Items non retenus par les experts du groupe 2 (MSH)

** Compétences générales et transversales*

Pour leur part, les urgentistes hospitaliers n'ont pas retenu des items qui concernaient par essence la prise en charge *extramuros* des patients, bien qu'ils puissent s'appliquer dans le contexte de l'AMU (B.2.7, B.2.9), ou qui traduisaient la spécificité de la médecine générale (A.2.6).

** Réanimation cardiorespiratoire*

Seuls les MSH n'ont pas retenu l'item consacré à la reconnaissance d'une situation palliative avec arrêt des soins à visée curative (C.1.8), précisant que la collégialité était nécessaire à cette décision (MSH174, MSH178).

** Urgences cardiovasculaires*

C'est au plan thérapeutique que les experts n'ont pas retenu les objectifs suivants comme pertinents pour la formation des IMG : initiation d'un remplissage vasculaire (E.2.1) et traitement antihypertenseur adapté à l'étiologie et au terrain (E.2.6).

** Urgences abdominales*

Le premier groupe est le seul qui ne retient pas comme pertinent l'item argumenter l'indication et le choix d'une antibiothérapie adaptée (G.2.3) dans ce thème. Une explication est apportée par MSA161 qui regrette le manque de précision dans la formulation et souhaiterait que des pathologies soient données en exemple.

** Urgences neurologiques, urgences environnementales et circonstancielles*

L'item *orienter un patient dans la filière neurochirurgicale* (L.2.3) n'a pas été retenu par les urgentistes hospitaliers. Bien qu'aucun commentaire relatif à cet item ne soit venu illustrer les réponses, on peut en rapprocher les commentaires exprimés pour les items voisins à l'intérieur du même thème. L'accent est mis sur la rapidité d'orientation du patient vers le secteur hospitalier pour la suite de la prise en charge (MSH178), faisant sortir l'item du champ de la médecine générale.

** Urgences psychiatriques*

Au sein des urgences psychiatriques, seule la rédaction d'une demande d'hospitalisation sous contrainte (N.2.2) n'obtient que 72,2% d'adhésion favorable ou très favorable des MSH. Bien qu'une prise en charge psychiatrique puisse être nécessaire en aigu (0,1% des urgences en médecine générale en 2004 selon la DREES), le groupe 2 exclue cette compétence du champ

de formation des IMG en précisant qu'en cas de troubles délirants, le risque d'agression d'un médecin isolé est important (MSH178).

** Urgences pédiatriques*

Les items non retenus par les urgentistes hospitaliers sont les céphalées de l'enfant (U.2.1) et un œil rouge et/ou douloureux (U.2.4) qui nécessitent pour certains experts une prise en charge spécialisée d'emblée (MSH179).

** Compétences gestuelles et analytiques*

Le seul objectif pédagogique non retenu par les experts de ce groupe est l'utilisation des marqueurs myocardiques (X.2.3). L'expert MSH862 précise en commentaire qu'un dosage ambulatoire de troponine nécessite la confrontation du résultat avec la réalisation d'un ECG. En outre, MSH1710 précise que le dosage des marqueurs myocardiques n'est pas recommandé en ambulatoire.

<u>Items non retenus par les experts du groupe 3 (URA)</u>

Les modalités d'exercice rappelées plus haut expliquent en partie les items transversaux qui ont été retenus par le panel mais pas par le groupe URA. En effet, dans ce groupe, les associations médicales étaient représentées par seulement 2 des 11 experts pendant le premier tour de la procédure DELPHI et étaient absents lors du deuxième tour. Les réponses émanaient donc majoritairement des médecins pompiers dont le mode opératoire est très spécifique.

** Compétences générales et transversales*

C'est dans cette logique qu'au sein de ce groupe n'ont pas été retenus les objectifs pédagogiques liés aux examens complémentaires (A.2.4 et A.2.5) et aux conseils de prévention (A.2.8). De la même façon, s'agissant d'une mission de service public, le choix des intervenants à mobiliser (privés/publics) ne se pose pas (B.2.6) et les caractéristiques sociales du patient et de son environnement interviennent moins dans le choix des items retenus (B.2.1, B.2.3).

** Analgésie*

Les items relatifs à l'identification du mécanisme algogène n'ont pas été retenus comme objectif pédagogique pertinent (D.2.1, D.2.3). C'est également le cas pour la surveillance des patients sous morphiniques (D.2.2).

** Urgences respiratoires, abdominales, infectieuses, uro-génitales et gynécologiques, traumatologiques et neurologiques*

Ces différents thèmes permettent de dégager des objectifs de deuxième catégorie malgré une adhésion faible des urgentistes ambulatoires qui ne trouvent pas dans ces items la pertinence nécessaire à la formation des IMG en stage aux urgences : distinction hypoventilation psychogène et insuffisance respiratoire aiguë (F.2.1), recherche de signes d'irritation péritonéale (G.2.2), prise en charge d'une fièvre au retour d'un pays en zone d'endémie palustre (H.2.1). De même, la prise en charge des victimes d'agression sexuelle (J.2.1) ou de lésions ostéo-articulaires (J.1.2) ne trouvent pas leur place dans le champ de la médecine générale soit parce que le médecin généraliste n'est pas la première ressource mobilisée (le 15 ou le 18 sont prépondérants d'après URA174) parce qu'elle nécessite, selon d'autres experts interrogés, des moyens plus lourds (URA173). Pour la majorité des experts de ce groupe, la place du médecin généraliste est d'orienter le diagnostic initial et d'adresser le patient vers les urgences hospitalières pour ces situations (URA861, URA793, URA794, URA173).

** Urgences gériatriques*

Seuls les experts du troisième groupe n'ont pas retenu comme pertinent les objectifs de prise en charge de la confusion et des troubles cognitifs chez la personne âgée (T.21, T.2.2). Aucun commentaire de permettait de justifier cette faible adhésion.

** Urgences pédiatriques*

Les urgentistes ambulatoires ont retenu tous les objectifs secondaires sauf certains qui constituent pourtant des motifs de consultation fréquents en médecine générale : prise en charge des vomissements (U.2.2), de crise convulsive (U.2.3), de diarrhée avec ou sans déshydratation (U.2.5), d'odinophagie (U.2.6) et de douleur scrotale du garçon (U.2.7).

5. Identification des objectifs de troisième catégorie

5.1. Rappel de définition

Les items de troisième catégorie sont ceux qui ont obtenu au moins 75% d'une adhésion forte (niveaux 6 et 7 de l'échelle de Likert) à la fois sur l'ensemble du panel et sur un seul groupe d'experts. Cette configuration est possible lorsque les deux autres groupes approchent le seuil retenu des 75% de réponses favorables. Ils représentent seulement 5,6% des items retenus mais leur signification est importante par le fait que le groupe se distingue des autres experts du panel.

5.2. Sélection des items les plus démonstratifs

Tout comme la présentation "en négatif" des objectifs de deuxième catégorie, un cadre de lecture original est proposé pour la restitution des objectifs pédagogiques de troisième catégorie. Nous avons considéré les items retenus par un seul groupe d'experts en favorisant certains rapprochements entre différents thèmes, dans le but d'obtenir une représentation transversale plus globale.

Items retenus uniquement par les experts du groupe 1 (MSA)

** Réanimation cardiorespiratoire*

Seuls les experts du groupe 1 ont retenu avec plus de 75% d'adhésion forte l'item C.2.1 (communiquer avec la famille et l'impliquer dans les choix).

Items retenus uniquement par les experts du groupe 2 (MSH)

** Compétences générales et transversales*

Seuls les experts du groupe 2 ont retenu comme pertinents des objectifs qui peuvent rendre compte de la spécificité de leur exercice, soit par l'encadrement simultané de plusieurs IMG (A.3.1, A.3.2), soit par l'utilisation de protocoles diffusés institutionnellement (A.3.3), ou encore par une délégation médicolégalement plus difficilement réalisable en milieu ambulatoire (B.3.1). D'ailleurs, alors que pour des experts des groupes 1 et 3, constater un décès n'est pas une urgence du fait de sa nature administrative (MSA161, URA793), un urgentiste déplore la fréquence de l'intervention des SMUR pour pallier au manque de médecins généralistes disponibles pour remplir cette mission (MSH864).

** Urgences psychiatriques*

Les items retenus uniquement par les MSH sont la reconnaissance d'un syndrome démentiel (N.3.1) et du nomadisme médical (N.3.2). Aucun commentaire ne permet d'étayer ce choix.

Items retenus uniquement par les experts du groupe 3 (URA)

** Analgésie, urgences cardiovasculaires*

Seuls les experts de ce groupe ont retenu comme pertinents les objectifs de prescription des co-analgésiques (D.3.1) et l'évocation de l'origine psychogène d'un malaise comme diagnostic d'élimination (E.3.1).

** Urgences psychiatriques*

Parmi les compétences pertinentes pour former les IMG, seul l'item *prise en charge des troubles anxieux* (N.3.2) est retenu par les experts du groupe 3.

6. Caractéristiques des objectifs pédagogiques éliminés

6.1. Rappel de définition

Les objectifs éliminés par les participants étaient ceux qui réunissaient sur l'ensemble du panel d'experts au moins 75% des cotes 1, 2 et 3 de l'échelle de Likert, correspondant à une absence de pertinence de l'objectif pédagogique pour l'apprentissage des situations d'urgence en médecine générale des IMG.

6.2. Caractéristiques des items éliminés

Avec ces modalités, seuls quatre des 402 items proposés ont été éliminés, représentant environ 1% des objectifs pédagogiques proposés aux experts. Les deux items éliminés d'emblée au premier tour de la procédure figurent sur les deux premières lignes. Il s'agissait des items suivants :

- ponction péricardique (86,1%) ;
- pose d'une sonde d'entrainement électrosystolique externe (77,8%) ;
- ajuster les paramètres d'un ventilateur (76,9%) ;
- initier la transfusion de produits sanguins labiles (76,9%)

Ces items avaient été intégrés au questionnaire car figurant dans les programmes nord-américains destinés aux futurs médecins généralistes.

7. Caractéristiques des objectifs n'ayant pas obtenu le consensus

7.1. Objectifs pédagogiques non consensuels

Les objectifs non consensuels sont les items qui, à l'issu du deuxième tour de la procédure DELPHI, n'ont pas réussi à obtenir les 75% d'adhésion forte du panel d'experts.

Quantitativement, cela représente 202 items, soit 93,5% des items proposés au deuxième tour de consultation.

7.2. Caractéristiques des objectifs pédagogiques non retenus par les experts

Les objectifs pédagogiques non retenus par les experts ont aussi une signification car lorsqu'ils ont obtenu une adhésion forte (> 75%) par un seul et même groupe, ils traduisent une attente des professionnels en termes de formation des IMG. Ainsi, les experts des groupes MSA, MSH et URA ont retenu avec une adhésion forte respectivement 58, 2 et 8 objectifs pédagogiques non retenus par les autres groupes. Dix-sept items ont été retenus par les médecins ambulatoires seulement (MSA et URA).

Items non consensuels retenus uniquement par les experts du groupe 1 (MSA)

** Items transversaux*

Les items transversaux retenus sont :

- gérer son stress/sa solitude face à l'urgence avant l'arrivée des secours (SMUR) (100%)
- rédiger les certificats médico-légaux (80%)
- Utiliser le réseau local de spécialistes permettant de faciliter l'accès aux soins urgents sans recours systématique aux structures d'urgences hospitalières (80%)

** Items plus spécifiques*

Certains items choisis préférentiellement par les généralistes enseignants sont plus spécifiques :

- Pratiquer la rotation des opioïdes (équianalgésie) (80%)
- Prendre en charge une méningite, une méningococcémie (80%)
- Prendre en charge une fièvre persistante sans foyer chez l'adulte (100%)
- Distinguer les situations d'urgence thérapeutique des situations permettant une documentation microbiologique (80%)
- Prendre en charge une hématurie macroscopique (100%)
- Prendre en charge un traumatisme génito-urinaire (100%)
- Prendre en charge une GEU (1ère heure) (80%)
- Prendre en charge une hémorragie génitale (80%)
- Prendre en charge une fièvre du post-partum (80%)
- Prendre en charge un accouchement inopiné (80%)

- Prendre en charge une HTA gravidique (100%)
- Prendre en charge une pré-éclampsie (l'item relatif à l'éclampsie n'a pas été retenu) (80%)
- Prendre en charge les traumatismes crâniens (80%)
- Prendre en charge les urgences médico-judiciaires (80%)
- Reconnaître les signes des principaux toxidromes (80%)
- Prendre en charge une crise hypertensive selon le terrain (80%)
- Prendre en charge et orienter un grand brûlé (80%)
- Prendre en charge une amaurose fugace (80%)
- Prendre en charge une brûlure oculaire chimique (80%)
- Prendre en charge un abcès amygdalien, un phlegmon (80%)
- Prendre en charge une épistaxis persistante (80%)
- Identifier les troubles acido-basiques (80%)
- Prendre en charge et identifier l'acidose diabétique (100%)
- Gérer le refus transfusionnel en fonction des croyances du patient (100%)
- Instaurer les mesures de protection adaptées (isolement des immunodéprimés) (80%)
- Instaurer une antibiothérapie argumentée devant une neutropénie fébrile (80%)

** Urgences psychiatriques*

Le thème des urgences psychiatriques est particulièrement démonstratif puisque tous les items ont été retenus uniquement par plus de 75% des experts de ce groupe :

- Prendre en charge les troubles de l'humeur (100%)
- Prendre en charge les troubles délirants (80%)
- Prendre en charge les troubles du comportement, de la personnalité (100%)
- Prendre en charge les intoxications médicamenteuses volontaires (100%)
- Identifier une cause organique (80%)
- Identifier un trouble de la personnalité (100%)
- Identifier les éléments délirants, psychotiques (100%)
- Instaurer un traitement psychotrope adapté (80%)
- Réévaluer régulièrement le patient agité (100%)
- Déclencher des mesures de protection juridique (100%)

** Urgences pédiatriques*

Le thème des urgences pédiatriques est intéressant car de nombreux items ont été retenus uniquement par plus de 75% des experts de ce groupe :

- Prendre en charge une hématurie chez l'enfant (80%)
- Prendre en charge une dysurie chez l'enfant (80%)
- Prendre en charge une arthralgie chez l'enfant (80%)
- Prendre en charge les troubles de l'humeur de l'enfant (80%)
- Prendre en charge les troubles du comportement chez l'enfant (80%)
- Identifier et prendre en charge les conduites suicidaires chez l'enfant (100%)
- Prendre en charge un malaise grave (ex-mort subite du nourrisson) (80%)
- Prendre en charge une asthénie de l'enfant (80%)

** Gestes à visée thérapeutique*

Seuls les généralistes enseignants ont retenu avec plus de 75% d'adhésion forte les gestes suivants :

- Pose de sonde vésicale (80%)
- Réalisation d'immobilisations courantes (attelles, plâtres, résines) (100%)
- Anesthésie locorégionale (bloc interdigital) (80%)
- Incision d'abcès superficiel (100%)
- Onysectomie (80%)
- Réduction des luxations (épaule, coude, doigt, genou, orteil) (80%)
- Incision des hémorroïdes thrombosées (80%)
- Curetage du conduit auditif externe (100%)

** Examens d'imagerie courants*

Seuls les généralistes enseignants ont retenu avec plus de 75% d'adhésion forte :

- Radiographie du crâne (80%)
- Abdomen sans préparation (80%)

<u>Items non consensuels retenus uniquement par les experts du groupe 2 (MSH)</u>

Les deux items retenus par les urgentistes hospitaliers sont :

- prendre en charge une anémie sévère (77,8%)
- Prescrire une recherche microbiologique avant l'instauration d'une antibiothérapie (83,3%)

- Prendre en charge une épistaxis persistante (77,8%)
- Prescrire les examens complémentaires de suivi ambulatoire à la sortie des urgences (92,3%)

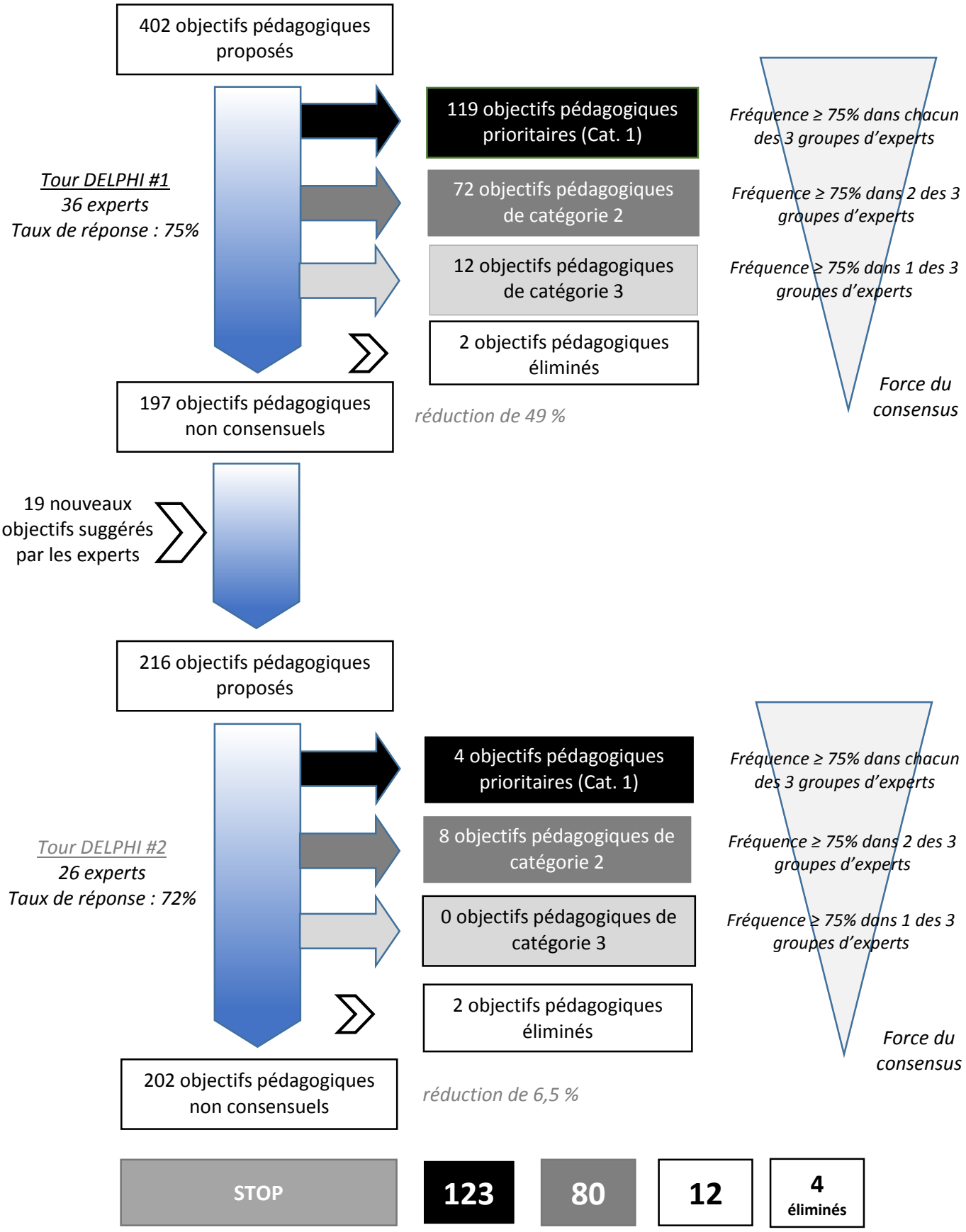
Items non consensuels retenus uniquement par les experts du groupe 3 (URA)

Les items retenus par les urgentistes ambulatoires sont :

- Affecter/déléguer des tâches aux autres membres de l'équipe hospitalière (75%)
- Se positionner comme médecin dans l'équipe hospitalière (75%)
- Poursuivre une RCP en situation d'hypothermie (noyade, hiver, etc.) (100%)
- Identifier les patients non réanimatoires (87,5%)
- Prendre en charge une quasi-noyade, une noyade (87,5%)
- Identifier les différences entre électrisation domestique et électrisation industrielle (87,5%)
- Prendre en charge une inhalation de produits irritants ou corrosifs (75%)

La compétence gestuelle "accouchement inopiné" a aussi été retenu par les urgentistes ambulatoires (87,5%).

8. Synopsis de la procédure DELPHI



9. Validation de la liste d'objectifs pédagogique définitive

9.1. Approche quantitative

Au terme de ce dernier tour de consultation des experts interrogés, vingt-et-un des vingt-six médecins destinataires de la liste finale d'objectifs pédagogiques ont validés la globalité des items présentés. Le taux de validation de la liste définitive est donc de 80,8%.

Groupe	Effectifs	Réponses	Taux brut
MSA	5	5	100%
MSH	13	8	61,5%
URA	8	8	100%
Total	26	21	**80,8%**

9.2. Approche qualitative

L'effectif des médecins ayant accordé leur validation se répartissait de la façon suivante :

- Groupe 1 (MSA) : 5 validations sur 5 médecins finalistes (100%)
- Groupe 2 (MSH) : 8 validations sur 13 médecins finalistes (61,5%), 5 non-réponses
- Groupe 3 (URA) : 8 validations sur 8 médecins finalistes (100%)

La liste d'objectifs pédagogiques était bien reçue et quelques experts ont apporté les précisions suivantes :

- "La connaissance et l'utilisation du DSA (Défibrillateur semi-automatique) me paraît être un objectif principal" (MSH178) ;
- "Je valide la liste, globalement d'accord avec les réponses mais il est impossible d'être d'accord pour toutes, ce qui fait aussi la richesse de notre profession" (MSH179) ;
- "Pour ma part, je valide la liste mais souhaiterais que pour son utilisation, les items adoptés ne soient plus classés par ordre de validation mais par ordre logique : par exemple diagnostic avant thérapeutique, etc." (MSA171) ;
- "les intitulés me semblent bien formulés ; la méthode de priorisation me parait adaptée" (MSH1710).
- "j'émets une réserve sur le fait que ce qui concerne l'arrêt cardiaque et notamment *utiliser un défibrillateur semi-automatique*, *utiliser les médicaments utiles pour la RCP* et *appliquer des recommandations utiles pour la RCP* soient classées dans les objectifs secondaires alors que *diagnostiquer un arrêt cardio-*

respiratoire chez l'adulte est un objectif prioritaire. De même, *communiquer avec la famille et l'impliquer dans les choix* me parait être de niveau 1 ou 2. Même réserve concernant *reconnaître ses limites diagnostiques et thérapeutiques et solliciter un avis spécialisé à bon escient* me parait prioritaire. Idem pour *prendre en charge la confusion et les troubles cognitifs chez la personne âgée*" (MSH172).

10. Difficultés rencontrées

Les principales difficultés rencontrées durant la réalisation de l'enquête ont été le positionnement des experts par rapport à la problématique de recherche, la longueur du questionnaire administré, les délais d'obtention des réponses et un manque de précision ressenti pour certaines questions.

10.1. Positionnement des experts

En fonction du groupe auquel appartenait l'expert, des difficultés de positionnement pouvaient affecter la qualité des réponses apportées. Cette difficulté se rencontrait sous différentes formes dans chacun des groupes.

Dans le groupe 1 (MSA), les experts apportaient leur expérience des situations d'urgence rencontrées en médecine générale en définissant le besoin réel de formation de leurs futurs confrères. Cependant, l'objet de ce travail était de construire un outil à destination des urgentistes hospitaliers pour l'encadrement des IMG en stage aux urgences. Ce point explique au moins en partie la sous-représentation des généralistes enseignants dans le panel d'experts : sept participants lors du premier tour (19,4%), cinq lors du deuxième tour (19,2%) et cinq finalistes pour la validation (25%). On note cependant que ce taux de représentation restait à peu près constant tout au long de la procédure. Ainsi, certains objectifs ont été perçus comme "hospitaliers, pas ambulatoires" (MSA161) ou "valides en pleine cambrousse, pas en ville ou semi-rural préurbain" (MSA791), "très difficile de répondre car les objectifs d'apprentissage pour pouvoir gérer des urgences aux urgences ne sont pas les mêmes que pour savoir gérer des urgences à domicile. Même là, cela dépend de son lieu d'installation. Difficile de trouver le tronc commun minimum" (MSA171).

Dans le groupe 2 (MSH), les experts apportaient leur expérience de l'encadrement des IMG en stage hospitalier aux urgences. Même si une majorité des urgentistes a eu une expérience

de médecine générale ambulatoire (61,1%), certains ont exprimé une difficulté à appréhender la transférabilité de la formation hospitalière des IMG à une pratique ambulatoire. Ainsi, les items *remplir les formalités médico-administratives*, *planifier le retour au domicile en fonction de l'évolution aux urgences* et *dépister les problèmes liés au retour au domicile* ont-ils été jugés "difficiles à mettre en œuvre aux urgences" par un expert (MSH174). De même, alors que beaucoup d'items de pédiatrie sont rencontrés fréquemment en médecine de ville, un participant estimait que "beaucoup de ces items relèvent d'une prise en charge spécialisée" (MSH179). Ailleurs, cela est clairement formalisé : "difficultés pour répondre à certains items car il y a une différence entre l'activité quotidienne aux urgences et l'utilité de certaines de ces activités dans le futur exercice de médecine générale des IMG. Ils sont confrontés quotidiennement à la prescription et l'interprétation [des marqueurs cardiaques]. Par contre, leur indication en exercice de ville n'est pas recommandée" (MSH791). D'autres médecins mettent en évidence certaines limites du stage de médecine d'urgence dans cette optique : "le stage de MG en structure d'urgence ne permet pas l'accès à la participation à la permanence des soins ambulatoires" (MSH1710).

Dans le groupe 3 (URA), les experts apportaient leur expérience de l'urgence extrahospitalière en tant que réponse ponctuelle et immédiate à un problème de santé aigu (type intervention sapeur-pompier sur déclenchement par le centre 15 ou intervention SOS Médecins sur appel du patient ou de son entourage). La difficulté du positionnement de ces experts était qu'ils ne pratiquaient ni le suivi longitudinal et transversal spécifiques à la médecine générale (contrairement aux experts du groupe 1), ni l'encadrement des IMG en stage (contrairement aux participants des deux autres groupes). Ainsi, un expert a exprimé une "confusion ambulatoire / MG en poste aux urgences" dans le thème de la prise en charge des AVC (URA797).

10.2. Longueur des questionnaires

Plusieurs experts se sont plaints de la longueur du questionnaire qui comportait 76 questions et 402 items dans sa première version puis 56 questions et 216 items dans sa seconde version. Néanmoins, tous les questionnaires retournés ont été remplis complètement et les taux de réponse étaient satisfaisants avec 75% et 72% respectivement pour le premier et le deuxième tour de la procédure DELPHI. Le bêtatest avait permis d'envisager que la longueur du questionnaire ne serait pas un obstacle au bon déroulement de l'enquête.

10.3. Délais d'obtention des réponses

Les derniers questionnaires retournés ont pu nous parvenir après la limite de clôture communiquée aux experts. Pour être prises en compte, les réponses devaient nous parvenir avant la publication des résultats sur le site dédié http://www.medurg.fr. Avec ce critère, aucun questionnaire retourné n'a ainsi été écarté, sans que les réponses aient pu influencer les experts retardataires.

10.4. Ressenti d'un manque de précision de certaines questions

Les objectifs pédagogiques offerts à l'appréciation des experts utilisaient un type d'énoncé assez homogène tout au long du questionnaire. Lors du premier tour, un manque de précision dans la formulation des questions a été souligné pour 2,7% des items proposés au premier tour et 0,9% des items proposés au deuxième tour. Le plus souvent, c'est le terme "prise en charge" qui posait problème et il avait été rajouté « dans la première heure » dans la notice du questionnaire suivant. Aucun des objectifs pédagogiques se rapportant à une urgence vitale (réanimation cardiopulmonaire, hypoglycémie persistante, etc.) n'a posé de problème quant à la précision des items proposés.

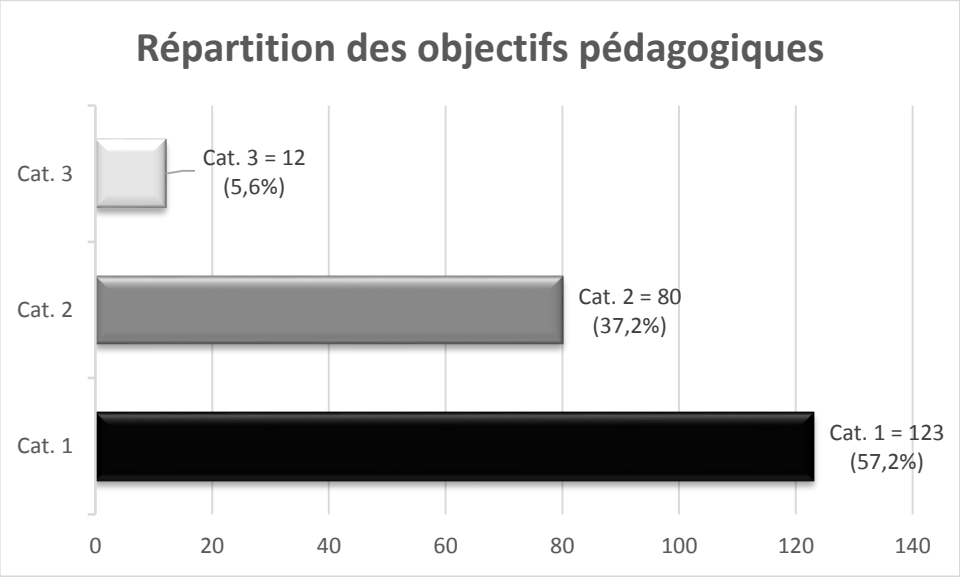
V – DISCUSSION

1. Discussion du résultat principal

1.1. Obtention d'une liste consensuelle d'objectifs pédagogiques validée par les experts

L'ensemble de la procédure a permis d'élaborer une liste consensuelle de 215 objectifs pédagogiques hiérarchisés et répartis ainsi :

- 123 objectifs de première catégorie ou prioritaires (57,2%)
- 80 objectifs de 2ème catégorie (37,2%)
- 12 objectifs de 3ème catégorie (5,6%)



- Figure 5 : Répartition finale des objectifs pédagogiques -

La méthode DELPHI modifiée qui a été employée a permis de déterminer une liste consensuelle d'objectifs pédagogiques hiérarchisés et spécifiques destinés aux IMG en stage aux urgences dans le but de préparer efficacement les futurs praticiens aux situations d'urgence rencontrées en médecine générale. Pour ce faire, 108 médecins répartis en trois groupes ont été sollicités à travers les 4 départements de la région Poitou-Charentes du 21/11/2013 au 31/12/2013. Quarante-six médecins (45,6%) souhaitaient participer à l'étude Medurg et remplissaient les critères d'inclusion. A l'issue du premier tour de la procédure DELPHI qui s'est déroulé du 20/01/2014 au 16/02/2014, 36 experts (taux de réponse de 78,3%) avaient examiné les 402 items proposés. Ce premier tour a permis d'écarter 2 objectifs

et d'en retenir 203 dont 119 objectifs prioritaires et 84 objectifs non prioritaires, classés en items de 2ème et 3ème catégories. Cent quatre-vingt-dix-sept items n'avaient pas obtenu le consensus et étaient de nouveau proposés après reformulation, augmentés des 19 nouveaux objectifs proposés par les experts. A l'issue du deuxième tour de la procédure DELPHI qui s'est déroulé du 31/03/2014 au 13/04/2014, vingt-six experts (taux de réponse de 72,2%) éliminaient 2 objectifs et identifiaient 4 nouveaux objectifs prioritaires ainsi que 8 objectifs non prioritaires. Avec une réduction faible du nombre d'objectifs non consensuels (6,5%) et en l'absence de nouvel objectif à soumettre au panel d'experts, la consultation du comité de pilotage a conduit à ne pas réaliser de troisième tour de sélection des items et à proposer une liste formalisée à l'ensemble des experts ayant participé à la totalité de l'enquête pour validation. Sur les 26 experts finalistes, 21 ont finalement validé la liste d'objectifs (80,8%).

* Consensus

La méthodologie utilisée a permis de garantir l'obtention du consensus en employant un critère objectif et constant tout au long de l'étude : l'obtention d'une adhésion forte – cotations 6 et 7 sur l'échelle de Likert employée pour l'ensemble des items – par au moins 75% des experts d'un ou plusieurs groupes ou de l'ensemble du panel. Le consensus devait être obtenu pour que les items soient conservés ou éliminés définitivement.

* Hiérarchisation

Compte tenu de la grande diversité des items proposés et de la longueur des questionnaires qui en a découlé, faire un troisième tour avec comme but unique de hiérarchiser les objectifs retenus par les experts nous exposait au risque de perdre davantage de praticiens pour la validation de la liste définitive. L'absence de nouvel objectif proposé à l'issue du second tour de la procédure DELPHI et la faible réduction du nombre d'items non consensuels nous ont conduit à sursoir à une nouvelle consultation du panel. La méthodologie employée permettait des hiérarchiser d'emblée les objectifs en trois catégories distinctes en fonction de la force du consensus exprimée par les experts :

- un objectif pédagogique de première catégorie, ou objectif prioritaire, devait obtenir une force de consensus maximale, c'est-à-dire un niveau d'adhésion forte pour au moins 75% des experts et ce pour chacun des 3 groupes (MSA, MSH et URA) ;

- un objectif pédagogique de deuxième catégorie devait obtenir une force de consensus intermédiaire correspondant à une adhésion forte pour au moins 75% des experts dans 2 des 3 groupes du panel ;
- un objectif pédagogique de troisième catégorie obtenait une force de consensus plus faible avec une adhésion forte d'au moins 75% des experts d'un seul des 3 groupes ;
- un objectif pédagogique était éliminé si les 3 groupes s'étaient exprimés dans ce sens avec au moins 75% des réponses.

* Spécificité

La question de recherche validée par le DUMG de la faculté de Poitiers plaçait ce travail dans le champ de la médecine générale. La spécificité liée à ce mode d'exercice en milieu ambulatoire était soulignée dans l'intitulé précédent chaque question soumise à l'expertise des participants : *Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire"*. De par la grande diversité des motifs de recours urgents ou non programmés auprès des médecins généralistes et du fait des missions de la médecine générale, l'ensemble des objectifs pédagogiques retenus dans la liste définitive entrent dans le champ de la médecine générale.

* Validation

La liste a été validée pour l'ensemble des items retenus à l'issue du second tour de la procédure DELPHI par 21 des 26 médecins ayant suivi l'intégralité de la procédure jusqu'à son terme. Cela représente un taux de réponse de 80,8% pour le troisième tour mais un taux de 58,3% si l'on considère l'effectif initial, soit 36 praticiens interrogés au premier tour de l'étude. Il convient de préciser que l'écart correspond à l'absence de retour des questionnaires et que nous n'avons pas observé aucun refus de validation de la liste finale.

* Formulation

De façon didactique, une séparation est faite pour la présentation des objectifs avec d'une part les items liés au diagnostic et d'autre part les items liés à la thérapeutique. Le terme « prendre en charge » s'entend de la même façon qu'il est utilisé dans le programme de formation du deuxième cycle des études médicales [disponibles à l'adresse http://etudiants.larevuedupraticien.fr/nouveaux-items] en retenant les éléments utiles pour

la prise en charge de la première heure des situations d'urgence rencontrées en médecine générale :

- diagnostiquer
  - . analyser et hiérarchiser les données cliniques ;
  - . argumenter les principales hypothèses diagnostiques en fonction de la prévalence et de l'incidence dans le contexte de soins concerné ;
  - . justifier la démarche diagnostique et la stratégie d'investigation en expliquant la contribution attendue des examens complémentaires prescrits ;
  - . expliquer les principaux mécanismes physiopathologiques rendant compte des manifestations cliniques et paracliniques ;
  - . discuter les principaux diagnostics étiologiques et différentiels en tenant compte des données épidémiologiques et des cofacteurs de morbidité ;
- identifier les situations d'urgence (hospitalières et préhospitalières)
  - . identifier les signes de gravité imposant des décisions thérapeutiques immédiates ;
  - . décrire les mesures à mettre en œuvre : gestes et manœuvres, mesures de surveillance immédiate, orientation du patient, médicaments (avec posologie pour les grandes urgences) ;
- argumenter l'attitude thérapeutique et la planification du suivi du patient :
  - . expliquer l'histoire naturelle, les complications et les facteurs de pronostic ;
  - . justifier le choix d'une stratégie thérapeutique en fonction des objectifs poursuivis, des modes d'action des thérapeutiques, de leurs bénéfices démontrés, de leur efficience et des risques éventuels, des données médico-économiques ; expliciter au patient les alternatives afin d'opter pour une attitude thérapeutique conforme à sa volonté ;
  - . décrire les modalités de la surveillance de la maladie et du traitement ;
  - . connaître avec précision dans les situations fréquentes les moyens et stratégies thérapeutiques ;
- connaître les principales stratégies de prescription en imagerie et connaître la sémiologie des principales urgences et pathologies qu'un médecin de premier recours pourra rencontrer.

1.2. Objectifs pédagogiques prioritaires retenus par l'ensemble des experts

* Compétences générales et transversales

Un certain nombre de compétences retenues par les experts ne sont pas véritablement spécifiques aux situations rencontrées en urgence (*élaborer une stratégie diagnostique et thérapeutique …, formuler des hypothèses diagnostiques …, etc.*). Cependant, la prise en charge de situations parfois complexes du fait de l'intrication de difficultés pluridimensionnelles (biomédicales, psychologiques, sociales) en contexte d'urgence, incitent à s'assurer qu'une analyse structurée et que l'application des fondamentaux par les étudiants sont effectives. Il ne s'agit pas de refaire une partie du deuxième cycle qui a été validé par le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT) mais de mettre en œuvre les aptitudes en contexte clinique professionnalisant. Ceci explique les fréquences d'adhésion forte des items cités dans ces deux premiers thèmes (A.1.1 à A.1.9 et B.1.1 à B.1.10) et la sélection d'items très voisins mais jugés non redondants par le panel (A.1.5, A.1.6, A.1.7, A.1.8, A.1.9, B.1.5, B.1.7, B.1.8). Les objectifs pédagogiques peuvent ainsi être regroupés en reproduisant la chronologie de prise en charge et en séparant le plan diagnostique du plan thérapeutique :

Identifier une situation comme relevant de l'urgence médicale	
B.1.1	Reconnaitre immédiatement les signes d'instabilité ou de décompensation imminente
B.1.6	Alerter (ou faire alerter) sans délai le MSH de la survenue d'une détresse vitale
B.1.2	Face à une détresse patente, initier la prise en charge en urgence
A.1.4	Hiérarchiser les situations en fonction du degré d'urgence (absolue, relative, …)
D.1.3	Identifier la douleur comme une priorité de prise en charge
Construire une démarche diagnostique adaptée à l'urgence (diagnostic de situation)	
B.1.4	Evaluer l'état clinique et la stabilité des fonctions vitales (cardio, pneumo, neuro)
A.1.7 G.1.1 G.1.2	Formuler des hypothèses diagnostiques ; prioriser les hypothèses chez le patient âgé, chez la femme en âge de procréer
A.1.5	Elaborer une stratégie diagnostique adaptée et argumentée
B.1.9 E.1.1 L.1.3 E.1.11	Identifier les situations nécessitant le transfert en milieu spécialisé (USIC, UNV, …)
A.1.2	Identifier les situations nécessitant l'intervention de moyens lourds (SMUR)
B.1.3	Reconnaître les indications d'hospitalisation en fonction des hypothèses retenues
B.1.7 B.1.8	Impliquer les autres spécialistes en notifiant ses attentes et le niveau d'urgence du recours ; impliquer les paramédicaux requis par l'état du patient

Construire une démarche thérapeutique adaptée à l'urgence	
A.1.6	Elaborer une stratégie thérapeutique adaptée et argumentée
A.1.1	Adapter les traitements au patient (insuffisance rénale, hépatique, allergies, etc.)
A.1.3 A.1.8 A.1.9	Evaluer l'efficacité, la tolérance et l'innocuité du traitement instauré ; intégrer le rapport bénéfice/risque à sa démarche thérapeutique ; évaluer et prendre en charge le risque iatrogène

* Réanimation cardiorespiratoire, urgences cardiovasculaires et respiratoires

L'interdépendance des systèmes cardiovasculaire et respiratoire se prêtent au rapprochement des objectifs pédagogiques proposés et retenus comme prioritaires par les experts de notre étude.

Elaborer une démarche diagnostique devant une urgence cardiorespiratoire	
C.1.1 C.1.3	Diagnostiquer un arrêt cardiorespiratoire chez l'enfant et chez l'adulte
E.1.2	Identifier les signes évocateurs d'une thrombophlébite
E.1.3	Identifier les signes évocateurs d'une embolie pulmonaire
E.1.4	Identifier les signes évocateurs d'une ischémie aiguë de membre
E.1.5	Identifier les facteurs de risque cardiovasculaire global
E.1.7 X.1.10	Réaliser un ECG 12 dérivations Identifier les modifications ECG orientant vers un SCA
E.1.8	Faire le diagnostic étiologique d'un malaise, d'une syncope, d'une lipothymie
E.1.9	Faire le diagnostic différentiel d'une douleur thoracique
E.1.10	Distinguer urgence hypertensive et hypertension mal tolérée
F.1.5	Faire le diagnostic étiologique d'une dyspnée
Elaborer une démarche thérapeutique devant une urgence cardiorespiratoire	
C.1.2	Libérer les voies aériennes supérieures
W.1.4	Réaliser un massage cardiaque externe
E.1.6	Expliquer au patient les principes du traitement anticoagulant
Prendre en charge une situation d'urgence cardiorespiratoire spécifique	
F.1.1	Prendre en charge une exacerbation de BPCO
F.1.2	Prendre en charge une inhalation de corps étranger
F.1.3	Prendre en charge une crise d'asthme
F.1.4	Prendre en charge un OAP

Paradoxalement, alors que la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire est massivement identifié comme un objectif prioritaire, les gestes associés à cet item sont définis par les experts comme étant des objectifs secondaires (oxygénothérapie W.2.2, ventilation au ballon auto-remplisseur W.2.3, perfusion intraveineuse W.1.4 et défibrillation semi-automatique W.2.5) et tertiaires (monitorage du patient W.3.2). Ces items font apparaître la nécessité de disposer d'un matériel spécifique pour prendre en charge les urgences en milieu ambulatoire.

L'absence de recommandations officielles quant à l'obligation d'en disposer et de liste détaillant le contenu d'une trousse d'urgence sont deux limites importantes dans la mise en œuvre des compétences du médecin généraliste placé face à une situation d'urgence vitale. La proximité d'un service d'urgence ou la rapidité d'intervention d'un moyen plus lourd (SMUR) prennent alors toute leur importance. Cependant l'existence de zones blanches (temps d'intervention > 30 minutes) exige que les médecins de premier recours soient capables de faire face à la première heure des situations urgentes et pour cela, ils doivent y être préparés. L'utilisation des marqueurs myocardiques en ville, bien que non recommandée par les autorités, est parfois nécessaire devant le refus d'un patient d'être adressé aux urgences pour exploration d'une douleur thoracique atypique. L'objectif pédagogique qui y fait référence n'obtient qu'un classement en deuxième catégorie alors qu'il retient une adhésion forte de 100% des généralistes enseignants et près de 82% des urgentistes ambulatoires interrogés. Cette contrainte contextuelle n'est donc pas appréhendée par les urgentistes hospitaliers.

* Analgésie

De par sa transversalité, l'item *Identifier la douleur comme une priorité de prise en charge* (D.1.3) a été intégré aux compétences générales. Les trois objectifs pédagogiques prioritaires retenus par le panel d'experts traduisent l'importance du traitement de la douleur en contexte d'urgence, cette composante de la prise en charge étant présente dans 39% des recours non programmés.

Elaborer une démarche diagnostique devant une douleur aiguë	
D.1.4	Identifier une douleur neuropathique
Elaborer une démarche thérapeutique devant une douleur aiguë	
D.1.1	Soulager efficacement une douleur en contexte d'incertitude
D.1.2	Adapter le traitement antalgique au type de douleur identifiée

La prise en charge de la douleur est une priorité depuis plusieurs années et les programmes de formation des internes y consacrent un module dédié depuis la réforme de 2004 ("douleur et soins palliatifs"). Parmi les différents types de douleurs, les douleurs neuropathiques semblent les moins bien connues des participants qui ont ainsi valorisé cet objectif pédagogique. Bien que l'efficacité du traitement de ce type de douleurs (soit médicamenteux par l'utilisation de la gabapentine ou de la prégabaline, soit non médicamenteux par neurostimulation par exemple) est évalué après plusieurs jours de traitement, ce qui nuance

l'intérêt de cet objectif pour la formation des IMG dans le contexte des urgences. Cependant, savoir que l'oxycodone agit en partie sur la composante neuropathique d'une douleur et peut légitimement faire partie d'une trousse d'urgence (dans sa forme à libération immédiate) montre la pertinence de cet objectif.

* Urgences infectieuses

Malgré la fréquence des recours non programmés pour lesquels un diagnostic principal de type "infectiologie" a été retenu (cf. annexe 1), un seul objectif a été jugé pertinent par les experts : *identifier les patients vulnérables* (jeunes enfants, personnes âgées, immunodéprimés, comorbidités, voyageurs, vie en communauté, toxicomanes IV, etc.) (H.1.1). Paradoxalement, alors que l'infectiologie représente 27,8% des recours non programmés (dont 51,3% des urgences chez l'enfant et l'adolescent), seul cet objectif a obtenu le consensus des 26 experts ayant participé au deuxième tour de la procédure DELPHI. Cependant, cela peut également être attribué à la méthodologie employée puisque les items "infectieux" ont pu être identifiés comme prioritaires dans d'autres catégories (I.1.5 dans les urgences uro-génitales, L.1.7 dans les urgences neurologiques, M1.1 et M.1.2 dans les urgences environnementales et circonstancielles, etc.). Il ressort des commentaires des experts que lorsqu'une situation clinique associe signes infectieux et contexte d'urgence réelle, la prise en charge s'orientait le plus souvent vers une hospitalisation du patient.

* Urgences uro-génitales et gynécologiques

Les items retenus par les experts font apparaitre la spécificité de l'exercice en milieu ambulatoire de la médecine générale. Sans être des urgences de la première heure, la prescription d'une contraception d'urgence (I.1.2) et la prise en charge d'une exposition au risque de transmission d'IST (I.1.3) n'en demeurent pas moins des situations d'urgence thérapeutique rencontrées au cabinet.

En dépit du caractère prioritaire de ces items, on observe que seuls les participants du groupe MSA retenaient avec 80% d'adhésion forte l'item *poser une sonde vésicale*. Cela sera développé plus loin.

* Urgences traumatologiques

Bien que la plus grande partie des urgences traumatologiques soient prises en charge en milieu hospitalier (notamment lorsqu'un bilan d'imagerie est nécessaire rapidement) et que seuls 10,1% des recours ambulatoires concernent la traumatologie, certains items ont été retenus comme prioritaires pour permettre aux futurs médecins généralistes de faire face à

certaines urgences. Les objectifs pédagogiques pertinents concernent les situations pour lesquelles le médecin constituerait le premier recours sur place, en dehors de toute régulation d'intervention médicale (par exemple parce qu'il serait témoin d'un accident). Les objectifs J.1.6 et J.1.1 soulignent le rôle de prévention et d'acteur en santé publique de la médecine générale.

Elaborer une démarche diagnostique devant une urgence traumatologique	
J.1.2	Rechercher les complications immédiates des fractures
J.1.5	Réaliser un bilan lésionnel clinique
Elaborer une démarche thérapeutique devant une urgence traumatologique	
J.1.3	Choisir une position d'attente adaptée au traumatisme
J.1.6	Appliquer / contrôler le calendrier vaccinal
W.1.10	Réaliser une anesthésie locale
W.1.11	Réaliser le parage et la suture d'une plaie superficielle
W.1.12	Réaliser l'évacuation d'un hématome sous-unguéal
Prendre en charge une situation d'urgence traumatologique spécifique	
J.1.1	Donner les consignes de surveillance au patient porteur d'un plâtre
J.1.4	Prendre en charge les lésions des tissus mous

* Urgences toxicologiques

L'objectif prioritaire retenu est *contacter le centre antipoison* (K.1.1). La toxicologie représentant seulement 1,1% de l'ensemble des motifs des recours non-programmés, on peut donc comprendre le faible nombre d'objectifs retenus. Plusieurs experts considéraient que la prise en charge d'un problème toxicologique était du ressort du seul milieu hospitalier. Toutefois, les généralistes enseignants souhaitaient pour 80% d'entre eux que la reconnaissance des principaux toxidromes figure dans la formation des futurs généralistes.

* Urgences neurologiques

Les objectifs prioritaires sont présentés dans le tableau ci-après.

Elaborer une démarche diagnostique devant une urgence neurologique	
L.1.8	Discuter les diagnostics différentiels des céphalées aiguës
L.1.9	Discuter les diagnostics différentiels de l'AVC
X.1.6	Réaliser une mesure de glycémie capillaire
Elaborer une démarche thérapeutique devant une urgence neurologique	
L.1.7	Instaurer sans délai une antibiothérapie devant une méningite*
W.1.2	Mettre un patient en position latérale de sécurité (PLS)
Prendre en charge une situation d'urgence neurologique spécifique	
L.1.1	Prendre en charge les céphalées aiguës
L.1.2	Prendre en charge les vertiges
L.1.4	Prendre en charge la crise migraineuse
L.1.5	Prendre en charge des convulsions

L.1.6	Prendre en charge des troubles de l'équilibre
** Malgré l'absence de contextualisation de cet item, il doit cependant être attribué aux situations pour lesquelles il existe un tableau clinique sévère d'emblée ou après la réalisation d'une ponction lombaire apportant des arguments en faveur d'une méningite bactérienne (LCR trouble ou purulent). Seul le premier de ces critères peut justifier le recours immédiat à une antibiothérapie débutée d'emblée en milieu ambulatoire.*	

Beaucoup des items proposés ont obtenu le consensus des experts malgré une prévalence de 4,1% des motifs de recours en médecine générale.

Alors que l'item *orienter rapidement le patient dans la filière spécialisée devant un AVC* (L.1.3) obtient une adhésion forte des experts des 3 groupes, l'item *orienter rapidement si nécessaire le patient dans la filière neurochirurgicale* (L.2.3) n'est classé qu'en objectif secondaire. Cela peut s'expliquer par les modalités de recrutement de cette filière de soins d'urgence qui nécessite une imagerie (scanner ou IRM) faite en urgence ce qui n'est pas réalisable en milieu ambulatoire.

* Urgences environnementales et circonstancielles

Sur les 16 items proposés en début de procédure DELPHI, seuls 3 items prioritaires ont été identifiés par l'ensemble des experts :

Prendre en charge une situation d'urgence circonstancielle spécifique	
M.1.1 M.1.2	Prendre en charge une piqûre ou une morsure d'insecte / d'animal
M.1.3	Identifier les situations à risque d'évolution défavorable

Les items *évaluer la surface corporelle brûlée et la sévérité d'une brûlure* (M.2.1) et *prendre en charge la déshydratation/le coup de chaleur* (M.2.2) ne figurent qu'en deuxième catégorie, pénalisés par les urgentistes hospitaliers. De même, seuls les participants des groupes 1 et 3 avaient retenu l'évaluation d'une hypothermie et la prise en charge du patient électrisé, jusque dans la prescription des apports hydro-électrolytiques des 24 premières heures pour les seuls MSA. La pertinence de ce dernier item parait pourtant limitée dans l'exercice de la médecine générale. Ce dernier point traduit une certaine imprécision dans la perception des limites du champ de la médecine générale en matière d'urgence.

* Urgences psychiatriques

Sur l'ensemble des motifs de recours urgents et non programmés, un problème psychique est présent dans 7,8% des cas. Dans 1,1% des recours, l'état psychique est perturbé et nécessitera une prise en charge spécifique au décours de l'intervention du médecin généraliste. C'est seulement dans 0,1% des recours urgents qu'un problème psychique aigu est présent. Les

objectifs retenus par les experts sont *reconnaitre et évaluer le risque suicidaire* (N.1.1) et *veiller à la sécurité du patient, de l'entourage et du personnel soignant* (N.1.2). Cependant, les résultats du deuxième tour de la procédure DELPHI font apparaître que les généralistes enseignants retenaient avec une adhésion forte 10 des 11 items proposés avec des fréquences de 80 à 100%. Cette liste d'objectifs pédagogiques sous-estime donc le besoin de formation attendu des médecins généralistes pour faire face aux urgences psychiatriques rencontrées en pratique clinique ambulatoire.

* Urgences ophtalmologiques, ORL, métaboliques et onco-hématologiques

Les motifs de recours concernant ces disciplines sont assez facilement associés à un recours aux spécialistes correspondant, ce qui explique le faible nombre d'objectifs retenus par le consensus d'experts de l'étude.

Elaborer une démarche diagnostique devant une urgence ophtalmologique, ORL, endocrinienne, …	
P.1.1	Identifier l'inhalation d'un corps étranger des voies aériennes supérieures
R.1.2	Identifier les patients possiblement immunodéprimés
Elaborer une démarche thérapeutique devant une urgence ophtalmologique, ORL, endocrinienne, …	
Q.1.1	Corriger une hypoglycémie grave persistante
Prendre en charge une situation d'urgence ophtalmologique, ORL, endocrinienne, … spécifique	
O.1.1	Orienter le patient dans la filière (urgences ophtalmologiques) spécialisée si besoin
P.1.2	Prendre en charge une otalgie aiguë
P.1.3	Prendre en charge les principales infections ORL
R.1.1	Gérer l'allongement de l'INR selon les recommandations validées

Pour ces disciplines, les généralistes enseignants auraient souhaité retenir également les items suivants : *mesurer l'acuité visuelle, prise en charge d'une amaurose fugace, d'une brûlure oculaire chimique, d'un abcès amygdalien, d'une épistaxis persistante, identifier les troubles acido-basiques et l'acidose diabétique*.

* Urgences allergiques

Bien que ces urgences ne représentent que 1,1% des motifs de recours non programmés, la particulière gravité potentielle d'une réaction allergique a permis d'obtenir des experts un consensus sur de nombreux objectifs prioritaires.

Elaborer une démarche diagnostique devant une urgence allergique	
S.1.2	Identifier la gravité patente ou potentielle d'une réaction allergique
Elaborer une démarche thérapeutique devant une urgence allergique	
S.1.8	Prescrire un dispositif d'auto-injection d'adrénaline
E.1.12	Administrer le traitement de l'anaphylaxie
Prendre en charge une situation d'urgence allergique spécifique	
S.1.1	Prendre en charge une urticaire
S.1.3	Informer le patient (recherche d'allergène, conduite à tenir en urgence)
S.1.4	Prendre en charge un œdème de Quincke
S.1.5	Reconnaitre et prendre en charge un choc anaphylactique
S.1.6	Orienter le patient vers une consultation d'allergologie
S.1.7	Prendre en charge un bronchospasme

* Urgences gériatriques

Les objectifs prioritaires retenus concernent spécifiquement des points auxquels le médecin généraliste peut être confronté au domicile des patients âgés : *identifier l'épuisement de l'entourage d'un patient dément* (T.1.1), *identifier les situations de rupture du maintien à domicile* (T.1.2), *identifier les personnes âgées victimes de maltraitance* (T.1.3) et *prendre en charge le risque de chute de la personne âgée* (T.1.4). D'autres objectifs, sous cotés par les urgentistes de ville, n'ont été retenus qu'en deuxième catégorie alors qu'il s'agit de situations non exceptionnelles en milieu ambulatoire (*prendre en charge la confusion*, *prendre en charge les troubles cognitifs*). La pertinence de ces items pour la formation des IMG n'est pas appréciée de la même façon par les experts des groupes 1 et 2 d'une part, et ceux du groupe 3 d'autre part.

* Urgences pédiatriques

En 2004, les recours urgents et non programmés concernant les enfants et les adolescents concernaient 43,2% des motifs de consultation en ville. Ceci explique qu'un nombre significatif d'objectifs aient été proposés en début de procédure (33). Les objectifs retenus comme prioritaires par l'ensemble des experts du panel correspondent à des situations soient particulièrement fréquentes en médecine générale, soit potentiellement graves :

Prendre en charge une situation d'urgence pédiatrique spécifique	
U.1.1	Prendre en charge une otalgie chez l'enfant
U.1.2, U.1.3 U.1.4	Prendre en charge une toux aiguë, un asthme, une bronchiolite chez l'enfant
U.1.5 U.1.6	Identifier la maltraitance chez l'enfant, faire un signalement d'enfant en danger
U.1.7	Prendre en charge la fièvre chez l'enfant
U.1.8	Prendre en charge une douleur abdominale chez l'enfant

Par ailleurs, on constate qu'un certain nombre d'objectifs de deuxième catégorie sont sanctionnés par les urgentistes de ville (groupe 3) alors qu'il s'agit pourtant de situations rencontrées en médecine générale (vomissements, crise convulsive, diarrhée et déshydratation, odinophagie et douleur scrotale chez l'enfant).

* Compétences gestuelles et analytiques

En ville, une situation d'urgence peut être identifiée soit cliniquement (le plus souvent par appel du patient ou de son entourage) soit au moyen d'examens complémentaires (réalisation d'un ECG qui se révèle anormal, réception de résultats d'examens biologiques alarmant). C'est la raison pour laquelle les objectifs pédagogiques liés aux examens complémentaires paraissent pertinents pour préparer les IMG à leur future activité. Les compétences gestuelles et analytiques ont été rassemblées afin de dresser une liste à la fois plus pragmatique et plus synthétique. Les objectifs pédagogiques retenus par l'ensemble des experts des 3 groupes sont les suivants :

Maitriser les éléments concourant au diagnostic d'une situation d'urgence	
W.1.1, W.1.8	Prise des constantes vitales, examen clinique ciblé sur le motif de recours urgent
X.1.5, X.1.6	Glycémie capillaire, bandelette urinaire
X.1.1, X.1.2, X.1.7, X.1.8	Glycémie veineuse, hémogramme, ionogramme sanguin, bilan de la fonction rénale
X.1.3, X.1.4, X.1.9, X.1.12	Bilan de la coagulation sanguine, bilan hépatique, bilan pancréatique, bilan phosphocalcique
X.1.10	ECG 12 dérivations
X.1.11	Débit expiratoire de pointe
Maitriser les gestes à visée thérapeutique en situation d'urgence	
W.1.2, W.1.3, W.1.5	Position latérale de sécurité (PLS), position adaptée à l'attente des secours, techniques de libération des voies aériennes …
W.1.4	Massage cardiaque externe
W.1.6, W.1.7, W.1.9	Injection sous-cutanée, injection intraveineuse, injection intramusculaire
W.1.10, W.1.11, W.1.12	Anesthésie locale, parage et suture de plaies superficielles, évacuation d'un hématome sous-unguéal

Dans l'enquête de la DREES de 2004, les gestes représentaient une faible part des consultations et visites réalisées : les injections, la confection d'immobilisations, la réalisation d'un ECG, les gestes de petite chirurgie et les manœuvres de réanimation représentaient respectivement 7,3%, 1,4%, 1,2%, 1,1% et 0,2% des actes réalisés en urgence. Cependant, la fréquence ne saurait définir seule l'utilité de la compétence d'un médecin de premier recours

à prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire ou une réaction allergique sévère par exemple. Une nouvelle fois, nous pouvons constater qu'avoir à disposition un matériel spécifique et être formé à son utilisation conditionne la prise en charge des situations d'urgence en milieu ambulatoire. Plus le médecin se trouve éloigné d'autres ressources (services d'urgences, SMUR capable d'intervenir en moins de 30 minutes, autres spécialistes mobilisables rapidement, …), plus la prise en charge de ces situations aiguës repose sur ses seules compétences à pouvoir engager les premiers soins et orienter le patient dans les filières de soins les plus pertinentes.

1.3. Enseignement des objectifs pédagogiques de 2ème et 3ème catégories

Au-delà d'une liste d'objectifs pédagogiques non prioritaires, les items de deuxième et troisième catégories renseignent quant à la représentation que les différents experts ont sur le rôle du médecin généraliste confronté à une urgence médicale en ville.

La formation des IMG en stage aux urgences nécessite de mettre en perspective ce qui est utile pour la prise en charge des patients se présentant à l'hôpital, ce qui est pertinent pour la pratique en milieu ambulatoire, ce qui entre dans le champ de la médecine générale et ce qui répond à la curiosité personnelle de l'étudiant. Ceci nécessitait de la part des experts de pouvoir prendre le recul nécessaire par rapport aux seules nécessités de service (pour les MSH), de délimiter précisément le domaine de l'urgence en médecine générale (pour les MSA) et d'apporter une expérience dans la prise en charge des situations critiques en milieu ambulatoire (pour les URA).

* Apports des objectifs de deuxième catégorie

La méthodologie employée permet d'illustrer le positionnement de chaque type d'experts par rapport à une compétence retenue par l'ensemble du panel. De cette façon, nous pouvons constater que chaque groupe privilégie son propre mode de fonctionnement, sans nécessairement s'adapter aux contraintes de l'exercice hospitalier qui s'imposent aux IMG en formation (pour les experts des groupes 1 et 3) ou à celles qui s'imposent au médecin de premier recours (pour les experts des groupes 2 et 3). Ainsi l'adhésion des MSA est moins forte pour les items qui mettent en œuvre le fonctionnement en équipe (A.2.1, A.2.2, B.2.2, B.2.4). De leur côté, les MSH ont une adhésion plus faible pour certains items faisant référence à des objectifs spécifiques à la médecine générale, avec en particuliers la formulation de diagnostics

de situation (A.2.6, B.2.8, N.2.2). Pour les urgentistes de ville, majoritairement représentés par les médecins-pompiers, les objectifs pédagogiques remportant le moins d'adhésion concernaient les examens complémentaires (A.2.4, A.2.5 et X.2.1 à X.2.11), les actes de prévention (A.2.8, J.2.1) et la prise en compte des caractéristiques psychosociales du patient (B.2.1, B.2.3).

* Apports des objectifs de troisième catégorie

Par rapport aux précédents, les objectifs de troisième catégorie expriment spécifiquement l'avis du groupe qui a seul permis de retenir l'item dans la liste finale. Il s'agit donc de messages forts qui caractérisent chaque groupe d'experts. Ainsi, l'item retenu par les seuls MSA est lié à la communication et l'implication de l'entourage dans les décisions de soins (C.3.1). Le plus souvent, il s'agit d'items isolant les MSH et qui traduisent, au moins en partie, l'organisation hospitalière de l'encadrement des IMG en stage : présentation du dossier au maître de stage (A.3.1), interprétation des examens prescrits (A.3.2) et application des protocoles (A.3.1). Pour cela, l'item *constater un décès* (B.3.1) est particulièrement démonstratif : à l'hôpital, c'est très souvent l'interne de garde qui est appelé pour constater un décès (l'étudiant remplit le dossier médical, le certificat de décès est signé ultérieurement par le praticien responsable). En ville, les contraintes médicolégales rendent difficile voire impossible le transfert d'un tel acte à l'interne en stage (il faut pour cela que le médecin soit titulaire d'une licence de remplacement ou être inscrit au Tableau de l'Ordre des Médecins). Bien que la liste d'objectifs soit destinée à l'encadrement des IMG en stage hospitalier de médecine d'urgence, les experts des groupes 1 et 3 se sont tout de même prononcés contre cet objectif pédagogique. Par ailleurs, les urgentistes hospitaliers, qui ont retenu plus d'objectifs non prioritaires que les deux autres groupes (25,8% contre 34,4% pour le groupe 1 et 52,7% pour le groupe 3), ont conservé par excès des objectifs qui ne correspondaient pas *stricto sensu* à des situations d'urgence : *reconnaitre un syndrome démentiel* (N.3.1, contrairement à la prise en charge d'une syndrome confusionnel aigu), reconnaitre le nomadisme médical (N.3.3), *poser une perfusion sous-cutanée* (W.3.1) qui ne présente pas de difficulté technique ou de critère d'urgence comme le serait la mise en place d'une perfusion intraveineuse.

* Conséquences pour la formation des IMG à la médecine d'urgence

Ces observations mettent en évidence le besoin d'harmoniser les représentations des différents experts quant aux compétences attendues d'un IMG en stage aux urgences, dans le but de le préparer à faire face aux situations d'urgence en médecine générale. En terme

d'objectifs pédagogiques retenus, les choix exprimés par les MSH montrent que les IMG ne sont actuellement pas encadrés dans l'optique de les rendre opérationnels en ville mais performants à l'hôpital.

2. Discussion des résultats secondaires

2.1. Utilisation d'un outil pour guider l'apprentissage des IMG en stage aux urgences

Parmi les experts interrogés au premier tour de la procédure DELPHI, seuls 27,3% des praticiens déclaraient utiliser une liste d'objectifs pédagogiques pour l'encadrement des IMG en stage. Chez les urgentistes hospitaliers, ceux-là même qui encadrent les IMG en stage de médecine d'urgence, le taux était de 16,7%. Bien que les MSH soient principalement des praticiens détenteurs d'un diplôme de médecine générale (83,3%), peu connaissent le contenu du référentiel métier « médecin généraliste » (22,2%) ou disposent d'une compétence certifiée en pédagogie médicale (16,7%). Le développement d'une liste d'objectifs pédagogiques trouve donc tout son sens pour aider les formateurs à encadrer les IMG dans leur stage de médecine d'urgence et explique que l'enquête ait trouvé un accueil aussi favorable parmi les urgentistes consultés, en dépit du temps nécessaire pour remplir les questionnaires.

2.2. Utilité du consensus

Comme nous avons pu le voir précédemment, même si la procédure a permis d'élaborer une liste d'objectifs consensuelle, chaque groupe d'experts possède un point de vue spécifique sur ce qui entre dans le champ de la médecine générale en situation d'urgence. L'obtention d'un consensus est, dans ce contexte, primordiale pour essayer d'harmoniser les pratiques pédagogiques et le contenu de la formation proposée aux étudiants d'un troisième cycle professionnalisant de médecine générale. Le consensus a facilité l'obtention de la validation finale des experts.

2.3. Facteurs influençant

Un certain nombre de facteurs viennent moduler la pertinence des objectifs pédagogiques qui ont été listés. En effet, plusieurs items retenus impliquent la mise en œuvre d'un matériel

spécifique (oxymètre de pouls, défibrillateur semi-automatique, électrocardiographe, matériel de perfusion, ballon auto-remplisseur, médicaments d'urgence, etc.) permettant de faire face aux situations d'urgence. Il n'existe à ce jour aucune disposition légale obligeant le médecin de premier recours à disposer d'un matériel décrit *in extenso* et dont l'absence pourrait lui être opposé. En l'absence de texte réglementaire, l'utilité de tel ou tel matériel est laissée à l'appréciation de chaque praticien qui reste pourtant pénalement et déontologiquement responsable de la réponse qu'il fournirait si l'urgence s'imposait à lui. Par ailleurs, il semble évident que le besoin est très différent selon que le médecin généraliste exerce au cœur d'une ville disposant d'un service d'accueil des urgences et d'un SMUR rapidement mobilisable ou qu'il intervienne dans une « zone blanche ». L'item *réaliser un accouchement inopiné*, qui n'a pas été retenu, trouve dans ce contexte une pertinence singulière. Le matériel disponible et l'environnement géographique sont deux facteurs importants à prendre en considération pour la formation des IMG à leur future pratique.

3. Forces, limites et biais de ce travail

3.1. Forces de l'étude

* Première étude orientée vers la pratique ambulatoire

A notre connaissance, il n'existait à ce jour aucune liste consensuelle d'objectifs pédagogiques hiérarchisée destinée à l'encadrement des IMG en stage aux urgences impliquant tous les acteurs de l'urgence médicale, tant hospitaliers qu'ambulatoires. L'originalité de ce travail réside dans les points suivants :

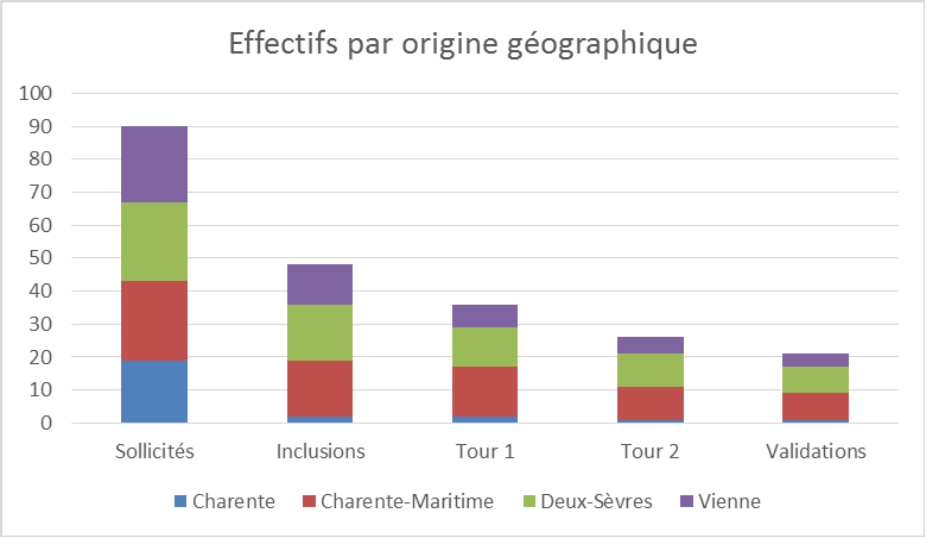
- intégration au sein du panel d'experts de toutes les catégories de médecins ayant une expérience de l'urgence médicale et intéressés par l'encadrement des IMG en stage ;
- détermination d'une liste d'objectifs destinée aux urgentistes hospitaliers mais ayant pour vocation de préparer les IMG aux situations d'urgence rencontrées en milieu ambulatoire ;
- hiérarchisation des objectifs en items de première catégorie (prioritaires), de seconde ou de troisième catégorie en fonction de la force du consensus exprimée par les experts du panel interrogé ;

* Etude multicentrique

Les experts interrogés appartenaient aux 4 départements de la région Poitou-Charentes et représentaient 74,6% des postes de médecine d'urgence ouverts aux IMG de la Faculté de Médecine de Poitiers (Tableau 3).

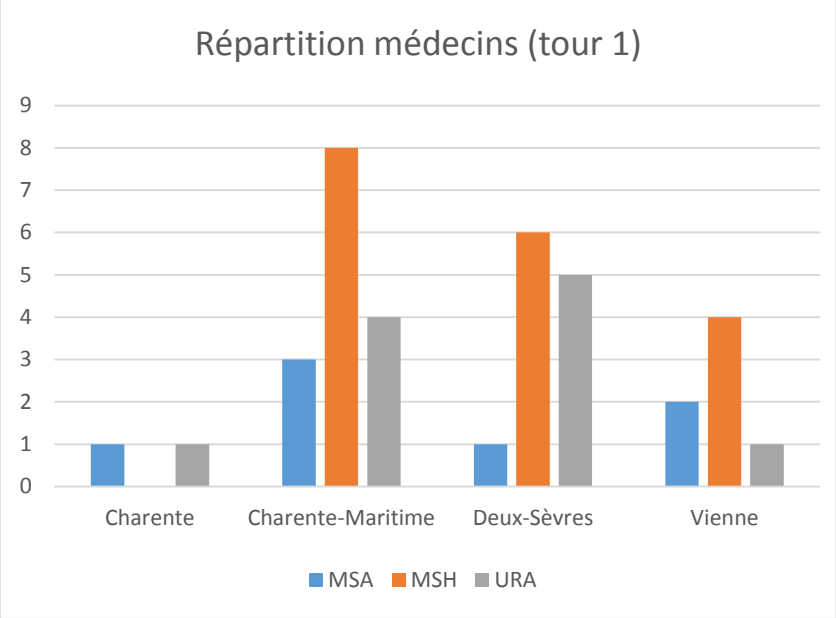
Tableau 3 : postes de médecine d'urgence ouverts aux IMG		
Département	**Centre hospitalier**	**Effectif** (semestre nov. 2014-mai 2015)
Vienne (86)	Poitiers*	12 (20,3%)
Deux-Sèvres (79)	Niort*	11 (18,6%)
Charente (16)	Angoulème*	8 (13,6%)
	Bressuire	3 (5,1%)
	Thouars*	2 (3,4%)
	Parthenay	2 (3,4%)
	Cognac	2 (3,4%)
Charente-Maritime (17)	La Rochelle*	8 (13,6%)
	Saintes	5 (8,5%)
	Rochefort-sur-Mer*	3 (5.1%)
	Royan	2 (3,4%)
	Jonzac	1 (1,7%)
Sources : crp-img (01/12/2014) *(*) Centre ayant participé à l'étude Medurg*		

- Figure 6 : Situation géographique des terrains de stage de médecine d'urgence -



- Figure 7 : Origine géographique des experts -

En pratique, presque tous les centres ont été représentés, ce qui apporte aux réponses des experts une bonne représentation de l'encadrement des IMG en stage aux urgences. De la même façon, les experts non-hospitaliers appartenaient aux 4 départements et pouvaient ainsi rendre compte des spécificités géographiques de leur exercice, comme l'éloignement d'un centre hospitalier disposant d'un service d'accueil des urgences ou le délai d'intervention d'un SMUR.



- Figure 8 : Répartition des experts par département -

* <u>Obtention d'un consensus fort</u>

Parmi les 215 objectifs pédagogiques retenus pas les experts, la majorité d'entre eux sont des objectifs de première catégorie, dont le caractère prioritaire repose sur l'obtention d'une

fréquence d'adhésion forte (scores 6 et 7 de l'échelle de Likert) pour chacun des 3 sous-groupes de médecins interrogés.

Les experts du groupe 2 (MSH) étaient majoritairement représentés tout au long de la procédure et arrivent *ex-aequo* avec les URA pour la validation de la liste définitive. Cela confère une certaine légitimité à cet outil dont ils sont les futurs utilisateurs. Par ailleurs, des dispositions légales permettent aux étudiants en médecine d'être également sapeur-pompier volontaire [67] et les centres de secours et d'incendie pourraient constituer un nouveau terrain de stage pour l'apprentissage de la médecine d'urgence, sous l'autorité d'un médecin titulaire.

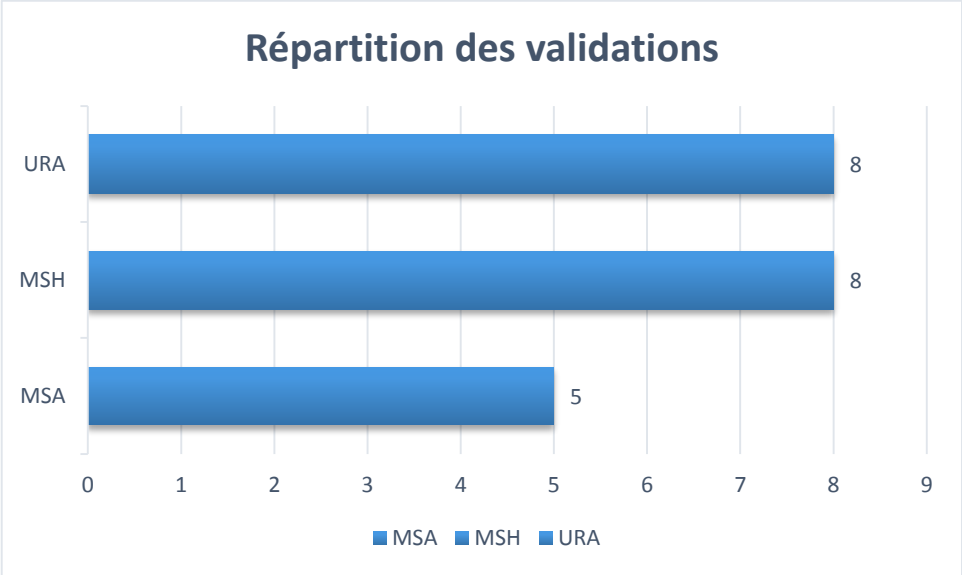
* Nombre d'items proposés

La recherche bibliographique réalisée en amont de notre travail a montré l'existence de listes d'objectifs pédagogiques destinées aux IMG mais celles-ci n'étaient ni consensuelles, ni hiérarchisées, ni spécifiquement orientée vers l'exercice ambulatoire de la médecine générale. Le plus souvent, elles comptaient un nombre très limité d'items. En proposant un nombre d'items suffisant pour établir un programme semestriel d'acquisition de compétences en médecine d'urgence, ce travail peut être un point de départ pour la construction d'un programme semestriel qui corresponde à la fois aux impératifs des missions hospitalières confiées aux IMG et aux situations qu'ils pourront rencontrer dans leur pratique ultérieure.

3.2. Biais et limites de l'étude

* Sous-représentation des généralistes enseignants

Malgré la sollicitation d'un nombre égal de médecins pour chacun des sous-groupes d'experts, le groupe 1 (MSA) est sous représenté tout au long du processus DELPHI et jusque dans la formulation des items de la liste finale. Cependant, l'absence de nouvelle proposition à l'issue de la seconde ronde permet d'envisager que la saturation des données a été obtenue. De plus, chaque département est représenté par au moins un généraliste enseignant ce qui est insuffisant pour rendre compte de l'ensemble des particularités géographiques de l'exercice ambulatoire mais qui représente néanmoins la diversité des points de vue. Cette sous-représentation peut également traduire une résistance des médecins généralistes à consacrer du temps pour développer un outil destiné aux urgentistes hospitaliers.



- Figure 9 : Répartition des validations -

* Important taux de non-réponse

Si les taux de réponse intermédiaires ont été plutôt élevés (75% au premier tour, 72,2% au second tour et 80,8% pour l'étape finale de validation), le rapport des 21 validations pour 48 médecins inclus ne correspond qu'à un taux brut de 43,7%. Ce résultat rend compte de la lourdeur de la procédure itérative mais surtout de la longueur du questionnaire administré.

* Thèmes sous-représentés

Dans la liste finale d'objectifs pédagogiques, certains thèmes sont absents ou sous-représentés faute d'avoir obtenu un consensus suffisant pour être retenus. Ces messages forts exprimés par les généralistes enseignants ou les urgentistes hospitaliers devraient pourtant trouver leur place dans l'apprentissage des situations d'urgence du futur professionnel : *gérer son stress/sa solitude face à l'urgence*, *rédiger des certificats médico-légaux*, *utiliser le réseau local de spécialistes, gérer le patient opposant et les réactions des proches*, *mettre en œuvre les alternatives à l'hospitalisation*, etc. Ainsi, l'existence d'items retenus par les praticiens ambulatoires (MSA et URA) qui n'ont pas obtenu le consensus de l'ensemble du panel justifierait d'une rencontre entre les différents acteurs afin d'harmoniser les représentations de l'ensemble des professionnels de l'urgence médicale. Ces points concernent principalement les motifs de recours uro-gynécologiques, psychiatriques, pédiatriques ainsi que certains des gestes retenus par les seuls généralistes enseignants.

* Absence de formulation de niveaux de compétences formalisés

Des travaux récents ont permis de définir des niveaux de compétence pour les IMG en progression dans leur cursus [46]. Une section « premier recours, urgences » définit les niveaux *novice*, *intermédiaire* et *compétent* avec des attributs spécifiques aux IMG (annexe 10). Ils peuvent être pris en compte par les formateurs pour définir le niveau à atteindre par les IMG en stage en fonction de l'apprentissage de l'étudiant. Cette notice n'a pas été insérée dans notre enquête car elle aurait considérablement alourdi le questionnaire avec pour conséquence, la diminution du taux de réponse.

4. Confrontation aux données de la littérature

4.1. Comparaison avec les résultats de l'étude de Lille

Cette étude [38] menée dans le nord de la France en 2012 explorait les objectifs de stage des IMG en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie et aux urgences. Elle a mis en œuvre la technique du groupe nominal avec des effectifs relativement faibles, ne permettant pas de s'affranchir de l'effet de leader d'opinion. En outre, l'auteur du travail de recherche [38] avait identifié un biais lié à l'auto-sélection des experts du panel. Par ailleurs, les douze objectifs pédagogiques qui en ont découlé étaient trop généraux pour permettent la construction d'un véritable programme de formation dans une logique d'acquisition de compétences transférables à l'exercice ambulatoire de la médecine générale. De la même façon, le libellé de certains objectifs pourraient difficilement répondre aux critères imposés par l'évaluation certificative des IMG ("évaluer la gravité d'un patient", "recourir aux réseaux et aux filières de soins", "acquérir une autonomie", etc.), dans ses composantes psychomotrices, communicationnelles et relationnelles [68].

4.2. Comparaison avec les résultats de l'étude canadienne de 2013

A partir du référentiel CanMED2005, cette étude menée en 2013 [53] avait proposé aux maitres de stage de médecine d'urgence, 152 objectifs pédagogiques dont la pertinence a pu être évaluée à travers les trois tours d'une procédure DELPHI. Avec une réduction de 59%, ce sont finalement 62 items qui ont été retenus et ont permis d'obtenir un consensus national. Les critères d'arrêt étaient ceux qui ont été repris pour notre étude. La liste obtenue permettait de cibler les apprentissages de façon plus précise mais la formulation des items ne

respectait pas le formalisme de notre cahier des charges ("sonde vésicale", "douleur thoracique", "otalgie", etc.). Par ailleurs, les gestes retenus comme "compétence de base pour la prise en charge des urgences" comptaient de nombreuses tâches réalisables uniquement en milieu hospitalier et n'avait qu'une transférabilité limitée des compétences à la pratique ambulatoire.

5. Perspectives

5.1. Comparaison avec les résultats de l'étude de Lille

Cette liste d'objectifs pédagogiques est assez dense et balaye un large panel de compétences permettant de faire face efficacement aux situations d'urgence qui peuvent se présenter en médecine générale. Cependant, le classement en items prioritaires et objectifs de deuxième et troisième catégories permet aux maitres de stage hospitaliers de moduler leur encadrement en fonction du terme d'apprentissage de l'IMG. Par ailleurs, la participation aux gardes d'urgence étant le point commun à tous les stages effectués par l'étudiant, certains objectifs pourraient bénéficier d'un apprentissage étalé sur plusieurs stages, l'essentiel étant que l'IMG devienne autonome pour gérer l'ensemble des situations à la fin de son internat.

5.2. Implications pour l'évaluation certificative

Un processus d'évaluation est inévitable au cours du troisième cycle des études médicales [69]. En définissant des compétences et en utilisant les niveaux de compétences décrits, notre liste d'objectifs peut constituer un point de départ pour la construction d'un programme formalisé de formation des IMG à l'urgence et d'une grille d'évaluation certificative. Les étudiants ainsi certifiés pourraient se trouver renforcés dans leur assurance à prendre en charge les urgences en milieu ambulatoire, en gérant efficacement le stress inévitablement lié à ces situations aiguës.

5.3. Apport de la simulation

Puisque les urgences médicales ne peuvent être programmées, tous les objectifs pédagogiques ne pourront être mis en œuvre *in vivo* durant le semestre du stage de médecine d'urgence. Par ailleurs, il peut être dangereux de faire assumer des situations critiques aux étudiants, même supervisés. Pour cela, un outil pédagogique a montré son efficacité pour la

formation à l'urgence des praticiens en devenir : la simulation médicale [70, 71]. Cette modalité permet de mettre des étudiants en face de situations critiques sans faire courir de risque aux patients. Par ailleurs, l'évaluation de critères robustes permet de conduire une évaluation reproductible.

5.4. Place de la formation médicale continue

Devenir compétent pour la prise en charge des urgences médicales est une chose. Le rester en est une autre. Ainsi, la question de la gestion des urgences médicales par le médecin généraliste se pose autant en formation médicale initiale qu'en formation médicale continue, comme en attestent les formations proposées par plusieurs facultés de médecine en France :

- DU Aptitude à la médecine d'urgence à Bordeaux [72] ;
- DU Médecine d'urgence en milieu hospitalier à Paris 7 [73]. Paradoxalement, l'un des deux objectifs du DU est « aider les étudiants à connaître les premiers gestes d'urgence à réaliser pour le transport vers l'hôpital » ;
- DU Médecine d'urgence à Nantes [74] ;
- DIU Apprentissage et Perfectionnement en Médecine d'Urgence [75] à Montpellier, destinée aux médecins correspondants du SAMU ;
- DIU Urgences à domicile pour médecin généraliste à Brest [76].

5.5. Projet de réforme du 3ème cycle des études médicales

En 2013, le conseiller scientifique auprès de la directrice générale pour l'enseignement supérieur et le coordinateur de la commission nationale de l'internat et du post-internat ont remis un rapport proposant une série de mesures visant à réformer le troisième cycle des études médicales en France [77]. Ce rapport pointait plusieurs faiblesses du système actuel notamment "une superposition de formations mono-disciplinaires sans organisation générale de la formation du troisième cycle", "une absence de progression pédagogique au sein de chacune des formations", "la quasi-absence d'évaluation formalisée des compétences", ainsi qu' "une période de mise en responsabilité aléatoire selon les disciplines et les sites". Pour ce faire, il a été proposé de décomposer l'internat en 3 phases successives : une phase socle, une phase intermédiaire et une phase de mise en responsabilité. Dans ce contexte, notre étude fournit un outil pertinent dans cette même perspective de progression dans l'apprentissage des compétences permettant de faire face aux situations d'urgence en médecine générale.

VI – CONCLUSION

Dans sa pratique clinique, le médecin généraliste est régulièrement exposé à des situations d'urgence et/ou non programmées. Pour l'y préparer, la maquette de stages du DES de Médecine Générale prévoit un semestre obligatoire en médecine d'urgence. L'encadrement des étudiants est confié à des médecins urgentistes hospitaliers qui, pour la plupart, n'ont pas bénéficié de formation en pédagogie médicale. Le plus souvent, ces maitres de stage n'utilisent pas d'outil formalisé et spécifique à la médecine générale pour guider l'apprentissage des internes dans l'acquisition de compétences transférables à l'exercice ambulatoire. De leur côté, les internes de médecine générale et jeunes praticiens se sentent peu performants dans la gestion des situations critiques. L'utilisation d'une liste consensuelle d'objectifs pédagogiques spécifiques et hiérarchisés devrait permettre d'aider les formateurs à guider l'apprentissage des étudiants tout au long de leur stage de médecine d'urgence, en ayant pour finalité la transférabilité des compétences acquises à un exercice autonome de la médecine générale. L'utilisation de cet outil par les urgentistes hospitaliers devrait permettre d'harmoniser les pratiques pédagogiques en augmentant la qualité de la formation des IMG en stage de médecine d'urgence. Le consensus obtenu permet d'envisager une bonne acceptabilité de ce nouvel outil, adaptable aux particularités de chaque terrain de stage. Dans ces conditions, la validation du stage de médecine d'urgence pourrait valoriser le futur professionnel en l'aidant à assumer les situations d'urgence en autonomie. Cette approche peut s'inscrire dans le projet de réforme du troisième cycle des études médicales, à travers l'accent mis sur la progression et la mise en responsabilité croissante de l'étudiant engagé dans la dernière séquence d'une formation médicale professionnalisante.

Annexes

Annexe 1 Caractéristiques des recours urgents en médecine générale

(en %)	Episode infectieux aigu, enfants et adolescents	Episode aigu, rhumatologie, des patients plus âgés	Urgences sans gravité, maladies chroniques	Manifestations allergiques et lésions dermatologiques	Problèmes traumatiques	Pathologies psychiatriques	Urgences somatiques critiques	Ensemble des recours
Répartition des recours	43.2	23.6	6.1	4.2	9.7	8.1	5.2	**100**
Motifs								
Problème somatique	98.6	98.4	36.6	89.2	4.9	38.2	96.9	**79.1**
Problème traumatique	0.8	1.2	1.6	7.5	97.4	4.0	1.8	**11.8**
Problème psychique	0.2	0.7	2.9	5.7	0.6	82.8	2.5	**7.8**
Douleur à soulager rapidement	31.3	55.9	4.0	28.9	67.6	25.8	40.4	**39.0**
Degré d'urgence somatique								
Etat somatique stable	81.2	55.4	96.2	59.1	80.9	61.3	16.4	**70.5**
Etat susceptible de s'aggraver	18.8	44.6	2.9	40.9	19.0	38.7	58.3	**28.3**
Pronostic vital menacé	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	25.0	**1.1**
Décès	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.3	**0.1**
Degré d'urgence psychologique								
Pas de difficulté psychologique	97.9	86.4	86.5	87.1	93.7	3.9	77.8	**84.7**
Etat psy. Perturbé, pas de PEC psy	1.9	13.1	11.7	10.1	5.8	75.4	19.4	**12.9**
Etat psy. Perturbé, PEC psy	0.1	0.4	1.7	2.5	0.3	19.1	2.4	**1.1**
Etat psychiatrique aigu	0.1	0.1	0.1	0.3	0.3	1.7	0.4	**0.1**
Nature du recours								
Affection aiguë	98.0	77.5	4.2	80.3	94.8	54.7	73.9	**81.3**
Affection chronique déstabilisée	0.7	20.0	3.5	12.3	1.1	25.7	24.7	**9.2**
Affection chronique stable	0.7	1.7	73.9	4.9	1.4	16.6	0.8	**7.3**
Certificat	0.6	0.8	18.4	2.5	2.7	3.1	0.8	**2.3**
Diagnostics principal ou secondaires								
Infectiologie	51.3	15.7	6.0	20.1	2.2	5.4	12.0	**27.8**
ORL-ophtalmologie-stomatologie	42.9	6.3	3.0	10.2	4.2	4.3	1.7	**21.1**
Hépato-gastro-entérologie	15.0	17.5	7.0	4.8	0.8	10.1	19.8	**13.0**
Rhumatologie	1.6	33.8	12.5	5.1	16.9	8.7	4.1	**12.5**
Cardiologie	1.1	16.6	57.4	2.3	2.4	9.2	48.3	**11.4**
Traumatologie	0.6	2.7	1.5	3.2	85.8	2.7	1.7	**10.5**
Psychiatrie, toxicomanie	0.5	1.8	12.4	1.4	0.9	92.7	3.8	**9.6**
Pneumologie	10.5	11.3	4.7	6.2	0.6	4.6	12.4	**8.7**
Urologie, gynécologie	1.6	15.1	7.7	1.7	0.4	4.2	8.7	**5.6**
Neurologie	1.1	7.9	5.9	1.1	0.7	6.7	15.2	**4.1**
Dermatologie	0.0	0.0	1.4	79.8	1.4	1.2	1.7	**3.6**
Endocrinologie	0.5	3.3	22.8	1.3	0.5	1.3	7.0	**3.0**
Pathologie sociale, médico-légale	0.2	0.3	6.1	1.2	0.7	5.9	0.9	**1.2**
Obstétrique	0.9	1.8	1.5	1.1	0.0	0.2	2.2	**1.1**
Toxico., allergies, agents physiques	0.0	0.0	0.2	26.2	0.0	0.3	0.7	**1.1**
Hématologie	0.1	1.0	0.8	0.6	0.2	1.0	3.9	**0.7**
Actes diagnostiques, gestes thérapeutiques								
Prévention	18.8	26.6	24.6	26.8	13.9	21.9	10.6	**20.7**
Ecoute psychologique	3.8	17.4	20.9	17.4	6.1	89.2	19.2	**16.8**
Injection, pansement, prélèvement	3.0	10.9	9.5	12.4	14.2	2.6	14.4	**7.3**
Entretien social	1.4	2.3	5.2	6.5	3.2	20.9	3.5	**4.0**
Immobilisation	0.0	0.0	0.1	0.0	13.2	0.4	0.0	**1.4**
Electrocardiogramme	0.0	0.4	0.0	0.4	0.3	0.9	22.6	**1.2**
Petite chirurgie	0.1	0.3	0.0	0.9	8.8	0.0	0.5	**1.1**
Gestes de réanimation	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.9	**0.2**

Source : Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, DREES, 2004.

	Episode infectieux aigu, enfants et adolescents	Episode aigu, rhumatologie, des patients plus âgés	Urgences sans gravité, maladies chroniques	Manifestations allergiques et lésions dermatologiques	Problèmes traumatiques	Pathologies psychiatriques	Urgences somatiques critiques	Ensemble des recours
Prescription de médicaments								
Seulement pour renouvellement	1.1	1.7	67.7	3.0	1.9	13.2	1.6	**6.8**
Pas seulement pour renouv.	95.6	90.1	19.1	90.8	77.3	67.9	30.1	**81.9**
Pas de prescription	3.3	8.2	13.2	6.2	20.8	18.9	68.3	**11.3**
Orientation du patient								
Examens biologiques	2.3	29.4	14.2	13.9	1.6	8.7	17.5	**11.1**
Radiologie	0.9	22.9	1.0	2.6	30.5	2.9	7.2	**9.8**
Soins paramédicaux	1.4	8.4	0.9	6.1	11.6	3.5	4.8	**4.6**
Certificat	15.2	17.1	8.8	8.7	24.4	27.2	6.1	**16.6**
Hospitalisation	0.3	1.1	0.8	2.5	3.7	5.5	70.2	**4.6**
Suivi par un généraliste	10.4	44.5	9.8	27.0	37.8	38.2	22.9	**25.0**
Suivi par un spécialiste	2.4	22.9	5.3	13.4	9.0	27.3	29.8	**12.0**
Durée, moment et lieu du recours								
Séance < 15 min	81.6	48.1	72.6	59.3	67.6	31.8	19.4	**63.6**
Séance de jour	87.9	85.9	93.8	84.1	87.5	86.8	71.8	**86.8**
Séance de nuit	7.1	7.8	5.6	7.3	6.5	7.8	16.5	**7.6**
Séance de week-end	5.0	6.4	0.9	8.6	6.1	5.4	11.7	**5.6**
Au cabinet du médecin	83.2	67.1	76.3	80.5	81.3	70.0	34.1	**75.3**
Au domicile du patient	15.9	29.8	22.4	17.7	15.8	27.9	59.9	**22.7**
M. de retraite, maison médicale	1.0	3.1	1.3	1.8	3.0	2.1	6.0	**2.1**
Type de médecin								
Urgentiste de ville	5.5	5.5	0.2	4.5	3.5	3.4	11.4	**5.0**
Généraliste au cabinet (rural)	31.5	31.0	35.8	31.1	34.5	25.0	37.2	**31.7**
Généraliste en cabinet (urbain)	63.0	63.5	64.0	64.4	62.0	71.6	51.4	**63.3**
Caractéristiques du patient								
< 12 ans	42.4	4.3	1.8	24.2	16.0	3.3	6.5	**22.2**
13-24 ans	13.8	5.4	5.9	10.0	15.5	9.0	5.0	**10.5**
25-44 ans	26.4	26.6	10.7	21.1	29.8	41.2	13.3	**26.2**
45-69 ans	13.4	38.1	43.0	25.1	25.0	28.1	26.5	**24.7**
> 70 ans	4.0	25.6	38.6	19.6	13.7	18.4	48.7	**16.3**
Patient en ALD	4.6	30.2	46.1	20.9	12.5	29.6	55.0	**19.3**
Femme	56.3	61.9	55.0	57.9	50.0	63.6	46.0	**57.1**
Actif	67.6	49.2	28.2	51.4	63.9	50.5	29.9	**56.5**
Chômeur	3.7	3.6	2.7	4.7	2.5	7.3	2.5	**3.8**
Autre inactif	28.8	47.3	69.1	43.9	33.6	42.2	67.6	**39.8**
Bénéficiaire CMU complém.	7.9	5.7	6.6	9.5	4.0	13.9	3.8	**7.3**
Orientation fonction contexte soc.	2.4	9.6	8.7	11.0	5.3	56.9	22.7	**10.7**
Patient nouveau	14.7	11.4	2.7	14.9	14.3	9.2	19.5	**12.8**
Patient occasionnel	21.2	18.4	8.1	21.4	26.3	18.9	13.3	**19.7**
Patient suivi régulièrement	64.1	70.3	89.2	63.8	59.3	71.9	67.2	**67.5**
Recours justifié en urgence	87.8	95.3	79.9	89.8	93.1	91.2	98.4	**90.5**

Source : Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, DREES, 2004.

Annexe 2 Questionnaire du tour 1

Questionnaire #1

Cher Confrère, Chère Consœur

Voici le premier questionnaire de notre étude MedUrg. L'objectif est l'élaboration d'une liste consensuelle d'objectifs pédagogiques à proposer aux maîtres de stage hospitaliers (MSH) pour la formation des internes de médecine générale (IMG) à l'urgence en milieu ambulatoire. Ces objectifs doivent respecter les points suivants:

- pouvoir être atteints au terme du semestre de formation
- considérer l'IMG comme un professionnel en formation et non comme un sénior
- considérer la pertinence des items en fonction de leur projection en médecine ambulatoire
- ne pas considérer la fréquence des situations d'urgence exposées (le médecin généraliste devant faire face aux urgences mêmes les plus rares, surtout en milieu rural)
- les objectifs peuvent être atteints par simulation, supervision directe ou indirecte de l'IMG

Merci pour votre aide précieuse. Bon courage !
Les résultats intermédiaires seront disponibles sur le site MedUrg au terme de la période d'enquête.
N'oubliez pas de retourner ce document lorsque vous aurez terminé le questionnaire à l'adresse : eric.hamel@hotmail.fr

Début de l'enquête : lundi 20/01/2014 - 17h43
Fin du recueil du tour 1 : **vendredi 31/01/2014 - 23h59**

Eric HAMEL, *médecin généraliste remplaçant*
Dr Bernard FRECHE, *MCU, directeur de thèse*
Dr Yann BRABANT, *Chef de Clinique Universitaire*

Identification de l'expert

L'objectif de cette partie est de sécuriser les données codées (donnée codée une et une seule fois). L'anonymat est garanti, chaque questionnaire étant associé à un code ne permettant plus d'identifier le participant. Les questions précédées d'un astérisque (*) nécessitent une réponse. Bien évidemment, cette section du questionnaire ne réapparaitra pas dans les versions ultérieures.

Remplissez les champs de réponses à votre convenance.
Les cases des tableaux peuvent être remplies par un X.

NOM* :
Prénom* :
Age* (AA) :
Sexe* (H/F) :
Année thèse* (AAAA) :

Quelle est votre expérience professionnelle ? * (cochez la case par X)

	< 5 ans		5-10 ans		10-15 ans		> 15 ans

Quelles sont vos compétences certifiées (diplômes) ? *

	Médecine générale		Médecine d'urgence

Autres à préciser :

Avez-vous une expérience en médecine générale ambulatoire ? *

	oui		non

Commentaires :

Etes-vous impliqué dans l'enseignement facultaire en médecine générale? *

	oui		non

Commentaires :

Quel est votre type géographique d'exercice professionnel ? *

	rural		semi-rural		urbain

Autres à préciser :

Quel est votre type de structure professionnelle ? *

	CHU		CHR		CH		Cabinet de groupe		Cabinet individuel		SOS Médecins Pompiers

Autres à préciser :

Quels types de patients prenez-vous en charge ? *

	Adultes seuls		Enfants seuls		Adultes + enfants

Dans votre pratique quotidienne, prenez-vous en charge des situations d'urgence ? (urgences vraies ou ressenties, recours non programmés) *

	oui		non

Commentaires, suggestions, autres :

Quelle est votre expérience d'encadrement des internes de médecine générale (IMG) ? * (AA) :

Connaissez-vous le contenu du référentiel métier "Médecin généraliste" ? *

	oui		non

Commentaires :

Connaissez-vous le contenu du référentiel métier "Médecin urgentiste" ? *

	oui		non

Commentaires :

Pour l'encadrement des IMG en stage, utilisez-vous une liste d'objectifs pédagogiques adaptée à la médecine générale ? *

	oui		non		Ne sait pas		inapproprié

Sous quelle forme (livret, entretien, etc.) ?

Avez-vous une compétence certifiée en pédagogie médicale ? *

	oui		non

Commentaires :

Différents objectifs vont vous être présentés par rubriques. La question de recherche est "Quels sont les objectifs pédagogiques hiérarchisés et spécifiques les plus pertinents à proposer aux IMG en stage de médecine d'urgence pour faire face efficacement aux situations d'urgence en médecine générale ?". Comment évaluez-vous votre niveau de compétence pour répondre à la question de recherche ? *

Niveau 1 : Je me sens incompétent(e) pour répondre à la question
Niveau 2 : Je suis un peu au courant du problème posé
Niveau 3 : Je suis au courant du problème posé
Niveau 4 : Je me sens compétent(e) pour répondre à la question
Niveau 5 : Je me sens très compétent(e) pour répondre à la question

	1		2		3		4		5

Commentaires :

Compétences générales

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

1-Compétences diagnostiques générales * Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Elaborer une stratégie diagnostique adaptée et argumentée							
Formuler des hypothèses diagnostiques							
Formuler des diagnostics de situation							
Formuler les questions diagnostiques justifiant le recours aux examens complémentaires							
Intégrer le rapport bénéfice/risque à sa démarche diagnostique							
Intégrer le rapport coût/efficacité à sa démarche diagnostique							
Interpréter si possible les résultats des examens prescrits							
Remettre en cause des résultats d'examens discordants							
Reconnaître ses limites diagnostiques et solliciter un avis spécialisé à bon escient							
Présenter le dossier de façon synthétique au maître de stage							
Reconnaitre et exposer les signes de gravité patents ou potentiels pour chaque situation							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

2-Compétences thérapeutiques générales * Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Elaborer une stratégie thérapeutique adaptée et argumentée							
Recourir aux recommandations et protocoles validés scientifiquement							
Adapter les traitements à la situation du patient (insuffisance rénale, hépatique, …)							
Intégrer le rapport bénéfice/risque à sa démarche thérapeutique							
Intégrer le rapport coût/efficacité à sa démarche thérapeutique							
Evaluer et prendre en charge le risque iatrogène							
Evaluer l'efficacité, la tolérance et l'innocuité du traitement instauré							
Reconnaître ses limites thérapeutiques et demander un avis spécialisé à bon escient							
Prescrire des conseils de prévention							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Compétences transversales pour les situations d'urgence en MG

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

3-Evaluation initiale de l'état clinique ? * Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Evaluer l'état clinique et la stabilité des fonctions vitales (cardio, pneumo, neuro)							
Reconnaître immédiatement les signes d'instabilité ou de décompensation imminente							
Alerter (ou faire alerte) sans délai le maître de stage de la survenue d'une détresse vitale							
Face à une détresse patente, initier la prise en charge en urgence							
Constater un décès							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

4-Gestion des urgences / prise de décision d'hospitaliser / Organisation du retour au domicile *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Tenir correctement le dossier médical du patient admis aux urgences							
Communiquer avec le médecin traitant							
Reconnaître les indications d'hospitalisation en fonction d'hypothèses diagnostiques							
Considérer les valeurs et le contexte de vie du patient dans les décisions médicales							
Impliquer judicieusement les proches dans les décisions							
Evaluer l'autonomie du patient							
Prescrire les examens complémentaires de suivi ambulatoire							
Remplir les formalités médico-administratives nécessaires à la sortie du patient aux urgences							
Planifier le retour au domicile en fonction de l'évolution du patient aux urgences							
Dépister les problèmes liés au retour au domicile							
Mobiliser les ressources disponibles en ambulatoire							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

5-Travailler en équipe *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Favoriser une communication verbale associée à la transmission écrite							
Rechercher de manière active les données sur l'évolution du patient auprès des soignants							
Impliquer les autres spécialistes en notifiant ses attentes et le niveau d'urgence du recours							
Impliquer les paramédicaux requis par l'état du patient							
Identifier les situations nécessitant le transfert en milieu spécialisé							
Affecter/déléguer des tâches aux autres intervenants							
Composer avec les réactions des autres intervenants							
Se positionner comme médecin dans l'équipe hospitalière							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

6-Gérer les situations de crise *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Gérer le refus de traitement ou d'hospitalisation exprimé par le patient							
Gérer le patient non coopérant							
Gérer les réactions des proches et de l'entourage							
Effectuer une rétroaction au décours d'une situation de crise (débriefing)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Réanimation cardio-respiratoire

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

7-Appliquer les recommandations de la réanimation cardiopulmonaire (RCP) *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Diagnostiquer un arrêt cardiorespiratoire chez le nourrisson							
Diagnostiquer un arrêt cardiorespiratoire chez l'enfant							
Diagnostiquer un arrêt cardiorespiratoire chez l'adulte							
Appliquer les recommandations validées pour la RCP							
Identifier les spécificités de la RCP en situation d'hypothermie							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

8-Prendre en charge la circulation *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Utiliser les médicaments utiles pour la RCP							
Prescrire les apports hydroélectrolytiques des 24 premières heures							
Reconnaître l'indication d'un accès vasculaire veineux périphérique							
Reconnaître l'indication d'un accès vasculaire veineux central							
Reconnaître l'indication d'un accès vasculaire intra-osseux							
Utiliser un défibrillateur semi-automatique							
Reconnaître l'indication d'une sonde d'entraînement électrosystolique externe							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

9-Prendre en charge la ventilation *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Libérer les voies aériennes supérieures							
Ajuster les paramètres d'un ventilateur							
Identifier les indications d'une ventilation artificielle							
Identifier les indications d'une ventilation à pression positive (CPAP = ventilation en pression continue positive, BIPAP = ventilation avec 2 niveaux de pression positive)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

10-Ethique et réanimation *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier les patients pouvant ne pas être réanimés							
Arrêter les soins à visée curative (reconnaître une situation palliative)							
Communiquer avec la famille et l'impliquer dans les choix							
Identifier les situations potentielles de don d'organe							
Décider de la fin des manœuvres de réanimation et prononcer l'heure du décès							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Analgésie

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

11-Identifier les mécanismes générateurs de la douleur *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier une douleur par excès de nociception							
Identifier une douleur neuropathique							
Identifier une douleur psychogène							
Adapter le traitement antalgique au type de douleur identifiée							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

12-Maitriser les thérapeutiques antalgiques courantes *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier la douleur comme une priorité de prise en charge							
Soulager efficacement une douleur en contexte d'incertitude diagnostique							
Prescrire les co-analgésiques (corticoïdes, spasmolytiques, etc.)							
Pratiquer la rotation des opioïdes (équianalgésie)							
Surveiller un patient sous morphiniques							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences cardiovasculaires

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

14-Prendre en charge une douleur thoracique, un syndrome coronarien aigu (SCA) *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Faire le diagnostic différentiel d'une douleur thoracique							
Identifier les facteurs de risque cardiovasculaire global							
Identifier les présentations atypiques d'un SCA							
Identifier les modifications ECG orientant vers un SCA							
Reconnaître les critères d'inclusion cliniques et ECG de la thrombolyse							
Utiliser les principaux marqueurs biologiques (CK, troponine, …) et reconnaître leurs limites							
Orienter rapidement le patient dans la filière adaptée (Centre 15, urgences, USIC)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

15-Prendre en charge un collapsus, un choc *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Faire le diagnostic étiologique d'un état de choc							
Initier un remplissage vasculaire							
Administrer les amines vasopressives (hors anaphylaxie)							
Administrer le traitement de l'anaphylaxie							
Initier la transfusion de produits sanguins							
Initier le traitement de l'insuffisance surrénalienne aiguë							
Initier le traitement du choc septique							
Orienter rapidement le patient dans la filière adaptée (Centre 15, urgences, réanimation)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

16-Prendre en charge une thrombophlébite, une embolie pulmonaire *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier les signes évocateurs de thrombophlébite							
Identifier les signes évocateurs d'embolie pulmonaire							
Identifier les signes évocateurs d'une ischémie aigüe de membre							
Prescrire le repos au lit							
Expliquer au patient les principes du traitement anticoagulant (modalités, surveillance)							
Identifier les indications de la thrombolyse							
Identifier les indications de la pose d'un filtre cave							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

17-Prendre en charge des malaises, syncopes et lipothymies *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Faire le diagnostic étiologique d'un malaise, d'une syncope, d'une lipothymie							
Evoquer une origine psychogène comme diagnostic d'élimination							
Reconnaître les indications de la pose d'un stimulateur cardiaque							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

18-Prendre en charge les accès hypertensifs *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Distinguer urgence hypertensive et hypertension mal tolérée							
Distinguer urgences hypertensives essentielles et secondaires (AVC, iatrogénie, douleur, …)							
Adapter le traitement hypotenseur à l'hypothèse diagnostique et au terrain							
Orienter le patient en fonction de la cause de l'urgence hypertensive							
Planifier le suivi du patient (bilan, consultations, etc.)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences respiratoires

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

19-Prendre en charge une dyspnée *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Faire le diagnostic étiologique d'une dyspnée							
Prendre en charge une inhalation de corps étranger							
Prendre en charge une embolie pulmonaire							
Prendre en charge une crise d'asthme							
Prendre en charge une exacerbation de BPCO							
Prendre en charge un OAP							
Prendre en charge une anémie sévère							
Prendre en charge un pneumothorax							
Distinguer l'hyperventilation psychogène de la détresse respiratoire							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

20-Hiérarchiser les hypothèses diagnostiques en fonction du terrain *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prioriser les hypothèses diagnostiques chez le patient âgé (globe vésical, diverticulite, volvulus du colon sigmoïde, dissection aortique, infarctus mésentérique, douleur projetée d'IDM)							
Prioriser les hypothèses diagnostiques chez l'enfant (appendicite aiguë, torsion testiculaire, douleur projetée de pneumonie, invagination intestinale aiguë)							
Prioriser les hypothèses diagnostiques chez la femme en âge de procréer (GEU, salpingite, rupture de kyste ovarien)							
Rechercher des signes d'irritation péritonéale							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

21-Instaurer un traitement adapté à l'urgence abdominale *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prescrire une recherche microbiologique avant antibiothérapie							
Argumenter l'indication et le choix d'une antibiothérapie adaptée							
Prescrire un jeûne							
Prescrire la pose d'une sonde nasogastrique							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences infectieuses

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

22-Identifier les syndromes fébriles à haut risque *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une maladie invasive à streptocoque							
Prendre en charge une méningite, une méningococcémie							
Prendre en charge une fièvre au retour d'un pays en zone d'endémie palustre							
Prendre en charge une endocardite infectieuse							
Prendre en charge une fièvre persistante sans foyer chez l'adulte							
Prendre en charge une neutropénie fébrile							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

23-Identifier les situations d'urgence infectieuse *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Enoncer les principaux germes responsables des syndromes fébriles							
Distinguer les situations d'urgence thérapeutique des situations permettant une documentation microbiologique							
Identifier une toxidermie							
Identifier les états septiques non fébriles							
Identifier les patients vulnérables (jeunes enfants, personnes âgées, immunodéprimés, comorbidités, voyageurs, vie en communauté, toxicomanes IV, etc)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences uro-génitales et gynécologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

24-Prendre en charge les urgences urologiques *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une rétention aigue d'urines							
Prendre en charge une hématurie macroscopique							
Prendre en charge une colique néphrétique							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

25-Prendre en charge les urgences génitales chez l'homme *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une douleur scrotale aiguë							
Prendre en charge un priapisme							
Prendre en charge un traumatisme génito-urinaire							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

26-Prendre en charge les urgences gynécologiques et obstétricales *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une GEU (premières heures)							
Identifier et prendre en charge un corps étranger génito-urinaire							
Prendre en charge une hémorragie génitale							
Prendre en charge une fièvre du post-partum							
Prendre en charge un accouchement inopiné							
Prendre en charge et orienter les victimes d'agression sexuelle							
Prescrire une contraception d'urgence							
Gérer une exposition au risque de transmission d'une infection sexuellement transmissible							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences traumatologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

27-Prendre en charge un polytraumatisé *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Procéder à l'évaluation clinique initiale du polytraumatisé							
Etablir les priorités de prise en charge							
Initier la conduite à tenir immédiate							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

28-Prendre en charge les principales urgences traumatologiques *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge les lésions des tissus mous (brulures, plaies, déchirures musculaires)							
Prendre en charge les lésions ostéo-articulaires (fractures, luxations, entorses)							
Prendre en charge les traumatismes crâniens							
Prendre en charge les traumatismes rachidiens							
Prendre en charge les traumatismes thoraciques							
Prendre en charge les traumatismes abdominaux							
Prendre en charge les urgences médico-judiciaires							
Réaliser un bilan lésionnel clinique							
Rechercher les complications immédiates des fractures							
Choisir une position d'attente adaptée au traumatisme							
Rechercher le statut antitétanique du patient porteur d'une plaie							
Donner les consignes de surveillance au patient porteur d'un plâtre							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences toxicologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

29-Identifier les principales intoxications aiguës *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Reconnaître les signes des principaux toxidromes							
Interpréter les résultats de gazométrie artérielle en contexte d'intoxication							
Calculer les trous anioniques et osmolaires							
Evoquer les substances associées aux trous anioniques ou osmolaires							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

30-Prendre en charge (initialement) les principales intoxications *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge les principales intoxications aiguës							
Prendre en charge les arythmies secondaires aux intoxications							
Contacter le centre antipoison							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences neurologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

31-Identifier les principales urgences neurologiques *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge des céphalées aiguës							
Prendre en charge des convulsions							
Prendre en charge des patients présentant des signes neurologiques focaux							
Prendre en charge des syndromes médullaires aigus							
Prendre en charge des vertiges							
Prendre en charge des troubles de l'équilibre							
Prendre en charge des troubles de la vigilance							
Prendre en charge les états confusionnels aigus							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

32-Prendre en charge un accident vasculaire cérébral (AVC) *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Discuter les diagnostics différentiels de l'AVC							
Orienter rapidement le patient dans la filière spécialisée (UNV)							
Identifier la sélection des patients pouvant justifier d'une thrombolyse							
Prescrire la surveillance des 24 premières heures							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

33-Prendre en charge les céphalées à haut risque *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Discuter les diagnostics différentiels des céphalées aiguës							
Identifier les indications et contre-indications de la ponction lombaire dans cette situation							
Prendre en charge la crise hypertensive en fonction du terrain							
Prendre en charge la crise migraineuse							
Instaurer sans délai l'antibiothérapie devant une méningite							
Orienter rapidement si nécessaire le patient dans la filière neurochirurgicale							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences environnementales et circonstancielles

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

34-Prendre en charge une quasi-noyade, une déshydratation, un coup de chaleur, une hypothermie *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une quasi-noyade, une noyade							
Rechercher les diagnostics différentiels de l'hyperthermie							
Prendre en charge la déshydratation, le coup de chaleur							
Prendre en charge une hypothermie							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

35-Prendre en charge une hypothermie *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Evaluer la sévérité de l'hypothermie							
Utiliser les différents modes de réchauffement des patients							
Tenir compte des spécificités de la réanimation dans ce contexte							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

36-Prendre en charge une électrisation *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Evaluer la sévérité d'une électrisation							
Identifier les différences entre électrisation domestique, industrielle et par la foudre							
Prendre en charge et orienter un patient électrisé							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

37-Prendre en charge une brûlure *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Evaluer la surface corporelle brûlée et la sévérité d'une brûlure							
Prendre en charge et orienter un grand brûlé							
Prescrire les apports hydroélectrolytiques des 24 premières heures							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

38-Prendre en charge une piqûre, une morsure *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier les situations à risque d'évolution défavorable							
Prendre en charge une piqûre d'insecte/animal							
Prendre en charge une morsure d'insecte/animal							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences psychiatriques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

39-Prendre en charge les principales urgences psychiatriques *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge les troubles de l'humeur							
Prendre en charge les troubles anxieux							
Prendre en charge les troubles délirants							
Prendre en charge les troubles du comportement et de la personnalité							
Reconnaître et évaluer le risque suicidaire							
Prendre en charge les intoxications médicamenteuses volontaires							
Reconnaître le nomadisme médical							
Identifier un abus de substances illicites							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

40-Identifier les problématiques associées aux situations d'agitation ou de violence potentielle *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier une cause organique (intoxication aiguë, iatrogénie, trouble métabolique)							
Identifier un trouble de la personnalité							
Identifier des éléments délirants, psychotiques							
Reconnaître un syndrome démentiel							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

41-Prendre en charge le patient agité ou violent *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Gérer la communication visant à diminuer la tension interne du patient							
Veiller à la sécurité du patient, de l'entourage et du personnel soignant							
Initier une contention physique							
Instaurer un traitement psychotrope adapté à la situation du patient							
Réévaluer régulièrement le patient agité							
Déclencher les mesures de protection juridique							
Rédiger une demande d'hospitalisation sous contrainte							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences ophtalmologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

42-Prendre en charge les principales urgences ophtalmologiques *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Mesurer l'acuité visuelle de près et de loin							
Prendre en charge une uvéite							
Prendre en charge une cataracte							
Prendre en charge une amaurose fugace							
Prendre en charge une brûlure oculaire chimique							
Prendre en charge une rupture du globe oculaire							
Prendre en charge un œil rouge et/ou douloureux							
Orienter rapidement le patient vers la filière spécialisée si bi nécessaire							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences ORL

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

43-Prendre en charge les principales urgences ORL *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier l'inhalation d'un corps étranger des voies aériennes supérieures							
Prendre en charge une épiglottite							
Prendre en charge les traumatismes laryngés							
Prendre en charge une inhalation de produits irritants ou corrosifs							
Prendre en charge un œdème angioneurotique							
Prendre en charge un abcès amygdalien/un phlegmon							
Prendre en charge une épistaxis persistante							
Identifier les facteurs de risque d'une intubation difficile							
Prendre en charge une otalgie aiguë							
Prendre en charge les principales infections ORL							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences métaboliques et endocriniennes

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

44-Prendre en charge les troubles de l'équilibre hydroélectrolytique *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une hyponatrémie							
Prendre en charge une hypernatrémie							
Prendre en charge une hypokaliémie							
Prendre en charge une hyperkaliémie							
Prendre en charge une hypocalcémie							
Prendre en charge une hypercalcémie							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

45-Prendre en charge les troubles de l'équilibre acido-basique *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier les principaux troubles de l'équilibre acido-basique							
Prendre en charge une acidose							
Prendre en charge une alcalose							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

46-Prendre en charge les urgences diabétologiques *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Corriger une hypoglycémie grave persistante							
Identifier et prendre en charge l'acidocétose diabétique							
Prendre en charge un coma hyperosmolaire							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

47-Prendre en charge les autres urgences endocriniennes *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier et prendre en charge l'insuffisance surrénalienne aiguë							
Identifier et prendre en charge la crise thyrotoxique							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences hémato-oncologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

48-Identifier les urgences transfusionnelles et coagulation sanguine *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Reconnaitre les indications de transfusion sanguine							
Reconnaître les indications de transfusion plaquettaire							
Identifier et prendre en charge l'accident transfusionnel							
Gérer le refus transfusionnel en fonction des croyances du patient							
Gérer l'allongement de l'INR selon les recommandations validées							
Prendre en charge une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

49-Prendre en charge le patient neutropénique ou immunodéprimé *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier les patients possiblement immunodéprimés							
Instaurer les mesures de protection adaptées (isolement du patient)							
Instaurer une antibiothérapie argumentée devant une neutropénie fébrile							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

50-Reconnaître les urgences onco-hématologiques *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge un syndrome de compression médullaire aiguë							
Prendre en charge un syndrome cave supérieur							
Reconnaître la péricardite tumorale							
Identifier les syndromes paranéoplasiques							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences allergiques : anaphylaxie et angio-œdème

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

51-Prendre en charge de la réaction allergique *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une urticaire							
Prendre en charge un œdème de Quincke							
Prendre en charge un bronchospasme							
Reconnaître et prendre en charge un choc anaphylactique							
Identifier la gravité patente ou potentielle d'une réaction allergique							
Prescrire un dispositif d'auto-injection d'adrénaline							
Informer le patient (recherche d'allergène, conduite à tenir en urgence)							
Initier la recherche des allergènes les plus fréquents							
Orienter le patient vers une consultation d'allergologie							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences gériatriques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

52-Prendre en charge les urgences spécifiques de la personne âgée *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge la confusion chez la personne âgée							
Prendre en charge les troubles cognitifs chez la personne âgée							
Prendre en charge le risque de chute chez la personne âgée							
Identifier les personnes âgées victimes de maltraitance							

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier l'épuisement de l'entourage d'un patient dément							
Identifier les situations de rupture du maintien à domicile							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences pédiatriques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

53-Prendre en charge les urgences néonatales *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge un ictère néonatal							
Prendre en charge les convulsions du nouveau-né							
Prendre en charge l'apnée du nouveau-né							
Prendre en charge l'état de choc chez le nouveau-né							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

54-Prendre en charge les principales urgences pédiatriques *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une otalgie chez l'enfant							
Prendre en charge une céphalée chez l'enfant							
Prendre en charge un œil rouge et/ou douloureux chez l'enfant							
Prendre en charge une odinophagie chez l'enfant							
Prendre en charge l'inhalation d'un corps étranger chez l'enfant							
Prendre en charge une toux aiguë chez l'enfant							
Prendre en charge un asthme chez l'enfant							
Prendre en charge une bronchiolite							
Prendre en charge une douleur abdominale chez l'enfant							
Prendre en charge une diarrhée, une déshydratation aiguë chez l'enfant							
Prendre en charge une hématémèse chez l'enfant							
Prendre en charge un ictère chez l'enfant							
Prendre en charge les vomissements de l'enfant							
Prendre en charge une douleur scrotale aiguë chez le garçon							
Prendre en charge une hématurie chez l'enfant							
Prendre en charge une dysurie chez l'enfant							
Prendre en charge une arthralgie chez l'enfant							
Prendre en charge une boiterie chez l'enfant							
Prendre en charge les troubles de l'humeur chez l'enfant							
Prendre en charge les troubles du comportement chez l'enfant							
Prendre en charge les troubles alimentaires chez l'enfant							

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier les idéations et prendre en charge les conduites suicidaires							
Identifier la maltraitance d'un enfant							
Faire un signalement d'enfant en danger							
Prendre en charge la fièvre chez l'enfant							
Prendre en charge une éruption cutanée chez l'enfant							
Prendre en charge un malaise grave de l'enfant							
Prendre en charge une crise convulsive chez l'enfant							
Prendre en charge une asthénie de l'enfant							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences dermatologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

55-Prendre en charge les urgences dermatologiques *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge les éruptions cutanées de l'adulte							
Prendre en charge un purpura							
Prendre en charge une maladie bulleuse							
Identifier les éléments de gravité des affections dermatologiques							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Compétences gestuelles

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

56-Gestes à visée diagnostique *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Examen clinique ciblé sur le motif de recours urgent							
Prise des constantes vitales : pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, température, …							
Monitorage du patient (ECG, PA, SpO_2)							
Ponction artérielle pour gazométrie							
Ponctions articulaires							
Examen du segment antérieur de l'œil à la lampe à fente							
Examen du fond d'œil à l'ophtalmoscope							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

57-Gestes à visée thérapeutique *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Position latérale de sécurité (PLS)							
Techniques de libération des voies aériennes supérieures							
Ponction à l'aiguille d'un pneumothorax compressif							
Position adaptée dans l'attente des secours							
Intubation orotrachéale							
Alternatives à l'intubation (masque laryngé, crico-thyroidotomie)							
Massage cardiaque externe							
Ventilation au ballon autoremplisseur							
Perfusion intraveineuse							
Perfusion sous-cutanée							
Perfusion intra-osseuse							
Défibrillation semi-automatique							
Pose de sonde d'entrainement électrosystolique externe							
Oxygénothérapie							
Pose de sonde nasogastrique							
Pose de sonde vésicale							
Réalisation d'immobilisations courantes (attelles, plâtres, résines)							
Extraction de corps étranger ORL							
Extraction de corps étranger oculaire							
Tamponnement antérieur des fosses nasales							
Ponction péricardique							
Ponction pleurale							
Ponction d'ascite							
Ponction lombaire							
Anesthésie locale							
Anesthésie locorégionale (bloc interdigital)							
Parage et suture de plaie superficielle							
Incision d'abcès superficiel							
Onysectomie (petite chirurgie d'ongle incarné)							
Evacuation d'un hématome sous-unguéal							
Réduction des luxations (épaule, coude, doigts, genou, orteils)							
Réalignement des fractures déplacées							

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Incision des hémorroïdes thrombosées							
Curetage du conduit auditif externe							
Accouchement inopiné							
Injection intraveineuse							
Injection sous-cutanée							
Injection intramusculaire							
Injection intrarectale chez l'enfant							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Compétences analytiques (indications, limites, interprétation des résultats)

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

58-Examens de biologie courante (indications, limites, performances intrinsèques, interprétation en urgence) *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Hémogramme							
Ionogramme sanguin							
Glycémie							
Bilan de la fonction rénale							
Bilan de la coagulation							
Bilan hépatique							
Bilan pancréatique							
Bilan phosphocalcique							
Marqueurs myocardiques							
Bandelette urinaire							
Glycémie capillaire							
Alcoolémie							
Toxiques urinaires							
Microbiologie (ECBU, hémocultures, LCR, ascite, liquide pleural)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

59-Explorations fonctionnelles courantes (indications, limites, performances intrinsèques, interprétation en urgence) *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
ECG 12 dérivations							
ECG 18 dérivations							
Débit expiratoire de pointe							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

60-Examens d'imagerie courants (indications, limites, performances intrinsèques, interprétation en urgence) *

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Utilisation du Guide de bon Usage des Examens d'Imagerie 2013 (http://gbu.radiologie.fr)							
Radiographie pulmonaire							
Gril costal							
Radiographie articulaire, des membres, du rachis, des ceintures							
Radiographie du crâne							
Abdomen sans préparation							
Echographie abdominale							
Echographie pelvienne							
Echocardiographie transthoracique							
Echo-doppler artériel des membres inférieurs							
Echo-doppler veineux des membres inférieurs							
Scanner cérébral							
Scanner rachidien							
Scanner thoracique							
Scanner abdominal							
Scanner pelvien							
IRM cérébrale							
IRM médullaire							
Scintigraphie pulmonaire							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Commentaires libres

61-Selon vous, existe-t-il d'autres objectifs pédagogiques pertinents pour l'acquisition par les IMG en stage aux urgences, de la compétence à prendre en charge des situations d'urgence en médecine générale ambulatoire ?

Commentaires, suggestions :

62-Exprimez ici vos remarques, questions, commentaires, …

Vous pouvez à présent renvoyer ce questionnaire à l'adresse mail suivante : eric.hamel@hotmail.fr

Merci pour votre participation à l'étude MedUrg.

Prochainement, vous pourrez consulter les résultats de ce premier tour sur www.medurg.fr, rubrique résultats.

Eric HAMEL.

Annexe 3 Formulaire de consentement

Eric HAMEL
Etudiant en Médecine Générale
Faculté de Médecine de Poitiers - Université de Poitiers

Etude MedUrg

Formulaire d'engagement et de consentement

Promoteur : Département Universitaire de Médecine Générale de Poitiers.

Investigateurs : Eric HAMEL
Etudiant en Médecine Générale, auteur
Dr Bernard FRECHE
Maitre de Conférences Associé en Médecine Générale, directeur de thèse
Dr Yann BRABANT
Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale

Question de recherche :

Quels sont les objectifs pédagogiques hiérarchisés et spécifiques les plus pertinents à proposer aux IMG en stage de médecine d'urgence pour faire face efficacement aux situations d'urgence en médecine générale ambulatoire ?

Consentement

Monsieur Eric HAMEL, les docteurs B. FRECHE et Y. BRABANT m'ont proposé de participer à l'étude MedUrg.
J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude et je suis conscient(e) que ma participation est entièrement volontaire.
J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité.
J'ai été informé(e) de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant.
Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités.

Engagement

J'ai compris que la recherche MedUrg à laquelle j'accepte de participer nécessite entre 2 et 4 tours d'auto-administration d'un questionnaire élaboré pour me prendre un minimum de temps. De façon à pouvoir aller au bout de ce travail, je m'engage à répondre en conscience à l'ensemble des questionnaires qui me seront adressés.

Fait en deux exemplaires originaux à La Rochelle le ……

Investigateur	**Expert**
Eric HAMEL	Nom : ……

Merci de renvoyer un exemplaire daté, rempli et signé à l'adresse ci-dessous :
M. Eric HAMEL - 18 rue du Niger 17000 LA ROCHELLE.

Annexe 4 Notice de l'étude MedUrg

MedUrg.fr

Etude MedUrg

Eric HAMEL

Etudiant en Médecine Générale
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers

Notice Expert : inclusion dans l'étude MedUrg

Cher Confrère, Chère Consœur,

Médecin remplaçant en Charente-Maritime, je suis engagé dans un travail de recherche dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Objet de la recherche

Le sujet qui m'a été confié par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la Faculté de Médecine de Poitiers est l'élaboration d'une liste consensuelle d'objectifs pédagogiques hiérarchisés et spécifiques à proposer aux maîtres de stage hospitaliers accueillant des internes de médecine générale (IMG) en stage de médecine d'urgence. Il n'existe actuellement en France aucun programme régional ou national de formation validé, spécifique aux IMG et centré sur la préparation des futurs professionnels à la prise en charge des situations d'urgence en ambulatoire. Une revue de la littérature internationale m'a permis d'identifier les compétences à acquérir par les internes. L'originalité de ce travail d'ampleur réside dans la sélection et la hiérarchisation de ces items. Dans ce but, trois groupes d'experts sont constitués :

- groupe 1 : enseignants généralistes *maitres de stage ambulatoire* (codage MSA)
- groupe 2 : urgentistes *maitres de stage hospitaliers* (codage MSH)
- groupe 3 : *urgentistes ambulatoires* type SOS Médecins, médecins pompiers (codage URA).

Votre expérience fait de vous un expert entrant dans le champ de cette recherche et votre précieuse appréciation est indispensable à mon travail. C'est aussi l'occasion, pour vous, de pouvoir exprimer votre vision des priorités de formation des généralistes pour répondre au mieux aux situations d'urgence survenant en ville, en visant l'augmentation de la qualité des soins pour le patient.

Méthodologie de recherche

La méthode de recherche validée par le DUMG de Poitiers est le procédé Delphi. En pratique, il s'agit de remplir au cours d'une "ronde" un questionnaire sur internet (réalisable en plusieurs fois selon votre disponibilité) dans un intervalle de 10 jours. Les résultats sont ensuite dépouillés, classés en fonction de leur popularité et vos suggestions sont intégrées dans le questionnaire de la ronde suivante. Il existe ainsi 3 à 4 rondes, en fonction du temps nécessaire pour obtenir un consensus entre experts. Avant chaque nouvelle ronde, vous pouvez prendre connaissance des réponses de l'ensemble du panel via le site www.medurg.fr. L'anonymat est bien évidemment garanti à l'ensemble des participants.

Nota Bene

Le premier questionnaire sera le plus long (estimation 30-40 minutes) puis les items faisant consensus seront progressivement retirés. Particulièrement conscient de cet investissement important de votre temps, les outils ont été optimisés pour faciliter le plus possible votre participation.
De façon à pouvoir mener la recherche jusqu'à son terme, un engagement à participer à l'ensemble de l'étude est demandé. L'intégralité des résultats sera communiquée aux participants.

Annexe 5 Commentaires du 1er tour de DELPHI

Quelles sont vos compétences certifiées ? (diplômes)

Capacité de Médecine de Catastrophe (MSH862, URA161, URA173, URA793, URA797, URA861) ;

Capacité de Médecine d'Urgence (MSH869, URA797)

DIU Médecine hyperbare (URA161)

DIU Services de Santé et de Secours Médical des SDIS (URA161, URA794, URA797)

DU Echographie (MSH862)

DU Gériatrie (URA174)

DU Homéopathie (MSA173)

DU Médecin coordonnateur en EHPAD

DU Médecine d'urgence (MSA161)

DU Médecine et biologie du Sport (URA174, URA794)

DU Médecine légale, droit de la Santé (MSA791, URA861)

DU Mésothérapie (URA174)

DU Nutrition (MSH797)

DU Oxyologie (URA797)

DU Pathologie tropicale (MSA171)

DU Pédagogie médicale (MSA171)

DU Réparation du préjudice corporel (MSA173, URA797)

Diplôme de l'Institut National de Médecine Agricole (URA173)

FAE Pédagogie du Secourisme (URA797)

FAE Médecin de groupement (URA797)

FAE Chefferie Santé (URA797)

Pre Hospital Trauma Life Support (URA173)

Advanced Cardiac Life Support (URA173)

Pediatric Advanced Life Support (URA173)

Avez-vous une expérience en médecine générale ambulatoire ?

Vingt-quatre années d'exercice exclusif en MG libérale (MSA173)

Remplacement en médecine de ville en semi rural pendant 3 ans en plus de mon activité en médecine d'urgence (MSH179)

Trois années de remplacement en médecine générale (MSH179)

Seulement le stage de niveau 1 et quelques journées de remplacement (MSH174)

4 ans de remplacements continus. 11 ans installé MG en cabinet de groupe rural (URA797)

Cabinet libéral de MG depuis septembre 1980, remplacements depuis janvier 1978 (URA793)

Pratique exclusive (URA791)

15 ans de médecine générale en milieu rural isolé (40 km de Niort, 40 km de Poitiers, 25 km de Parthenay) (URA173)

Limité à quelques remplacements dans les années 1997-98 (MSH869)

Remplacement en médecine générale pendant l'internat pendant 2 ans (MSH864)

Remplacement en milieu rural (MSH177)

Etes-vous impliqué dans l'enseignement facultaire en médecine générale ?

MSU, SASPAS, internes de niveau 1, externe stage long, L3, tutorat, animateur GEAPI, directeur de thèse et mémoire (MSA173)

Professeur associé (MSA171)

De 2000 à 2003, enseignement du module « urgences » en 3è cycle médecine générale à la Faculté de Médecine de Tours (URA797)

Projet de recrutement de lieutenants au sein du Service de Santé parmi les étudiants en médecine, à l'étude (URA861)

Attaché d'enseignement depuis 2005 (URA791)

Je suis chargé d'enseignement universitaire de Santé publique pour le DIU de Médecine Sapeur-Pompier (URA173)

Caractéristiques des experts

Quel est votre type de structure professionnelle ?

Clinique privée (MSH179)

Chefferie Santé en Direction Départementale SDIS. NB : le rapprochement SOS médecins et sapeurs-pompiers est difficile à comprendre, de toutes les propositions ci-dessus, ce sont peut-être les plus éloignées dans la réalité d'exercice en 2014… (URA797)

Dans votre pratique quotidienne, prenez-vous en charge des situations d'urgence ?

Urgences vitales médicales, urgences traumatologiques, urgences toxicologiques, urgences collectives (intoxications, expositions chimiques, accidents collectifs, feux de bâtiments, accidents ferroviaires, accidents routiers avec nombreuses victimes, …), urgences psychologiques chez les sapeurs-pompiers (URA797)

Uniquement accidents de Sapeur-Pompier ou en situation d'accident touchant de nombreuses victimes, de catastrophe ou sinistre (URA161)

Urgences à la demande des sapeurs-pompiers et de la patientèle (URA174)

Pas de façon quotidienne car cela ne constitue pas mes fonctions principales (URA861)

Prise en charge également en tant que médecin sapeur-pompier (URA791)

En renfort du SMUR de La Rochelle (URA173)

Connaissez-vous le contenu du référentiel métier « Médecin urgentiste » ?

Jamais ouvert le document malgré exercice hospitalier temps plein puis temps partiel (attaché) de 1985 à 2011 (URA797)

Peu adapté à la pratique quotidienne : manque de temps et à la disponibilité des internes (URA174)

Pour l'encadrement des IMG en stage, utilisez-vous une liste d'objectifs pédagogiques adaptée à la médecine générale ?

Objectifs fixés avec l'interne en tenant compte de son CAE (Cahier d'auto-évaluation), ou en fonction des débriefing avec l'interne en SASPAS (MSA161)

A partir du CAE (Cahier d'auto-évaluation) (MSA171)

Entretien (MSA791)

Liste d'objectifs, cahier d'autoévaluation, situations cliniques types (MSA862)

Entretien avec l'interne et adaptation des situations à la médecine de ville. Beaucoup de consultations relèvent d'une prise en charge de médecine générale (MSH179)

Sujet à développer si conventionnement à venir du SSSM du SDI avec la Faculté de Médecine (URA797)

Mais utilisation de livret pédagogique similaire lors de la formation des infirmières Sapeur-Pompiers à l'activité opérationnelle des Infirmières (URA161)

Entretien individuel en début de stage, carnet d'auto-évaluation de l'interne (URA791)

Avez-vous une compétence certifiée en pédagogie médicale ?

DIU Pédagogie médicale (MSA161, MSA171, MSA862)

Suivi le DU de pédagogie médicale au CHU de Nantes (URA161)

"J'ai fait le stage, mais est-ce la pédagogie qui importe ou voir un maximum de situations ?" (URA174)

Auditeur libre du DU de pédagogie médicale à la Faculté de Nancy (MSH1710)

Le FAE Pédagogie du secourisme est une formation de formateur (FOR2) et de pratique de la conception pratique de scénarios de pédagogie sur outils de simulation médicale ; 10 ans de

diverses formations an associations de FMC locales et validantes (MG Form) ; 15 ans de formation médicale continue pour les médecins de sapeurs-pompiers volontaires (SDIS 37, SDIS 18, SDIS 79) (conception + réalisation) (URA797)

Compétences générales

Compétences diagnostiques générales

Ces items ne sont pas discriminants par rapport à une démarche diagnostique hors urgences (MSA161)

Je pense que les hypothèses diagnostiques viennent après le diagnostic de situation (MSA171)

En sémantique de l'urgence de premier recours solliciter un avis spécialisé devient plutôt « savoir solliciter des moyens de secours spécialisés ou complémentaires », « … signes de gravité… » devient « savoir pratiquer et transmettre un bilan » (en mettant en évidence les critères de gravité hiérarchisés). En somme, … savoir ne plus faire de diagnostic (au sens médical habituel) !!! Et reconnaître les critères de détresse vitale (URA797)

En ambulatoire le problème ne se pose pas toujours de façon si schématique : soit il y a hospitalisation d'urgence soit il y a urgence médicale sans hospitalisation : exemple d'une pyélonéphrite sans choc, alors il a examens complémentaires en urgence (URA174)

Compétences thérapeutiques générales

Même remarque que ci-dessus, quel est l'intérêt de revenir dans ce questionnaire sur les compétences générales ? (MSA161)

Remplacer le mot "thérapeutiques" par le mot "de prescription" qui est plus large et englobe l'ensemble des items. Mes réponses sont faites avec ce changement de nom (MSA171)

Chaque chose en son temps … (URA797)

Primum non nocere … mais savoir prescrire pour quelques jours un antialdostérone devant une décompensation cardiaque malgré une créatininémie très limite, c'est tout notre art d'exercer et de contrôler les paramètres biologiques et l'efficacité. Cette page est essentielle, c'est là que l'on reconnaît un vrai professionnel (URA174)

Conseils de prévention : idéal mais à adapter au niveau de compréhension du patient. Par longue expérience, je suis toujours consterné par la façon dont ces conseils sont interprétés (URA793)

Compétences transversales pour les situations d'urgence en MG

Evaluation initiale de l'état clinique

Constater un décès ne fait pas partir à mon sens d'une situation d'urgence (MSA161).

Au 3ème item (alerter ou faire alerter ° …, je ne serais pas systématique mais seulement "si je ne possède pas les compétences suffisantes pour gérer efficacement la situation" (MSA171)

OK pour la formation au constat de décès. Non pour la réalisation du constat de décès par l'étudiant (URA861)

Décès : administratif (URA793)

Il est fréquent que le SMUR intervienne par manque de médecin généraliste pour le constat de décès néanmoins il est important de savoir constater un décès pour savoir remplir un constat de décès (MSH864)

Gestion des urgences / prise de décision d'hospitaliser / organisation du retour à domicile

Donc dans le cadre ci-dessus, on parle des compétences de l'interne qui est à l'hôpital, est-ce que ces objectifs seront applicables en ambulatoire ? MSA161)

Important mais pas toujours accessible (items 7-9-10-11) (MSA791)

Plutôt pas d'accord, items mal formulés : Planifier le retour au domicile en fonction de l'état du patient aux urgences et Évaluer les problèmes liés au retour à domicile (MSA862)

Vœux pieux, appliqués ? (URA174)

Les 3 derniers items : problèmes du généraliste libéral, pas celui qui gère l'urgence (URA793)

4 derniers items parfois difficile à mettre en application aux urgences (MSH174)

Travailler en équipe

Pour le dernier item (se positionner comme médecin), je mettrai "dans l'équipe prenant en charge le patient" car peut être vrai également à domicile (MSA171)

Ce sont souvent les infirmières qui préviennent et toujours elles qui prennent en charge le patient à son retour, on peut les joindre plus facilement : transmission ? (URA174)

Composer avec les autres mais garder son rôle de médecin (MSH174)

Gérer les situations de crise

Oui mais je ne vois toujours pas de spécificité dans tout cela (MSA161)

L'interne doit pouvoir bénéficier de l'expérience de son senior pour apprendre à gérer les conflits ou de toute façon sous contrôle de celui-ci (MSH179)

Le senior doit savoir reprendre la main dans les situations médico légales difficiles tout en veillant à la formation dans ces situations de l'interne (URA161)

En cas de refus, le médecin responsable doit gérer ne serait-ce que sur le plan médico-légal. Exemple Monsieur X refuse l'hospitalisation et/ou coloscopie devant un hémotop positif (ou sans) signes d'anémie : faire signer un document de refus en présence du médecin (URA174)

Cependant ne pas rester isolé dans les situations de crises et toujours les partager avec le maitre de stage (MSH174)

Avec l'aide du médecin sénior (MSH178)

Réanimation cardiorespiratoire

Appliquer les recommandations de la réanimation cardiopulmonaire (RCP)

Du domaine des urgences et valide en pleine cambrousse, pas en ville ou semi-rural préurbain (MSA791)

C'est un futur MG, pas un spécialiste de l'urgence (URA174)

Prendre en charge la circulation

Hors sujet (MSA791)

Sans scope, dernier item difficile à évaluer (MSH179)

Est-ce applicable hors VRM ou SMUR ? (URA174)

Difficile. En cabinet, les connaissances acquises en urgence ne sont pas réalisables. A moins d'avoir un équipement équivalent à un SMUR. Remarques à appliquer aux autres questionnaires. On forme un généraliste ou un urgentiste ? Dans la mesure où il existe un SMUR et un service d'urgence à quelques minutes de notre cabinet, quel intérêt de mettre en place une réa qui sera refaite 3 minutes plus tard ? (URA793)

Prendre en charge la ventilation

En ambulatoire ? Oxygène + BAVU ! (URA174)

"Spé et les pathos se contredisent" : quelle ventilation si à la fois détresse respi et AVC ? Pas possible à gérer en MG et quelques fois même pas en réa … (URA793)

Thérapeutiques qu'il n'est pas nécessaire de maitriser mais qu'il faut savoir expliquer à l'entourage (MSH174)

Ethique et réanimation

Ligne 1 : savoir reconnaître et arrêter une RCP inefficace. Autres lignes : collégialité ? (URA797)

Réanimer d'abord puis décider selon l'évolution. La famille ne comprendra que cette démarche (URA174)

Ces objectifs ne me semblent pas possibles à valider utilement pour un étudiant tant qu'il n'est pas thésé et intégré à une équipe. Néanmoins, une information sur ces sujets est intéressante (URA861)

Ah ben non … interne en MG aux urgences … je laisse tout branché … Pas envie de me retrouver au tribunal avec une interdiction d'exercer après avoir passé 10 ans pour avoir ce doctorat. Le patron, la famille, voire le directeur de l'hôpital décident, mais là je me défile. Vieux médecin à 5 ans de la retraite, je débranche (URA793)

Décision à prendre souvent de façon collégiale même pour le médecin sénior avec avis des spécialistes (MSH174)

En collaboration avec le sénior (MSH178)

Analgésie

Identifier les mécanismes générateurs de la douleur

Je mets 1 partout car ces compétences ne sont pas à acquérir dans un service d'urgence, elles ne sont pas spécifiques (MSA161)

Ironie : ne pas avoir peur des antalgiques…, et se méfier du paracétamol ! (URA797)

Quel médecin connait les douleurs neuropathiques : référence le livre des douleurs Bruno Esteve Lopez et Yves Jeanmaire (URA174)

On calme, point barre … (URA793)

Identifier les mécanismes générateurs de la douleur

La rotation des opioïdes concerne plutôt la prise en charge de la douleur chronique à mon avis et ne rentre pas dans le contexte de l'urgence (MSA173)

C'est le vrai problème de la trousse d'urgence (URA174)

Urgences cardiovasculaires

Prendre en charge une douleur thoracique, un syndrome coronarien aigu (SCA)

Faut-il avoir un appareil ECG et faire régulièrement des tracés et disposer d'un mode rapide de transmission des tracés en cas de doute vers un cardiologue qui peut répondre (MSA791)

Avoir la démarche évoquée ci-dessus, connaitre les critères locaux d'application des recommandations scientifiques (compétences disponibles, dans quels délais, …) (URA797)

Si SCA alors ECG et 15, pas d'examens bio (URA174)

Pas d'intérêt de faire les enzymes cardiaques en externe car suspicion de SCA urgence absolue donc diagnostic et traitement aux urgences (MSH173)

Prendre en charge un collapsus, un choc

Diagnostic étiologique nécessite souvent des investigations. Je n'ai pas d'amines vasopressives dans ma trousse d'urgence, ni de culots globulaires (MSA161)

L'interne doit être encadré et ne pas être seul devant cette situation afin d'être efficace dans leur pratique ultérieure (MSH179)

Sommes-nous en ambulatoire ou à l'hôpital pour la transfusion, quant au diagnostic d'insuffisance surrénalienne aiguë sur un simple examen clinique ??? (URA174)

"Choc = choc". On déchoque d'abord (URA793)

Dans la pratique courante aux urgences, on voit très peu d'insuffisance surrénalienne aiguë donc en médecine ambulatoire il me semble très difficile d'initier le traitement ce qui est important surtout c'est de l'orienter rapidement dans la bonne filière (MSH864)

Prendre en charge une thrombophlébite, une embolie pulmonaire

Repos au lit pour quoi faire ? (MSA161)

Identifier les indications d'un avis spécialisé (MSA862)

Un thrombus flottant est identifié par l'angiologue qui garde le patient allongé, fait le 15 et commence le traitement en attendant les secours (URA174)

Filtre cave ? Pas beaucoup d'indications de pose de parapluie à part la thrombose massive cave, à confirmer (URA793)

Les indications de la thrombolyse et de la pose du filtre cave restent des domaines de spécialités nécessitant en charge multidisciplinaire (MSH864)

Prendre en charge des malaises, syncopes et lipothymies

Identifier les indications d'un avis spécialisé (MSA862)

Orienter le diagnostic plutôt que faire le diagnostic… ? (URA797)

Ben oui. Bradycardie et pause : même pas besoin de techniquer : prendre le pouls (URA793)

Urgences respiratoires

Prendre en charge une dyspnée

Si suspicion d'EP, le médecin oriente c'est une réelle urgence, prendre en charge veut dire cela ou initier un traitement ? Idem pour anémie et pneumothorax (MSA161)

Si prendre en charge peut vouloir dire savoir orienter, alors OK (MSA171)

Orienter le diagnostic plutôt que faire le diagnostic… ? (URA797)

Embolie et pneumothorax : diagnostic assez facile mais pas de possibilité de traitement au cabinet. J'ai fait des ponctions de pneumo mais pas depuis que je suis installé à mon cabinet (URA793)

Urgences abdominales

Hiérarchiser les hypothèses diagnostiques en fonction du terrain

Peut ajouter prioriser les hypothèses chez l'adulte jeune (18/60 ans) ? (MSA171)

Tenir compte de la prévalence des hypothèses diagnostiques selon le terrain (patient âgé, enfant, femme en âge de procréer) (MSA862)

C'est poser un diagnostic d'urgence chirurgicale, difficulté dans l'anévrisme de l'aorte sous rénale et angor sur un territoire postérieur ou inférieur (URA174)

Instaurer un traitement adapté à l'urgence abdominale

Cà manque de précision, il faudrait préciser les maladies, objectifs hospitaliers, pas ambulatoires (MSA161)

Prescrire ? Ou plutôt savoir faire soi-même ? (URA797)

Nasogastrique dans quelle indication ? (URA174)

Urgences infectieuses

Identifier les syndromes fébriles à haut risque

"1" pour les items dont le diagnostic ne peut être fait en ambulatoire, et situations qui doivent conduire le patient à l'hôpital (MSA161)

"Idem" [Peut ajouter prioriser les hypothèses chez l'adulte jeune (18/60 ans) ? (MSA171)

Des questions qui méritent des précisions : fièvre au long cours ? Neutropénie après chimiothérapie ? (URA174)

"Prendre en charge" est assez vague pour ces situations qui doivent faire l'objet d'une demande d'avis spécialisé y compris en urgence (URA861)

Les trois "1" >>> urgences. Reconnaître oui, prendre en charge non (URA793)

D'accord si prise en charge consiste aussi à adresser au médecin spécialisé dans la pathologie si nécessaire (MSH178)

"Connaître" à la place d'"énoncer" ? (MSA862)

Je suppose que la ligne 2 fait allusion au purpura dans la méningite avec traitement immédiat (URA174)

Urgences uro-génitales et gynécologiques

Prendre en charge les urgences génitales chez l'homme

"Idem" [Peut ajouter prioriser les hypothèses chez l'adulte jeune (18/60 ans) ?] (MSA171)

Orientation rapide et spécialisée (URA794)

Prendre en charge les urgences gynécologiques et obstétricales

Pour la dernière question, depuis la prescription d'œstroprogestatifs aux mineures, faire la prévention conseils et le noter comme fait (URA174)

Hémorragie génitale, corps étrangers génito-urinaires, GEU nécessitent des avis spécialisés dans tous les cas. Là encore, il est nécessaire de savoir repérer les signes et d'orienter rapidement les patients vers la bonne filière (MSH864)

Urgences traumatologiques

Prendre en charge un polytraumatisé

Peu en rapport avec certains lieux d'exercice, voir choix de l'interne (MSA791)

Prendre en charge les principales urgences traumatologiques

"Idem" [Peut ajouter prioriser les hypothèses chez l'adulte jeune (18/60 ans) ?] (MSA171)

Urgences médico judiciaires : « prendre en charge » évoque une spécialité médicale à part entière… Demande donc plus de sous items précisés (URA797)

Le 15 ou le 18 sont appelés avant nous ! Sauf pour les deux premières questions (URA174)

La prise en charge en médecine générale ambulatoire ne peut être que pour la phase initiale avant transport aux urgences vers une structure hospitalière adaptée (URA173)

En cas d'appel d'un patient pour un traumatisme grave, je pense que le médecin doit rediriger vers équipe pompier et/ou SMUR car seul, il va manquer de moyens (MSH178)

Urgences toxicologiques

Identifier les principales intoxications aiguës

On ne gère pas ces résultats biologiques en ambulatoire; on essaie de maintenir les fonctions vitales; on alerte le 15 et on fait une petite prière (MSA173)

Prescrire en ambulatoire une gazométrie devant un toxidrome ? (je repasserai après-demain…) (URA797)

Une acidocétose ou un coma hyperosmolaire sont des urgences à hospitaliser donc pas de traitement en ambulatoire (URA174)

Actes rares et techniques (URA794)

Quid de la gazométrie en médecine générale ambulatoire (URA173)

En général, la toxicologie est vue aux urgences, car elle nécessite une surveillance particulière. Un médecin généraliste doit suspecter un toxidrome puis adresser rapidement via ambulance ou SMUR vers les urgences (MSH178)

Prendre en charge initialement les principales intoxications

Compétence d'urgentiste ou réanimation (MSA173)

« Prendre en charge » : initier la prise en charge ? (URA797)

Si IMV aux benzodiazépines et possède de l'anexate avant transfert, et si pas le numéro du centre, on a le 15 (URA174)

Urgences neurologiques

Identifier les principales urgences neurologiques

FMC jeudi dernier sur migraines et céphalées (Soirées médicales au CH La rochelle), 25 médecins pour tout le secteur nord 17 à partir de Rochefort, sans commentaires, … (URA174)

Idem focaux : time is life, ne pas perdre de temps, adresser vers le centre équipé d'un IRM le plus proche (MSH178)

Prendre en charge un accident vasculaire cérébral (AVC)

Les 4 premières heures = SAMU puis UNV; ensuite ce n'est plus de l'ambulatoire (MSA173)

Trop de confusion ambulatoire / MG en poste aux urgences ? (URA797)

En ambulatoire, à part donner du PLAVIX ou ASPEGIC puis adresser … (URA174)

L'indication d'une thrombolyse est du ressort de l'UNV (URA173)

Suspicion d'AVC : pas de perte de temps (MSH178)

Prendre en charge les céphalées à haut risque

"1" pour les objectifs hospitaliers (MSA161)

Urgences environnementales et circonstancielles

Prendre en charge une quasi-noyade, une déshydratation, un coup de chaleur, …

Lieu et choix du lieu d'exercice (MSA791)

Pour l'hyperthermie, soit il y a une orientation clinique clairement identifiée soit je passe la main (URA174)

Prendre en charge une hypothermie

Pas les pathologies les plus fréquentes (MSH179)

Moyen de réchauffement d'un patient nécessite des outils hospitaliers (MSH178)

Prendre en charge une électrisation

Prendre en charge et orienter le patient électrisé va surtout dépendre du voltage (MSH178)

Prendre en charge une brûlure

Si brûlure grave (donc apports électrolytiques) les 24 premières heures ne sont pas de notre recours (MSA173)

"Idem" [Peut ajouter prioriser les hypothèses chez l'adulte jeune (18/60 ans) ?] (MSA171)

Pour la première heure si grand brûlé (URA174)

Grands brûlés tout de suite (URA793)

La prise en charge des apports hydroélectrolytiques sur 24 heures n'est pas du ressort de la médecine ambulatoire. Mais elle tient compte des premiers apports faits en préhospitalier (URA173)

Urgences psychiatriques

Prendre en charge les principales urgences psychiatriques

Dans ce cadre, beaucoup d'éléments différents sont mélangés : nomadisme, toxicomanie (MSA161)

"Idem" [Peut ajouter prioriser les hypothèses chez l'adulte jeune (18/60 ans) ?] (MSA171)

Problème de la difficulté d'évaluer le risque suicidaire (URA174)

La prise en charge des intoxications ne peut concerner que la phase initiale préhospitalière (URA173)

Concernant les troubles délirants : risque d'agression pour un médecin seul … (MSH178)

Identifier les problématiques associées aux situations d'agitation ou de violence

Demande du temps en plus des études (MSA791)

Formation et pratique ? (URA174)

Ne pas passer à côté d'une cause organique au trouble du comportement +++ (URA173)

Prendre en charge le patient agité ou violent

Communiquer de façon appropriée avec le patient (MSA862)

Problème : avoir les bons documents pour un placement d'office (URA174)

Concernant la contention : il faut être au moins 5, risque de blessure du médecin par le patient si seul. Traitement psychotrope par voie orale : OK (MSH178)

Urgences ophtalmologiques

Prendre en charge les principales urgences ophtalmologiques

La cataracte ne me semble pas être une urgence (MSA171)

Orienter le patient en cas d'uvéite, cataracte, amaurose fugace, brûlure oculaire, rupture du globe oculaire (MSA862)

Le terme « prendre en charge » est flou pour moi, est ce que l'on attend la bonne réaction à la situation d'urgence en attendant l'orientation du patient dans la bonne filière de soin ou sa prise en charge par un SMUR ou est-ce la prise en charge en ambulatoire du patient gestion de A à Z du patient par son médecin traitant ? (URA161)

Sauf pour une brulure chimique ou l'on lave abondamment puis avis (URA174)

En cas de brûlure chimique, il faut connaître la procédure de prise en charge initiale avant avis spécialisé (URA173)

Urgences ORL

Prendre en charge les principales urgences ORL

Si prendre en charge veut aussi dire savoir hospitaliser, alors oui pour l'épiglottite par exemple, sinon non. Idem pour le reste. Le dernier item n'est souvent pas de l'urgence (MSA171)

Pour 3, cela relève d'un avis spécialisé (MSA862)

Urgences métaboliques et endocriniennes

Prendre en charge les troubles de l'équilibre hydroélectrolytique

Là encore, la prise en charge peut être une hospitalisation après un temps de débrouillage diagnostique (MSA171)

Tout dépend du contexte et des traitements suivis (URA174)

Prendre en charge les troubles de l'équilibre acido-basique

Alcalose gazeuse ou métalogique ? (URA174)

Cela me parait pas réalisable en ambulatoire. Quid de la gazométrie ? (URA173)

Gaz du sang en général faits en milieu hospitalier (MSH178)

Prendre en charge les urgences diabétologiques

Idem [la prise en charge peut être une hospitalisation après un temps de débrouillage diagnostique) (MSA171)

Prendre en charge les autres urgences endocriniennes

Idem [la prise en charge peut être une hospitalisation après un temps de débrouillage diagnostique) (MSA171)

C'est rare donc difficile ! (MSH179)

Oui s'il s'agit de la face initiale préhospitalière : surtout y penser +++ (URA173)

Urgences onco-hématologiques

Identifier les urgences transfusionnelles et coagulation sanguine

Idem [Identifier oui, prendre en charge non selon le même principe] (MSA171)

Dans ma jeunesse de médecin généraliste isolé, j'ai réalisé des transfusions mais c'est impossible aujourd'hui compte tenu de la surveillance et des risques encourus … (URA173)

Le diagnostic de péricardite n'est déjà pas toujours évident; son étiologie en ambulatoire est secondaire du moins en urgence (MSA173)

Idem [Identifier oui, prendre en charge non selon le même principe] (MSA171)

Urgences allergiques

Prendre en charge la réaction allergique

Idem pour les items 2,3 et 4 [Identifier oui, prendre en charge non selon le même principe] (MSA171)

Se méfier de l'adrénaline IV en cas de choc anaphylactique, les recos proposent des doses trop fortes : risque infarctus, 1 mg/ 10 ml sérum physio, faire 1/10 ml par 1/10 ml jusqu'à 0,5 lentement si terrain coronarien, en sous-cutané (URA174)

Urgences gériatriques

Prendre en charge les urgences spécifiques de la personne âgée

Pour info, j'ai une formation en gériatrie et j'ai un poste de médecin coordonnateur en EHPAD (URA793)

Urgences pédiatriques

Prendre en charge les principales urgences néonatales

Idem [si prendre en charge veut dire hospitaliser, oui] (MSA171)

Pas d'expérience (MSH179)

Ambitieux… (URA797)

En espérant que ça n'arrive jamais pour le choc (URA174)

Réa pédiatrique tout de suite. Rien de possible en cabinet de MG (URA793)

La prise en charge d'un nouveau-né lors d'un accouchement inopiné n'est pas rare en médecine rurale isolée. J'en ai fait plusieurs fois l'expérience - mais il faut rester prudent sur les exigences attendues d'un généraliste (URA173)

Là encore vraiment du domaine de la spécialité, orienter avant tout le patient dans la bonne filière (MSH864)

Prendre en charge les principales urgences pédiatriques

Une asthénie (isolée) est-elle une urgence en pédiatrie ? (MSA173)

Idem item 27 [si prendre en charge veut dire hospitaliser, oui] (MSA171)

Beaucoup de ces items relèvent d'une prise en charge spécialisée (MSH179)

Urgences dermatologiques

Prendre en charge les urgences dermatologiques

Idem items 2 et 3 [si prendre en charge veut dire hospitaliser, oui] (MSA171)

Purpura … gaffe. J'ai un fulminans qui est apparu devant moi une seule fois dans ma carrière. Grosse frayeur quand on n'a pas l'antibio dans sa sacoche. Pemphigus bulleux, on a le temps (URA793)

Compétences gestuelles

Gestes à visée diagnostique

Personnellement, je ne pratique pas les deux derniers examens et en 8 ans d'exercice isolé en Outre-Mer avec 4000 patients pour 2 médecins je n'ai pas trouvé la nécessité d'apprendre à les pratiquer (même si cela n'a pas de valeur scientifique) (MSA173)

Avec un ophtalmo au village (médical) je ne me sers plus de mon ophtalmoscope (URA174)

[gestes ophtalmo] trop pointu. On ne sait pas faire (URA793)

Gestes à visée thérapeutique

Dans plutôt "pas d'accord", j'ai mis tout ce que je n'ai jamais fait et jamais tenté (8 ans seul pour 4000 habitants sur une île de Polynésie) et 1 an de SAMU de l'Isère (MSA173)

Injection intra-rectale chez l'enfant : à discuter (URA861)

En cas de médecine ambulatoire isolée comme je l'ai vécue pendant 15 ans, il est indispensable de maitriser les gestes proposés mais attention à l'évolution sociétale et à sa judiciarisation. Pour la PL, ce n'est pas réalisable hors de l'hôpital comme la gestion des fractures sans radio ? Pour la réduction de luxation, cela dépend des cas (en cas de récidive c'est très facile à réduire sans analgésie sinon, il faut maitriser les drogues adaptées …) (URA173)

Beaucoup d'items dépendent de l'activité rurale ou urbaine, des connaissances du généraliste, de son installation et du matériel disponible dans le cabinet et de son réseau avec les spécialistes (MSH864)

Compétences analytiques

Examens de biologie courante

À demander en fonction de l'orientation de la clinique. La clinique prime (MSH179)

Si demande de tropo, nécessité alors d'un ECG (MSH862)

Explorations fonctionnelles courantes

Oxymètre de pouls (URA174)

Examens d'imagerie courants

En ambulatoire : si on est confronté à un état d'urgence avec les examens cités, c'est qu'ils ont été prescrits au préalable. Et que l'état d'urgence apparaît secondairement. On se rapproche des causes de litiges judiciarisés (URA797)

Entre poser l'indication et interpréter l'examen il y a un monde …. (URA161)

Echocardiographie pour un FOP ? (URA174)

Pas d'intérêt de prescrire une ETT en médecine générale, de même qu'un ASP (MSH173)

Plutôt pas d'accord pour les examens d'imagerie car réalisation et interprétation relèvent des spécialistes. En revanche, si la question est "connaître l'indication en urgence de …" la réponse est d'accord ou plutôt d'accord (URA861)

Surtout de connaître mes bonnes indications et les limites de ces examens pour éviter les redondances (URA173)

Pour les sans avis, c'est surtout l'interprétation en urgence dans un cabinet (MSH178)

Autres items proposés par les experts

Très long !! Très difficile de répondre car les objectifs d'apprentissage pour pouvoir gérer des urgences aux urgences ne sont pas les mêmes que pour savoir gérer des urgences à domicile. Même là, cela dépend de son lieu d'installation. Difficile de trouver le tronc commun minimum (MSA171)

Parfois, en médecine générale ambulatoire, les premières minutes de l'urgence pour le médecin sont vécues seul +++ ➔ apprendre à l'IMG à gérer cette solitude avant l'arrivée des secours (MSA172)

Votre questionnaire est un peu large et leurs apprentissages ne seront pertinents que s'ils connaissent leur cible d'installation ultérieure et de quoi ils auront besoin de façon courante (MSA791)

Le champ d'exploration est déjà énorme et il est clair qu'il ne pourra pas être vu en totalité sur un semestre (MSH179)

Il me semble également judicieux d'acquérir quelques compétences en médecine légale pour se familiariser avec la rédaction des principaux certificats (certificat médical initial descriptif, compatibilité avec la garde à vue, examen de corps sur réquisition, etc…) (MSH798)

En préambule incontournable, préparer l'IMG à désapprendre ses 6 années d'études précédentes : savoir reconnaître l'urgence avant le diagnostic, en reconnaissant les altérations patentes ou latentes des fonctions vitales et fonctionnelles (URA797)

Si au cours de leur formation certains objectifs ne sont pas atteints parce que non rencontrés au cours de leur formation, que se passe-t-il ? Quelle est la bonne trousse d'urgence ? Que dit la Loi ? Compétences obligatoires en matière d'urgence ? … Beaucoup délèguent par non compétence ou esprit parapluie ? Le 15 et le 18 deviennent le recours légal (URA174)

Objectifs en obstétrique : CAT devant une MAP, une HTA, une pré-éclampsie, une éclampsie, un HELLP syndrome. Objectifs en chirurgie : vaccination, rappel vaccinal tétanique sur plaie

et indication des gammaglobulines. Objectifs en prévention : l'acte d'urgence est l'occasion de faire le point sur l'état des démarches préventives (ex. : chute du sujet âgé, mammographie chez la femme, contraception, etc. (URA171)

A priori non, liste déjà bien exhaustive (URA792)

Connaissance de la réglementation relative à l'Aide Médicale Urgente et de la répartition des missions des différents intervenants publics et privés. Relations avec les forces de l'ordre. Connaissance des règles de secret médical dans le cadre particulier des urgences (URA861)

Vaste sujet. Comme tout MG, il y a plein de choses découvertes sur le tas dont la liste est trop longue. Et en fonction de ce qu'on a assimilé, on gère certains problèmes que le MG à côté ne sait pas faire etc. Feeling et approche très perso. Ce qui n'aide pas les MG relève de l'aspect médico-légal. On faisait plus d'actes d'urgence il y a 25 ou 30 ans, sans risque, car il y avait peu de services d'urgences et donc tout le monde admettait qu'on avait fait ce qu'on pouvait. J'ai réduit des FA à la Cédilanide en IV direct sans monitoring. Ça ferait hurler maintenant, non ? Je n'envie pas mes jeunes confrères. La progression est très rapide et j'exerce maintenant un métier qui n'est plus celui que j'ai appris. Vivement la retraite (URA793)

Il faut surtout acquérir une bonne connaissance clinique et développer ses capacités à observer, écouter puis à rechercher les signes cliniques qui sont fondamentaux pour reconnaître une situation urgente. Il faut apprendre à bien cibler les indications des examens complémentaires et savoir ce que l'on recherche avec ces examens (pas d'investigations à l'aveugle) on ne trouve que ce que l'on cherche (URA173)

Concernant les situations urgentes, il manque les notions suivantes : connaissance du fonctionnement de l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR, Urgences) ; identifier les situations nécessitant l'intervention de moyens lourds (SMUR) ; identifier le degré d'urgence des situations cliniques : absolue, relative, différée, vitale, fonctionnelle ; utiliser un réseau local de spécialistes (libéraux et hospitaliers) permettant de faciliter l'accès aux soins urgents sans recours systématique aux structures d'urgences (en fonction de la gravité) ; connaissance des SROS et des filières de l'urgence en fonction des plateaux techniques du territoire de santé (MSH1710)

Aborder la régulation de la PDSA (permanence des soins ambulatoire) au Centre 15 ; gestion du stress de l'appelant, connaissance de la PDSA ; connaissance des alternatives à l'hospitalisation (MSH172)

La prise en charge de la douleur abdominale de façon générale est un objectif en soi : orientation diagnostique, choix des examens complémentaires, hiérarchisation des examens d'imagerie et suivi dans les 48h en l'absence de diagnostic précis ; Prise en charge d'un malaise (MSH174)

Prise en charge de l'hématémèse ; Prise en charge de l'état de choc ; Prise en charge du choc hémorragique (MSH864)

Remarques, questions et commentaires libres

Franchement, ce questionnaire est trop long, 27 pages !!! Il y a des redondances et il pourrait être amélioré (MSA161)

Rien ne remplace la mise en situation (MSH179)

Les items « prendre en charge » ressemblent souvent à des questions pièges : « prendre en charge » ou « reconnaître » ou « reconnaître et initier le traitement » ou « reconnaître, initier le traitement et orienter » ? (URA797)

Un certain nombre d'objectifs sont insuffisamment précisés : être capable de … poser l'indication d'un examen complémentaire, le réaliser, d'interpréter les résultats … Examiner, traiter, suivre en ambulatoire, prendre en charge aux urgences ou en ambulatoire, Diagnostiquer (URA161)

Jeter un coup d'œil sur NICE pathways (en anglais) (URA171)

En ce qui concerne les médecins sapeurs-pompiers, le plus souvent généralistes libéraux, les réponses ont été données dans l'objectif global de compétences plutôt pré-hospitalières (URA861)

Dans ma vie professionnelle, loin de tout spécialiste et à plus de 20 km du premier radiologue, j'ai dû développer une approche clinique très sensible (URA173)

Je suis un peu inquiet sur la quantité des items proposés ici : il me semble que 6 mois de stage au sein des urgences ne permettront pas de valider statutairement tous ces acquis (MSH1710)

J'ai trouvé parfois difficile de faire la part des choses entre "reconnaître", "prendre en charge", "orienter" ou "identifier les symptômes", exemple des problèmes allergiques? Jusqu'où parle-t-on de prise en charge ? (MSH174)

Difficultés pour répondre à certains items car il y a une différence entre l'activité quotidienne aux urgences et l'utilité de certaines de ces activités dans le futur exercice de MG des IMG. Par exemple, la prescription des marqueurs cardiaques. Ils sont confrontés quotidiennement

à leur prescription et à leur interprétation. Par contre, leur indication en exercice de ville n'est pas recommandée (MSH791)

Beaucoup d'items restent intéressants mais dépendant de l'activité du généraliste, on peut imaginer qu'on soit beaucoup plus exigeant avec un avec un médecin de campagne qu'un médecin de ville plus proche de l'hôpital (MSH864)

Certaines questions concernant les PEC sont imprécises. Parle-t-on d'une PEC thérapeutique ou d'une identification et d'une orientation des pathologies. Par exemple il n'est pas nécessaire en ambulatoire de savoir PEC d'un pneumothorax (pose de drain thoracique, …) mais par contre il est nécessaire de savoir l'identifier, repérer les critères de gravité et d'orienter correctement le patient avec les moyens de transport adaptés (ce que les internes doivent apprendre aux urgences) (MSH177)

Annexe 6 Questionnaire du tour 2

Questionnaire tour 2

Cher Confrère, Chère Consœur

Voici le deuxième questionnaire de notre étude MedUrg. L'objectif est l'élaboration d'une liste consensuelle d'objectifs pédagogiques à proposer aux maîtres de stage hospitaliers (MSH) pour la formation des internes de médecine générale (IMG) à l'urgence en milieu ambulatoire. Ces objectifs doivent respecter les points suivants:

- pouvoir être atteints au terme du semestre de formation
- considérer l'IMG comme un professionnel en formation et non comme un sénior
- considérer la pertinence des items en fonction de leur projection en médecine ambulatoire
- ne pas considérer la fréquence des situations d'urgence exposées (le médecin généraliste devant faire face aux urgences mêmes les plus rares, surtout en milieu rural)
- les objectifs peuvent être atteints par simulation, supervision directe ou indirecte de l'IMG

Pour les items qui n'ont pas obtenu le consensus des 36 experts interrogés, certains ont été précisés et reformulés. Les **nouveaux items** apparaissent en gras. **Pour chaque situation d'urgence, le terme « prendre en charge » signifie la gestion de la situation par un médecin généraliste seul, quel que soit son lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain) dans la première heure**. Ainsi, si vous estimez qu'un MG doit faire face à la situation / doit être capable de …, vous retiendrez l'item pour la formation des IMG, si vous estimez qu'il s'agit de la compétence des spécialistes (urgentistes, réanimateurs, médecins hospitaliers, etc.), vous écarterez l'item du programme de formation des IMG. **Par ailleurs, un item peut être écarté si vous estimez que la situation exposée n'appartient pas au domaine spécifique de l'urgence médicale ou qu'elle n'appartient pas au champ de la médecine générale.**

Merci pour votre aide précieuse. Bon courage !

Les résultats intermédiaires seront disponibles sur le site MedUrg au terme de la période d'enquête.
N'oubliez pas de retourner ce document lorsque vous aurez terminé le questionnaire à l'adresse : eric.hamel@hotmail.fr

Début de l'enquête : lundi 20/01/2014 - 17h43
Fin du recueil du tour 2 : **dimanche 13/04/2014 - 23h59**

Eric HAMEL, *médecin généraliste remplaçant*
Dr Bernard FRECHE, *MCU, directeur de thèse*
Dr Yann BRABANT, *Chef de Clinique Universitaire*

Compétences générales

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

1-Compétences diagnostiques générales Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Intégrer le rapport coût/efficacité à sa démarche diagnostique en situation d'urgence							
Prescrire les examens complémentaires de façon ciblée en situation d'urgence							
Identifier les situations nécessitant l'intervention de moyens lourds (SMUR)							
Hiérarchiser les situations en fonction du degré d'urgence (absolue, relative, différée, vitale, fonctionnelle)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

2-Compétences thérapeutiques générales Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Intégrer le rapport coût/efficacité à sa démarche thérapeutique en situation d'urgence							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Compétences transversales pour les situations d'urgence en MG

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

3-Gestion des urgences / prise de décision d'hospitaliser / Organisation du retour au domicile
Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Impliquer judicieusement les proches dans les décisions médicales en situation d'urgence							
Prescrire les examens complémentaires de suivi ambulatoire à la sortie des urgences							

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Remplir les formalités médico-administratives nécessaires à la sortie du patient aux urgences (arrêts de travail, accident de travail / maladie professionnelle)							
Planifier le retour au domicile en fonction de l'évolution du patient aux urgences (analyse du risque lié au retour au domicile, programmation de consultation post-urgences)							
Dépister les problèmes liés au retour au domicile des personnes vulnérables							
Mobiliser les ressources disponibles (spécialistes, paramédicaux ambulatoires) en ambulatoire							
Gérer son stress/sa solitude face à l'urgence, avant l'arrivée des secours (SMUR)							
Rédiger des certificats médico-légaux (Certificat médical descriptif, compatibilité avec les Garde A Vue, examen de corps sur réquisition, …)							
Appliquer les dispositions réglementaires en situation d'urgence (secret professionnel, …)							
Mobiliser les ressources en fonction de la répartition des intervenants, publics (hôpital, pompiers, spécialistes hospitaliers, …) ou privés (ambulanciers, spécialistes ambulatoires, …)							
Communiquer de façon adaptée avec les forces de l'ordre (police, gendarmerie)							
Identifier le fonctionnement de l'Aide Médicale Urgente (AMU : SAMU, SMUR, Urgences)							
Utiliser le réseau local de spécialistes permettant de faciliter l'accès aux soins urgents sans recours systématique aux structures d'urgences hospitalières							
Participer à la régulation de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA)							
Mettre en œuvre les techniques de communication verbale permettant de gérer le stress de l'appelant							
Mettre en œuvre les alternatives de l'hospitalisation							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

4-Travailler en équipe

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Affecter/déléguer des tâches aux autres membres de l'équipe hospitalière							
Gérer les interactions patients/autres intervenants							
Se positionner comme médecin dans l'équipe hospitalière							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

5-Gérer les situations de crise

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Gérer un refus de traitement ou d'hospitalisation exprimé par le patient							
Gérer le patient opposant							
Gérer les réactions des proches et de l'entourage							
Effectuer une rétroaction au décours d'une situation de crise (débriefing)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Réanimation cardio-respiratoire

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

6-Appliquer les recommandations de la réanimation cardiopulmonaire (RCP)

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Poursuivre une RCP en situation d'hypothermie (noyade, hiver, etc.)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

7-Prendre en charge la circulation

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prescrire les apports hydroélectrolytiques des 24 premières heures après arrêt cardiorespiratoire							
Reconnaître l'indication d'un accès vasculaire veineux central							
Reconnaître l'indication d'un accès vasculaire intra-osseux							
Identifier l'indication d'une sonde d'entraînement électrosystolique externe							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

8-Prendre en charge la ventilation

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Ajuster les paramètres d'un ventilateur							
Identifier les indications d'une ventilation artificielle							
Identifier les indications d'une ventilation à pression positive (CPAP = ventilation en pression continue positive, BIPAP = ventilation avec 2 niveaux de pression positive)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

9-Ethique et réanimation

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier les patients pouvant ne pas être réanimés							
Arrêter les soins à visée curative (reconnaître une situation palliative)							
Identifier les situations potentielles de don d'organe							
Décider de la fin des manœuvres de réanimation et prononcer l'heure du décès							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Analgésie

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

10-Maitriser les thérapeutiques antalgiques courantes

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Pratiquer la rotation des opioïdes (équianalgésie)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences cardiovasculaires

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

11-Prendre en charge une douleur thoracique, un syndrome coronarien aigu (SCA)

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Reconnaître les critères d'inclusion cliniques et ECG de la thrombolyse							
Utiliser les principaux marqueurs biologiques (CK, troponine, …) et reconnaître leurs limites							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

12-Prendre en charge un collapsus, un choc

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Faire le diagnostic étiologique d'un état de choc							
Administrer les amines vasopressives (hors anaphylaxie)							
Initier la transfusion de produits sanguins							
Initier le traitement de l'insuffisance surrénalienne aiguë							
Initier le traitement du choc septique							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

13-Prendre en charge une thrombophlébite, une embolie pulmonaire

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prescrire le repos au lit							
Identifier les indications de la thrombolyse							
Identifier les indications de la pose d'un filtre cave							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

14-Prendre en charge des malaises, syncopes et lipothymies

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Reconnaître les indications de la pose d'un stimulateur cardiaque							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

15-Prendre en charge les accès hypertensifs

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Adapter le traitement hypotenseur à l'hypothèse diagnostique et au terrain							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences respiratoires

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

16-Prendre en charge une dyspnée

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une embolie pulmonaire							
Prendre en charge une anémie sévère							
Prendre en charge un pneumothorax							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences abdominales

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

17-Instaurer un traitement adapté à l'urgence abdominale

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prescrire une recherche microbiologique avant antibiothérapie							
Prescrire un jeûne							
Prescrire la pose d'une sonde nasogastrique							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences infectieuses

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

18-Identifier les syndromes fébriles à haut risque

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une maladie invasive à streptocoque							
Prendre en charge une méningite, une méningococcémie							
Prendre en charge une endocardite infectieuse							
Prendre en charge une fièvre persistante sans foyer chez l'adulte							
Prendre en charge une neutropénie fébrile							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

19-Identifier les situations d'urgence infectieuse

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Enoncer les principaux germes responsables des syndromes fébriles							
Distinguer les situations d'urgence thérapeutique des situations permettant une documentation microbiologique							
Identifier une toxidermie							
Identifier les états septiques non fébriles							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences uro-génitales et gynécologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

20-Prendre en charge les urgences urologiques

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une hématurie macroscopique							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

21-Prendre en charge les urgences génitales chez l'homme

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge un priapisme							
Prendre en charge un traumatisme génito-urinaire							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

22-Prendre en charge les urgences gynécologiques et obstétricales

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une GEU (premières heures)							
Identifier et prendre en charge un corps étranger génito-urinaire							
Prendre en charge une hémorragie génitale							
Prendre en charge une fièvre du post-partum							
Prendre en charge un accouchement inopiné							
Prendre en charge une menace d'accouchement prématuré (MAP)							
Prendre en charge une hypertension artérielle gravidique							
Prendre en charge une pré-éclampsie							
Prendre en charge une éclampsie							
Prendre en charge un HELLP Syndrome							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences traumatologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

23-Prendre en charge un polytraumatisé

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Procéder à l'évaluation clinique initiale du polytraumatisé							
Etablir les priorités de prise en charge							
Initier la conduite à tenir immédiate							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

24-Prendre en charge les principales urgences traumatologiques

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge les traumatismes crâniens							
Prendre en charge les traumatismes rachidiens							
Prendre en charge les traumatismes thoraciques							
Prendre en charge les traumatismes abdominaux							
Prendre en charge les urgences médico-judiciaires							
Appliquer/contrôler le calendrier vaccinal							
Reconnaitre l'indication des gammaglobulines antitétaniques							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences toxicologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

25-Identifier les principales intoxications aiguës

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Reconnaître les signes des principaux toxidromes							
Interpréter les résultats de gazométrie artérielle en contexte d'intoxication							
Calculer les trous anioniques et osmolaires							
Evoquer les substances associées aux trous anioniques ou osmolaires							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

26-Prendre en charge (initialement) les principales intoxications

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge les principales intoxications aiguës							
Prendre en charge les arythmies secondaires aux intoxications							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences neurologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

27-Identifier les principales urgences neurologiques

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge des syndromes médullaires aigus							
Prendre en charge des troubles de la vigilance							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

28-Prendre en charge un accident vasculaire cérébral (AVC)

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier la sélection des patients pouvant justifier d'une thrombolyse							
Prescrire la surveillance des 24 premières heures							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

29-Prendre en charge les céphalées à haut risque

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier les indications et contre-indications de la ponction lombaire dans cette situation							
Prendre en charge la crise hypertensive en fonction du terrain							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences environnementales et circonstancielles

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

30-Prendre en charge une quasi-noyade, une déshydratation, un coup de chaleur, une hypothermie

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une quasi-noyade, une noyade							
Rechercher les diagnostics différentiels de l'hyperthermie							
Prendre en charge une hypothermie							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

31-Prendre en charge une hypothermie

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Evaluer la sévérité de l'hypothermie							
Utiliser les différents modes de réchauffement des patients							
Tenir compte des spécificités de la réanimation dans ce contexte							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

32-Prendre en charge une électrisation

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Evaluer la sévérité d'une électrisation							
Identifier les différences entre électrisation domestique, industrielle et par la foudre							
Prendre en charge et orienter un patient électrisé							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

33-Prendre en charge une brûlure

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge et orienter un grand brûlé							
Prescrire les apports hydroélectrolytiques des 24 premières heures							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences psychiatriques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

34-Prendre en charge les principales urgences psychiatriques

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge les troubles de l'humeur							
Prendre en charge les troubles délirants							
Prendre en charge les troubles du comportement et de la personnalité							
Prendre en charge les intoxications médicamenteuses volontaires							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

35-Identifier les problématiques associées aux situations d'agitation ou de violence potentielle

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier une cause organique (intoxication aiguë, iatrogénie, trouble métabolique)							
Identifier un trouble de la personnalité							
Identifier des éléments délirants, psychotiques							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

36-Prendre en charge le patient agité ou violent

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Initier une contention physique							
Instaurer un traitement psychotrope adapté à la situation du patient							
Réévaluer régulièrement le patient agité							
Déclencher les mesures de protection juridique							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences ophtalmologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

37-Prendre en charge les principales urgences ophtalmologiques

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Mesurer l'acuité visuelle de près et de loin							
Prendre en charge une uvéite							
Prendre en charge une cataracte							
Prendre en charge une amaurose fugace							
Prendre en charge une brûlure oculaire chimique							
Prendre en charge une rupture du globe oculaire							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences ORL

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

38-Prendre en charge les principales urgences ORL

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge les traumatismes laryngés							
Prendre en charge une inhalation de produits irritants ou corrosifs							
Prendre en charge un œdème angioneurotique							
Prendre en charge un abcès amygdalien/un phlegmon							
Prendre en charge une épistaxis persistante							
Identifier les facteurs de risque d'une intubation difficile							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences métaboliques et endocriniennes

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

39-Prendre en charge les troubles de l'équilibre hydroélectrolytique

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge une hyponatrémie							
Prendre en charge une hypernatrémie							
Prendre en charge une hypokaliémie							
Prendre en charge une hyperkaliémie							
Prendre en charge une hypocalcémie							
Prendre en charge une hypercalcémie							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

40-Prendre en charge les troubles de l'équilibre acido-basique

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier les principaux troubles de l'équilibre acido-basique							
Prendre en charge une acidose							
Prendre en charge une alcalose							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

41-Prendre en charge les urgences diabétologiques

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier et prendre en charge l'acidocétose diabétique							
Prendre en charge un coma hyperosmolaire							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

42-Prendre en charge les autres urgences endocriniennes

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Identifier et prendre en charge l'insuffisance surrénalienne aiguë							
Identifier et prendre en charge la crise thyrotoxique							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences hémato-oncologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

43-Identifier les urgences transfusionnelles et coagulation sanguine

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Reconnaître les indications de transfusion plaquettaire							
Identifier et prendre en charge l'accident transfusionnel							
Gérer le refus transfusionnel en fonction des croyances du patient							
Prendre en charge une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

44-Prendre en charge le patient neutropénique ou immunodéprimé

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Instaurer les mesures de protection adaptées (isolement du patient)							
Instaurer une antibiothérapie argumentée devant une neutropénie fébrile							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

45-Reconnaître les urgences onco-hématologiques

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge un syndrome de compression médullaire aiguë							
Prendre en charge un syndrome cave supérieur							
Reconnaître la péricardite tumorale							
Identifier les syndromes paranéoplasiques							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences allergiques : anaphylaxie et angio-œdème

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

46-Prendre en charge la réaction allergique

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Initier la recherche des allergènes les plus fréquents							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences pédiatriques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

47-Prendre en charge les urgences néonatales

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge un ictère néonatal							
Prendre en charge les convulsions du nouveau-né							
Prendre en charge l'apnée du nouveau-né							
Prendre en charge l'état de choc chez le nouveau-né							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

48-Prendre en charge les principales urgences pédiatriques

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge l'inhalation d'un corps étranger chez l'enfant							
Prendre en charge une hématémèse chez l'enfant							
Prendre en charge un ictère chez l'enfant							
Prendre en charge une douleur scrotale aiguë chez le garçon							
Prendre en charge une hématurie chez l'enfant							
Prendre en charge une dysurie chez l'enfant							
Prendre en charge une arthralgie chez l'enfant							
Prendre en charge une boiterie chez l'enfant							
Prendre en charge les troubles de l'humeur chez l'enfant							
Prendre en charge les troubles du comportement chez l'enfant							
Prendre en charge les troubles alimentaires chez l'enfant							
Identifier les idéations et prendre en charge les conduites suicidaires							
Prendre en charge un malaise grave de l'enfant							
Prendre en charge une asthénie de l'enfant							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Urgences dermatologiques

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

49-Prendre en charge les urgences dermatologiques

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Prendre en charge un purpura							
Prendre en charge une maladie bulleuse							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Compétences gestuelles

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

50-Gestes à visée diagnostique

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Ponction artérielle pour gazométrie							
Ponctions articulaires							
Examen du segment antérieur de l'œil à la lampe à fente							
Examen du fond d'œil à l'ophtalmoscope							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

51-Gestes à visée thérapeutique

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Ponction à l'aiguille d'un pneumothorax compressif							
Intubation orotrachéale							
Alternatives à l'intubation (masque laryngé, crico-thyroidotomie)							
Perfusion intra-osseuse							
Pose de sonde nasogastrique							
Pose de sonde vésicale							
Réalisation d'immobilisations courantes (attelles, plâtres, résines)							
Extraction de corps étranger ORL							
Extraction de corps étranger oculaire							
Tamponnement antérieur des fosses nasales							
Ponction pleurale							
Ponction d'ascite							
Ponction lombaire							
Anesthésie locorégionale (bloc interdigital)							
Incision d'abcès superficiel							
Onysectomie (petite chirurgie d'ongle incarné)							
Réduction des luxations (épaule, coude, doigts, genou, orteils)							
Réalignement des fractures déplacées							
Incision des hémorroïdes thrombosées							
Curetage du conduit auditif externe							
Accouchement inopiné							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Compétences analytiques (indications, limites, interprétation des résultats)

*Pour chaque item, vous considérerez l'affirmation "**l'objectif pédagogique suivant est pertinent pour l'acquisition de la compétence à prendre en charge cette situation en médecine générale ambulatoire**".*

52-Examens de biologie courante (indications, limites, performances intrinsèques, interprétation en urgence)

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
Alcoolémie							
Toxiques urinaires							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

53-Explorations fonctionnelles courantes (indications, limites, performances intrinsèques, interprétation en urgence)

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Objectifs pédagogiques	1	2	3	4	5	6	7
ECG 18 dérivations							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

54-Examens d'imagerie courants (indications, limites, performances intrinsèques, interprétation en urgence)

Cochez la case par X, une case par ligne obligatoire

Compétences	1	2	3	4	5	6	7
Utilisation du Guide de bon Usage des Examens d'Imagerie 2013 (http://gbu.radiologie.fr)							
Radiographie du crâne							
Abdomen sans préparation							
Echocardiographie transthoracique							
Echo-doppler artériel des membres inférieurs							
Scanner pelvien							
IRM cérébrale							
IRM médullaire							
Scintigraphie pulmonaire							

1 *Pas du tout d'accord* - 2 *Pas d'accord* - 3 *Plutôt pas d'accord* - 4 *Sans avis* –
5 *Plutôt d'accord* - 6 *D'accord* - 7 *Tout à fait d'accord*

Commentaires, suggestions :

Commentaires libres

55-Selon vous, existe-t-il d'autres objectifs pédagogiques pertinents pour l'acquisition par les IMG en stage aux urgences, de la compétence à prendre en charge des situations d'urgence en médecine générale ambulatoire ?

Commentaires, suggestions :

56-Exprimez ici vos remarques, questions, commentaires, …

Vous pouvez à présent renvoyer ce questionnaire à l'adresse mail suivante : eric.hamel@hotmail.fr

Merci pour votre participation à l'étude MedUrg.

Prochainement, vous pourrez consulter les résultats de ce deuxième tour sur www.medurg.fr, rubrique résultats.

Eric HAMEL.

Annexe 7 Commentaires du 2ème tour de DELPHI

Compétences générales

Compétences diagnostiques générales

Identifier les situations nécessitant d'appeler le Centre 15 : c'est le médecin régulateur qui décidera des moyens (MSH869)

L'intégration du rapport coût/efficacité est une notion préalable, à effectuer dans la pertinence de l'enseignement par l'enseignant qui se responsabilise dans son enseignement pertinent … C'est ensuite un choix responsable individuel dans l'investissement financier d'équipement de sa « trousse » d'urgence, ou du manager du réseau d'intervenants en urgences de premier recours qui fournirait du matériel diagnostique et thérapeutique au praticien. Le seul impact en choix financier du MG en urgence serait de se poser la question « si j'appelle des secours organisés, quel est leur coût ? ». Ceci n'est plus de l'éthique médicale, et s'écarte même de la déontologie médicale française : le choix a déjà été fait politiquement de disposer de secours organisés de premier recours (Modèle national de sécurité civile par le Prompt Secours par les sapeurs-pompiers, médicalisation « au pied de l'arbre » par les SMUR, et remboursement par l'Assurance Maladie des transports ambulanciers pour les urgences a priori non vitales). Une prise de conscience préalable des conséquences de nos décisions n'est cependant jamais inutile (URA797)

Compétences thérapeutiques générales

Efficacité/utilité vient en second *a priori* (MSA791)

Idem item précédent. C'est de la « santé publique » (URA797)

Compétences transversales pour les situations d'urgence en MG

Gestion des urgences / prise de décision d'hospitaliser / organisation du retour au domicile

Les techniques de communication de la régulation de la PDSA ne sont pas une demande de premier recours au sortir de la fac et ne sont pas une obligation déontologique – seule la PDSA du terrain est déontologiquement obligatoire et son refus peut se transformer en réquisition permanente de la part du Préfet, donc ces techniques de communication ne sont pas à mettre obligatoirement au programme. Par contre répondre à un patient qui devient violent en garde peut être que oui (MSA791)

Régulation PDSA, fonctionnement AMU sont moins accessibles dans les hôpitaux de proximité : prévoir une formation plus générale (MSH172)

Le stage de MG en structure d'urgence ne permet pas l'accès à la participation à la PDSA actuellement (MSH1710)

Le Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) du Service départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) participe avec les SMUR et SAMU à l'AMU. Il ne faut donc pas les oublier d'autant plus que les médecins généralistes et infirmiers pompiers volontaires sont la force vive du SSSM. Un médecin généraliste « de campagne » qui est un minium intéressé par l'urgence sera médecin sapeur-pompier volontaire et rendra de grands services aux victimes en attendant l'équipe SMUR. Par ailleurs il ne faut pas oublier les objectifs pédagogiques des internes d'urgences qui vont effectivement travailler dans un service d'urgence et pour lesquels les items « noirs » font partie de leur formation qui a mon sens ne sont pas des objectifs pédagogiques pour un interne en médecine générale qui fait le même stage dans un service d'urgence. Il faut selon moi différencier les objectifs pour ces deux cursus, interne de médecine générale qui n'aura pas à prendre de responsabilité par la suite dans un service d'urgence et l'interne urgentiste pour qui c'est le futur métier (URA161)

Dans mon expérience en situation rurale éloignée de CH, les gendarmes m'ont beaucoup sollicité pour la rédaction de certificats médico-légaux. Une bonne formation est indispensable pour être efficace et se protéger (URA173)

Alternative de ou à l'hospitalisation ? (URA797)

Travailler en équipe

MG à l'hôpital, je ne pratique pas donc j'ai du mal à en parler (MSA173)

Gérer les situations de crise

Il est indispensable de garder à l'esprit que le patient opposant ou en refus de soin est toujours un patient et qu'il doit être considéré comme tel. Il faut le respecter et admettre qu'il puisse en toute connaissance de cause refuser notre proposition thérapeutique (MSA173)

Situation à gérer avec la présence du sénior, ou sous la coupe du sénior tout en laissant l'interne gérer (MSH179)

Débriefing : tout à fait d'accord (7) mais le MG a-t-il le temps de se redéplacer sur un planning qui n'est pas le sien. C'est déjà effectué mais lourd à mettre en œuvre dans les structures dédiées et armées en personnels formés à cette démarche (URA797)

Réanimation cardiorespiratoire

Appliquer les recommandations de la réanimation cardiopulmonaire (RCP)

L'actualité scientifique en l'espèce apporte beaucoup d'éléments nouveaux pour affirmer … qu'on ne peut affirmer (de rang A) aucune recommandation chiffrée … (URA797)

Prendre en charge la circulation

L'accès vasculaire intra-osseux est le seul accès veineux central réalisable en ambulatoire : il me semble indispensable que le stage aux urgences soit le lieu d'apprentissage des indications et de la réalisation de cet acte. (MSH1710)

Pour moi, ne relève pas des compétences d'un futur médecin généraliste. (URA161)

Si nous nous plaçons dans le cadre de la formation d'un futur praticien généraliste cet item n'a aucun intérêt puisqu'il parle de la prise en charge hospitalière. Pour la voie intra-osseuse, elle est dans les recommandations de la prise en charge des urgences mais comment ce praticien isolé peut-il s'équiper et maintenir sa formation ? (URA173)

La première heure, sinon demi-heure, ce sera déjà bien … (URA797)

Prendre en charge la ventilation

Ce n'est pas un internat de réa, rien n'empêche de s'y intéresser mais la décision reste celle du sénior (MSH179)

Pour moi, ne relève pas des compétences d'un futur médecin généraliste (URA161).

Avec un peu de patience, … et de deniers publics, nous verrons tous les secours organisés utiliser des BIPAP en VNI (URA797)

Ethique et réanimation

Ne pas imposer cette dernière décision comme une compétence personnelle professionnelle opposable : trop d'interactions éthiques personnelles, déontologiques, et de recommandations de bonne pratique professionnelle poussant à la collégialité. Cette capacité à décider (et non cette compétence) est plutôt à l'usage un marqueur d'expérience (URA797)

Urgences cardiovasculaires

Prendre en charge une douleur thoracique, un syndrome coronarien aigu (SCA)

Pas applicable dans la première heure d'intervention dans ma pratique (MSA173)

Protocoles de thrombolyse différents dans chaque USIC. Je pense que la troponine en ville sur douleur thoracique est une perte de chance pour le patient : douleur thoracique suspecte = admission aux urgences (MSH178)

Dans le SCA, les indicateurs biologiques n'ont pas leur place en médecine ambulatoire (MSH1710)

Le praticien isolé doit savoir faire et analyser un ECG dans la recherche d'un SCA ST+ devant une douleur thoracique et, au moindre doute, transférer son patient en exploration hospitalière. A quoi peut servir un dosage de troponine qui reviendra plusieurs heures après voire le lendemain d'un SCA pour le médecin généraliste !? En matière de SCA il faut être

binaire soit il y a soit il y a pas doute ne pas croire qu'une biologie de ville sera un secours diagnostique efficace. J'ai mal vécu des cas d'insuffisance cardiaque suite à des SCA dépisté sur un dosage à domicile (URA173)

Thrombolyse ou angioplastie ou les deux ? Est-ce le MG qui pose l'indication ? Il doit poser le diagnostic de menace ou de certitude et demander ou induire l'intervention d'une médicalisation précoce préhospitalière. La suite est le fait des seconds intervenants et de la régulation médicale des plateaux disponibles et de la pertinence des délais. Il n'est pas encore envisagé d'avoir des moyens de mesure ambulatoire portatifs économiques en médecine générale … (URA797)

Prendre en charge un collapsus, un choc

Savoir reconnaitre un choc = admission aux urgences (MSH178)

Encore faut-il savoir faire le diagnostic, pas si facile, pas toujours comme dans les livres (MSH179)

La transfusion de PSL n'est pas accessible en ambulatoire, en urgence. Pour l'insuffisance surrénalienne aiguë, même si le diagnostic initial est douteux voire erroné, le rapport bénéfice/risque de l'administration de corticoïdes est largement en faveur du bénéfice (MSH1710)

Faire le diagnostic de choc et analyser son origine cardiogénique, hypovolémique (hémorragie, déshydrations, troisième secteur) ou vasoplégique doit faire partie de fondamentaux de tout médecin. Mais en ce qui concerne la prise en charge, l'utilisation des amines vasopressives hors anaphylaxie n'est pas aisée. Pour l'insuffisance surrénalienne aiguë le problème c'est de penser au diagnostic… on a tous des histoires de chasse à raconter … (URA173)

Même en SMUR la transfusion de produits sanguins (sinon l'albumine éventuellement…) est devenue historique, ou exceptionnelle (incarcération de plusieurs heures prévisible). ISA : pour faire le diagnostic en urgence préhospitalière, voir le Dr House… En urgence vitale, il s'agit du diagnostic différé lors d'une prise en charge d'un collapsus avec ou sans signes de déshydratation … (URA797)

Prendre en charge une thrombophlébite, une embolie pulmonaire

La pose de l'indication du filtre cave est le domaine du chirurgien vasculaire (MSH179)

Les indications du filtre cave restent du domaine très spécialisé, néanmoins évoquer d'adresser le patient au spécialiste en vue de ce geste et donc en connaître les principales indications semble cohérent (MSH1710)

2 et 3, pas en MG … (URA797)

Prendre en charge des malaises, syncopes et lipothymies

Pas « toutes les indications », je ne suis pas rythmologue (MSA173)

Concernant les BAV3 et les pauses électriques cardiaques : oui. Concernant les insuffisances cardiaques terminales avec ACFA et souhait d'introduire un bétabloquant : domaine du spécialiste (MSH1710)

Urgences respiratoires

Prendre en charge une dyspnée

Pneumothorax minime peut bénéficier d'une prise en charge ambulatoire si patient compliant (MSH178)

Concernant l'EP non grave : sa gestion deviendra à l'avenir exclusivement ambulatoire. Y être sensibilisé me semble important. Pour l'anémie : un grand nombre de patients avec une anémie biologique avec plus ou moins de retentissement clinique sont adressés aux urgences au lieu d'organiser une transfusion en hôpital de jour par exemple : la reconnaissance de la gravité de l'anémie semble plus judicieuse comme objectif que sa prise en charge effective (MSH1710)

L'embolie pulmonaire est un diagnostic hospitalier en ville il n'y a que des suspicions… Pour une anémie sévère tout dépend de sa tolérance (j'ai déjà assumé des hémoglobines à 7g/dl sur des tableaux chroniques). Pour le pneumothorax, le seul vrai tableau urgent (et déjà vécu personnellement) est le pneumothorax suffocant pour lequel il est impératif de poser un cathéter salvateur. Le reste est du domaine hospitalier (URA173)

Urgences abdominales

Instaurer un traitement adapté à l'urgence abdominale

Urgence de la première heure ? (MSA173)

3/ : non ; savoir poser soi-même la sonde nasogastrique. Ou alors ce n'est plus une urgence (URA797)

Urgences infectieuses

Identifier les syndromes fébriles à haut risque

Méningite : prise en charge initiale par ceftriaxone, ensuite admission aux urgences. Neutropénie fébrile : en liaison avec le spécialiste (MSH178)

Pour ce qui concerne la méningite, ma réponse est liée au fait que devant toute suspicion de méningite en tant que médecin isolé, je me dois de débuter une antibiothérapie avant d'adresser en urgence le patient à l'hôpital en ayant prévenu le centre 15 pour la régulation de la prise de en charge. Pour l'endocardite infectieuse, comment un médecin isolé peut en faire le diagnostic et donc la prise en charge ? (URA173)

Identifier les situations d'urgence infectieuse

Toxidermie : situations très atypiques … (URA797)

Urgences uro-génitales et gynécologiques

Prendre en charge les urgences génitales de l'homme

A adresser aux spécialistes sans perdre de temps (MSH179).

Pour le priapisme, je n'en n'ai pas une grande expérience. Pour les traumatismes en revanche, un bilan par un urologue s'impose (URA173)

Prendre en charge les urgences gynécologiques et obstétricales

Après un petit détour sur internet pour découvrir le HELLP syndrome, je me sens moins ignorant (MSA173)

Début et relais (MSA791)

Situations à vite orienter, faire le diagnostic OK mais orienter rapidement vers une structure adaptée et mettre en route la thérapeutique d'urgence sans perdre de temps (MSH179)

Concernant MAP, pré-éclampsie, éclampsie, GEU avec état de choc : reconnaître la situation ou la suspicion de situation et déclencher les moyens médicaux lourds (SMUR) (MSH1710)

Oui dans la prise en charge préhospitalière avec les moyens du médecin généraliste au cabinet ou à domicile, en attendant l'arrivée d'un SMUR ou avant leur hospitalisation (URA161)

Pour toutes les urgences obstétricales, c'est une prise en charge avant transport aux urgences. Pour la GEU, la seule difficulté c'est d'y penser pour adresser la femme aux urgences. Désolé mais je ne sais pas ce que signifie un HELLP syndrome (URA173)

Le HELLP syndrome impose une argumentation biologique. Donc savoir l'évoquer plutôt que « prendre en charge » en MG (URA797)

Urgences traumatologiques

Prendre en charge un polytraumatisé

Nécessité d'une équipe SMUR, pour le début de la prise en charge, nécessité de matériel spécialisé (MSH178)

On s'oriente là vers les formations initiales et d'application des SSSM des SDIS… ! (URA797)

Prendre en charge un polytraumatisé

Oui tout cela en tant que médecin généraliste au cabinet ou en préhospitalier en attendant une équipe SMUR (URA161)

Pour cela, il faut que la pratique médicale intègre un peu d'activité d'urgence et que le praticien sorte un peu de son cabinet de consultation et accepte cette mission (URA173)

Gamma TS : pas de recommandation de rang A ni B à la prise en charge initiale. Pas de consensus. Faut-il donc en faire un objectif de compétence, ou une simple information sur l'absence de certitude actuelle en l'espèce ? (URA797)

Urgences toxicologiques

Identifier les principales intoxications aiguës

Les 3 derniers items sont-ils accessibles en médecine ambulatoire ? (MSH1710)

Hors sujet pour un praticien de ville (URA173)

Soit on reçoit des résultats pour un sujet peu symptomatique, non urgent, soit l'urgence est symptomatique, et l'hospitalisation médicalisée s'impose en urgence. Les seules valeurs « gazométriques » disponibles en extrahospitalier immédiat sont de taux de SpO2 (oxymètre de pouls facilement disponible) et le taux de SpCO et SpCO2 (dispositifs rarement acquis et coûteux en médecine générale) (SSSM, SMUR) (URA797)

Prendre en charge (initialementà les principales intoxications

Les intoxications sont du ressort de l'hôpital (URA173)

On touche déjà à la réanimation. L'objectif est pour l'enseignant : être simple et efficace ! (URA797)

Urgences neurologiques

Prendre en charge un accident vasculaire cérébral (AVC)

La thrombolyse des AVC : vaste discussion avec toujours des désaccords entre les neurologues ... (MSH179)

La prise en charge de l'AVC est maintenant très claire, il faut un passage dans les 4 heures dans une UNV. La seule plus-value d'un médecin sur place, à la condition qu'il ne fasse perdre de temps, c'est de vérifier qu'il ne s'agit pas d'une hypoglycémie (le Glucosé 30% est plus efficace dans ce cas que la métalyse) et la recherche d'un trouble du rythme par un ECG qui pourrait être labile et ne plus apparaître à l'arrivée à l'UNV (URA173)

La prise en charge de l'AVC est maintenant très claire, il faut un passage dans les 4 heures dans une UNV. La seule plus-value d'un médecin sur place, à la condition qu'il ne fasse perdre de temps, c'est de vérifier qu'il ne s'agit pas d'une hypoglycémie (le Glucosé 30% est plus

efficace dans ce cas que la métalyse) et la recherche d'un trouble du rythme par un ECG qui pourrait être labile et ne plus apparaître à l'arrivée à l'UNV (URA173)

2/ : un AVC s'hospitalise… de suite si possible ! (URA797)

Prendre en charge les céphalées à haut risque

PL ??? (URA797)

Urgences environnementales et circonstancielles

Prendre en charge une hypothermie

Savoir alerter (MSA791)

L'évaluation de l'hypothermie nécessite un thermomètre capable de mesurer des températures basses. Attention à un réchauffement externe isolé qui a un effet inverse (URA173)

Prendre en charge une électrisation

2/ je ne vois pas l'objectif. Sujet vaste ou question trop floue ? (URA797)

Prendre en charge une brûlure

Toujours dans le cadre des premières minutes avant l'arrivée d'un SMUR. Les apports des 30 premières minutes oui mais pas d'intérêt des 24 premières heures. Les 2-3 premières heures, c'est déjà bien (URA161)

En pratique commencer avant le transport un remplissage vasculaire en indiquant les quantités administrées. Le calcul de la formule avec 4ml/Kg par % surface corporelle brûlée sera fait en milieu spécialisé. En effet il ne tient compte que des surfaces brûlées au 2ème et 3ème degré. Evaluation impossible à réaliser sur place. C'est vraiment affaire de spécialiste (URA173)

2/ il faut espérer que les secours vont arriver avant… La première heure, ce sera déjà bien (URA797)

Urgences psychiatriques

Prendre en charge un patient agité ou violent

Contention physique : en connaitre les modalités, la réglementation et la mise en œuvre (MSH1710)

1/ on apprend justement à ne pas le faire, et laisser les forces de l'Ordre agir… (URA797)

Urgences ophtalmologiques

Prendre en charge les principales urgences ophtalmologiques

Une cataracte est-elle une urgence ? La compétence prise en charge d'un corps étranger palpébral ou oculaire n'aurait-elle pas sa place ici ? (MSA173)

Alerter et envoyer (MSA791)

Toujours dans le même contexte (URA161)

Chacun son métier… Pour les soins d'urgence, oui pour un lavage immédiat en cas de brûlure chimique. Oui aussi pour l'ablation le plus tôt possible d'un éclat de limaille sur la cornée activité très fréquente en milieu rural (URA173)

3/ Où est l'urgence ? (URA797)

Urgences métaboliques et endocriniennes

Prendre en charge les troubles de l'équilibre hydroélectrolytique

Les identifier (MSA791)

Faire une recherche étiologique (MSH179)

Tout cela en fonction du tableau clinique et de la gravité des troubles (URA173)

Fonction des diagnostics possibles ECG, cliniques, ou biologiques (URA797)

Prendre en charge les troubles de l'équilibre acido-basique

En fonction de l'état général (MSA791)

Ne pouvant pas faire de gaz du sang en ville, la prise en charge est limitée (URA173)

Prendre en charge les urgences diabétologiques

Il faut savoir y penser et avoir de quoi le diagnostiquer (URA173)

Prendre en charge les autres urgences endocriniennes

Reconnaître, alerter (MSA791)

Avant tout faire le diagnostic, sur le papier c'est plus facile ! (MSH179)

Toujours le même problème d'y penser pour pouvoir débuter la prise en charge (URA173)

Urgences onco-hématologiques

Identifier les urgences transfusionnelles et coagulation sanguine

J'ai fait dans un passé « lointain » des actes de transfusions de dérivés du sang à domicile. Aujourd'hui il faut rester dans un milieu sécurisé avec du personnel formé (URA173)

2/ en ambulatoire ? (URA797)

Reconnaître les urgences onco-hématologiques

Reconnaître la péricardite à 100% serait déjà une belle réussite : pourquoi tumorale seulement ? Dans la première heure, affirmer qu'un syndrome est paranéoplasique si le diagnostic de cancer n'a pas encore été posé, alors là je dis bravo (MSA173)

Urgences pédiatriques

Prendre en charge les urgences néonatales

En SMUR (MSH179)

Si le médecin participe à des accouchements extrahospitaliers (URA173)

Prendre en charge les principales urgences pédiatriques

Asthénie et troubles alimentaires chez l'enfant sont-ils des urgences de la première heure ? (MSA173)

A orienter car très particulier (MSH179)

Urgences dermatologiques

Prendre en charge les urgences dermatologiques

Dans l'urgence et à orienter rapidement (MSH179)

Compétences gestuelles

Gestes à visée diagnostique

Certains gestes sont à apprendre auprès du spécialiste ; je doute que beaucoup de MG sachent faire un examen ophtalmologique (MSH179)

Pourquoi faire une PL hors d'une structure hospitalière ? Attention à un réalignement de fracture sans radio … (URA173)

Compétences analytiques

Examens de biologie courante

Savoir prescrire, interpréter ou savoir réaliser techniquement l'analyse? (MSA173)

Pour en faire quoi ? (URA173)

Examens d'imagerie courants

Savoir prescrire, interpréter ou savoir réaliser techniquement l'analyse ? (MSA173)

Les examens radiologiques sont toujours interprétés par le radiologue qui le réalise. Intérêt de la question ?? Intérêt de la première ligne pour poser la bonne indication ? (MSH172)

Radio du crâne obsolète sauf myélome des os et suspicion de maltraitance (MSH173)

Scanner pelvien : examen de rentabilité médiocre. Peut-être remplacer cet item par IRM pelvienne (MSH1710)

Quelle est la question ? Savoir poser l'indication en urgence de … Ou savoir interpréter le… (URA797)

Autres objectifs pédagogiques proposés

Peut-être des choses plus simples mais plus courantes dans le domaine de l'ambulatoire : utiliser un défibrillateur externe, poser une voie veineuse périphérique, faire une suture cutanée, enlever un corps étranger cutané type hameçon. Compétences que nos internes ont de moins en moins (MSA173)

Gestion d'un diabète, protocole d'insuline en fonction du traitement ? Adapter le traitement aux glycémies. Savoir rajouter une insuline rapide de façon ponctuelle. Traiter un surdosage aux anticoagulants (MSH172)

Savoir organiser son examen clinique (ABCD + E) de bilan d'urgence vitale. Savoir structurer son bilan circonstanciel et son anamnèse. Je n'oserais dire… savoir TOUCHER les patients (URA797)

Remarques, suggestions, commentaires …

Globalement quand la question est « prendre en charge » et que la seule réponse me semble être d'adresser au spécialiste ou hospitalisé, j'ai mis non. Lorsqu'il y a « identifier et prendre en charge » et que j'adresserai, j'ai mis oui pour le côté identifier … Je trouve que beaucoup de réponses ne sont pas évidentes car pas ou peu prise en charges en ambulatoire en dehors de savoir orienter … (MSA171)

Ne confondez pas médecine générale première entrée dans le système de soin y compris urgences et réanimation sur les lieux (MSA791)

Encore une fois, liste très longue d'objectifs difficilement réalisables en 6 mois de stage. Bon courage ! (MSH1710)

Question : quelle est la durée envisageable allouée par la Faculté à ce module de formation aux urgences ? (il faudra là aussi prioriser les urgences !) (URA797)

Annexe 8 Questionnaire du tour 3

Questionnaire tour 3

Mesdames et messieurs les experts.

Pour mémoire, l'étude MEDURG est consacrée à l'élaboration d'une liste d'objectifs pédagogiques pertinents pour l'acquisition des compétences à prendre en charge les situations d'urgence en médecine générale ambulatoire. Il s'agit d'un outil destiné aux formateurs encadrant les IMG en stage aux urgences. Le deuxième tour de la procédure DELPHI a permis de dresser une liste de 202 objectifs consensuels pour les 26 experts qui ont renvoyé le questionnaire.
Alors que le premier tour avait permis de classer une majorité d'objectifs, le second tour n'a permis qu'une réduction de moins de 7% des items proposés. Par ailleurs, aucune proposition nouvelle n'a été émise par les experts. Après avis du comité de pilotage (Dr FRECHE, Dr BRABANT), il a été décidé de ne pas réaliser de troisième tour avec ces mêmes modalités. Le dernier tour consistera donc en la lecture de la liste formalisée et le choix de la validation ou de la non validation de la liste qui vous est proposée.
Pour des raisons pratiques, la validation peut se faire par retour de mail en explicitant votre choix :

- soit « je valide la liste d'objectif déterminée par le panel d'experts de l'étude MEDURG »
- soit « je ne valide pas la liste d'objectif déterminée par le panel d'experts de l'étude MEDURG »
- éventuellement, préciser les objectifs pour lesquels vous souhaiteriez émettre une réserve et pourquoi ….

Afin de vous prononcer, veuillez considérer qu'il s'agit d'une base de travail pour le développement d'un programme de formation, et non d'un engagement de votre part à valider séparément chaque item pour chacun des internes encadrés … En effet :

- une même situation clinique peut être l'opportunité d'explorer plusieurs items de la liste
- les items mis en jeu dépendent de la prévalence locale des situations cliniques

In fine, il vous est demandé de vous prononcer globalement (puisque chaque item a déjà été retenu par les experts du panel) quant à la pertinence de la liste en contexte d'apprentissage des IMG en stage aux urgences en gardant à l'esprit la finalité d'application en milieu ambulatoire.

Date limite de réponse : 19/10/2014

En vous remerciant pour votre participation.

Eric HAMEL, auteur
Dr Bernard FRECHE, Maitre de conférences Associé de Médecine Générale
Dr Yann BRABANT, Chef de Clinique universitaire de Médecine Générale

Les objectifs pédagogiques suivants ont été identifiés et classés à l'issue de 2 tours d'une procédure Delphi impliquant successivement 36 puis 26 médecins répartis en 3 groupes :

- groupe 1 : enseignants de médecine générale, maîtres de stage ambulatoire (MSA)
- groupe 2 : urgentistes hospitaliers, maitres de stage hospitalier (MSH)
- groupe 3 : urgentistes ambulatoires (URA)

L'adhésion à chaque objectif proposé a été notée sur une échelle de Likert en 7 points, allant de « pas du tout pertinent » à « tout à fait pertinent ». Pour être retenu, un objectif devait avoir reçu au moins 75% des notes 6 et 7 sur l'ensemble du panel d'experts interrogés. Les objectifs ainsi retenus ont été classés, en fonction de la force du consensus, en :

- objectifs de 1ère catégorie ou objectifs prioritaires qui ont reçu au moins 75% de notes 6 et 7 dans chacun des 3 groupes
- objectifs de 2ème catégorie qui ont reçu au moins 75% de notes 6 et 7 dans 2 des 3 groupes
- objectifs de 3ème catégorie qui ont reçu au moins 75% de notes 6 et 7 dans 1 des 3 groupes

Légendes :

Obj.	Objectif pédagogique de 1ère catégorie (prioritaire)
Obj.	Objectif pédagogique de 2ème catégorie
Obj.	Objectif pédagogique de 3ème catégorie
	Fréquence de notes 6 et 7 ≥ 75%
	Fréquence de notes 6 et 7 < 75%

Les fréquences marquées d'un * résultent du second tour Delphi (N2 = 26 et non plus N1 = 36)

Compétences générales	**MSA**	**MSH**	**URA**	**%**
Adapter les traitements à la situation du patient (insuffisance rénale, hépatique, …)				**97,2**
Identifier les situations nécessitant l'intervention de moyens lourds (SMUR)				**96,2***
Intégrer le rapport bénéfice/risque à sa démarche thérapeutique				**94,4**
Hiérarchiser les situations en fonction du degré d'urgence (absolue, relative, différée, vitale, fonctionnelle)				**92,3***
Elaborer une stratégie diagnostique adaptée et argumentée				**88,9**
Elaborer une stratégie thérapeutique adaptée et argumentée				**88,9**
Formuler des hypothèses diagnostiques				**88,9**
Evaluer l'efficacité, la tolérance et l'innocuité du traitement instauré				**88,9**
Evaluer et prendre en charge le risque iatrogène				**86,1**
Reconnaître ses limites diagnostiques et solliciter un avis spécialisé à bon escient				**91,7**
Reconnaître ses limites thérapeutiques et solliciter un avis spécialisé à bon escient				**91,7**
Reconnaitre et exposer les signes de gravité patents ou potentiels pour chaque situation				**91,7**
Remettre en cause des résultats d'examens discordants				**86,1**
Prescrire les examens complémentaires de façon ciblée en situation d'urgence				**84,6***
Formuler des diagnostics de situation				**77,8**
Intégrer le rapport bénéfice/risque à sa démarche diagnostique				**77,8**
Prescrire des conseils de prévention				**77,8**
Présenter le dossier de façon synthétique au maître de stage				**83,3**
Interpréter si possible les résultats des examens prescrits				**77,8**
Recourir aux recommandations et protocoles validés scientifiquement				**77,8**

Compétences transversales pour les situations d'urgence en médecine générale	MSA	MSH	URA	%
Reconnaître immédiatement les signes d'instabilité ou de décompensation imminente				100
Face à une détresse patente, initier la prise en charge en urgence				97,2
Reconnaître les indications d'hospitalisation en fonction d'hypothèses diagnostiques				97,2
Evaluer l'état clinique et la stabilité des fonctions vitales (cardio, pneumo, neuro)				94,4
Communiquer avec le médecin traitant				91,7
Alerter (ou faire alerte) sans délai le maître de stage de la survenue d'une détresse vitale				91,7
Impliquer les autres spécialistes en notifiant ses attentes et le niveau d'urgence du recours				88,9
Impliquer les paramédicaux requis par l'état du patient				86,1
Identifier les situations nécessitant le transfert en milieu spécialisé				86,1
Appliquer les dispositions réglementaires en situation d'urgence (secret professionnel)				84,6*
Evaluer l'autonomie du patient				91,7
Favoriser une communication verbale associée à la transmission écrite				88,9
Considérer les valeurs et le contexte de vie du patient dans les décisions médicales				86,1
Tenir correctement le dossier médical du patient admis aux urgences				83,3
Rechercher de manière active les données sur l'évolution du patient auprès des soignants				83,3
Mobiliser les ressources en fonction de la répartition des intervenants, publics (hôpital, pompiers, spécialistes hospitaliers, …) ou privés (ambulanciers, spécialistes ambulatoires, …)				76,9*
Communiquer de façon adaptée avec les forces de l'ordre (police, gendarmerie)				76,9*
Identifier le fonctionnement de l'Aide Médicale Urgente (AMU : SAMU, SMUR, Urgence)				76,9*
Gérer un refus de traitement ou d'hospitalisation exprimé par le patient				76,9*
Constater un décès				75

Réanimation cardio-respiratoire	MSA	MSH	URA	%
Diagnostiquer un arrêt cardiorespiratoire chez l'adulte				97,2
Libérer les voies aériennes supérieures				97,2
Diagnostiquer un arrêt cardiorespiratoire chez l'enfant				94,4
Diagnostiquer un arrêt cardiorespiratoire chez le nourrisson				91,7
Appliquer les recommandations validées pour la RCP				91,7
Utiliser un défibrillateur semi-automatique				86,1
Utiliser les médicaments utiles pour la RCP				80,6
Arrêter les soins à visée curative (reconnaître une situation palliative)				76,9*
Reconnaître l'indication d'un accès vasculaire veineux périphérique				75
Communiquer avec la famille et l'impliquer dans les choix				75

Analgésie	MSA	MSH	URA	%
Soulager efficacement une douleur en contexte d'incertitude diagnostique				97,2
Adapter le traitement antalgique au type de douleur identifiée				91,7
Identifier la douleur comme une priorité de prise en charge				91,7
Identifier une douleur neuropathique				86,1
Identifier une douleur par excès de nociception				83,3
Surveiller un patient sous morphiniques				83,3
Identifier une douleur psychogène				77,8
Prescrire les co-analgésiques (corticoïdes, spasmolytiques, etc.)				75

Urgences cardiovasculaires	MSA	MSH	URA	%
Orienter rapidement le patient dans la filière adaptée (Centre 15, urgences, USIC)				100
Identifier les signes évocateurs de thrombophlébite				100
Identifier les signes évocateurs d'embolie pulmonaire				100
Identifier les signes évocateurs d'une ischémie aigüe de membre				100
Identifier les facteurs de risque cardiovasculaire global				97,2

Expliquer au patient les principes du traitement anticoagulant (modalités, surveillance)				**97,2**
Identifier les modifications ECG orientant vers un SCA				**94,4**
Faire le diagnostic étiologique d'un malaise, d'une syncope, d'une lipothymie				**94,4**
Faire le diagnostic différentiel d'une douleur thoracique				**91,7**
Distinguer urgence hypertensive et hypertension mal tolérée				**91,7**
Orienter le patient en fonction de la cause de l'urgence hypertensive				**88,9**
Administrer le traitement de l'anaphylaxie				**86,1**
Initier un remplissage vasculaire				**83,3**
Distinguer urgences hypertensives essentielles et secondaires (AVC, iatrogénie, douleur)				**83,3**
Planifier le suivi du patient (bilan, consultations, etc.)				**83,3**
Identifier les présentations atypiques d'un SCA				**77,8**
Prescrire le repos au lit				**76,9***
Adapter le traitement hypotenseur à l'hypothèse diagnostique et au terrain				**76,9***
Evoquer une origine psychogène comme diagnostic d'élimination				**75**

Urgences respiratoires	**MSA**	**MSH**	**URA**	**%**
Prendre en charge une exacerbation de BPCO				**94,4**
Prendre en charge une inhalation de corps étranger				**91,7**
Prendre en charge une crise d'asthme				**91,7**
Prendre en charge un OAP				**91,7**
Faire le diagnostic étiologique d'une dyspnée				**88,9**
Distinguer l'hyperventilation psychogène de la détresse respiratoire				**86,1**

Urgences abdominales	**MSA**	**MSH**	**URA**	**%**
Prioriser les hypothèses diagnostiques chez le patient âgé				**86,1**
Prioriser les hypothèses diagnostiques chez la femme en âge de procréer				**86,1**
Prioriser les hypothèses diagnostiques chez l'enfant				**83,3**
Rechercher des signes d'irritation péritonéale				**80,6**
Argumenter l'indication et le choix d'une antibiothérapie adaptée				**77,8**

Urgences infectieuses	**MSA**	**MSH**	**URA**	**%**
Identifier les patients vulnérables (jeunes enfants, personnes âgées, immunodéprimés, comorbidités, voyageurs, vie en communauté, toxicomanes IV, etc)				**100**
Prendre en charge une fièvre au retour d'un pays en zone d'endémie palustre				**75**

Urgences uro-génitales et gynécologiques	**MSA**	**MSH**	**URA**	**%**
Prendre en charge une colique néphrétique				**94,4**
Prescrire une contraception d'urgence				**91,7**
Prendre en charge une rétention aigue d'urines				**86,1**
Prendre en charge une douleur scrotale aiguë				**86,1**
Gérer une exposition au risque de transmission d'une infection sexuellement transmissible				**86,1**
Prendre en charge et orienter les victimes d'agression sexuelle				**77,8**

Urgences traumatologiques	**MSA**	**MSH**	**URA**	**%**
Donner les consignes de surveillance au patient porteur d'un plâtre				**94,4**
Rechercher les complications immédiates des fractures				**91,7**
Choisir une position d'attente adaptée au traumatisme				**91,7**
Prendre en charge les lésions des tissus mous (brulures, plaies, déchirures musculaires)				**88,9**
Réaliser un bilan lésionnel clinique				**88,9**
Appliquer/contrôler le calendrier vaccinal				**80,8***
Rechercher le statut vaccinal antitétanique du patient porteur d'une plaie				**91,7**
Prendre en charge les lésions ostéo-articulaires (fractures, luxations, entorses)				**75**

Urgences toxicologiques	MSA	MSH	URA	%
Contacter le centre antipoison				91,7

Urgences neurologiques	MSA	MSH	URA	%
Prendre en charge des céphalées aiguës				97,2
Prendre en charge des vertiges				97,2
Orienter rapidement le patient dans la filière spécialisée (UNV) devant un AVC				97,2
Prendre en charge la crise migraineuse				91,7
Prendre en charge des convulsions				86,1
Prendre en charge des troubles de l'équilibre				86,1
Instaurer sans délai l'antibiothérapie devant une méningite				86,1
Discuter les diagnostics différentiels des céphalées aiguës				83,3
Discuter les diagnostics différentiels de l'AVC				80,6
Prendre en charge des patients présentant des signes neurologiques focaux				80,6
Prendre en charge les états confusionnels aigus				80,6
Orienter rapidement si nécessaire le patient dans la filière neurochirurgicale				77,8

Urgences environnementales et circonstancielles	MSA	MSH	URA	%
Prendre en charge une piqûre d'insecte/animal				91,7
Prendre en charge une morsure d'insecte/animal				88,9
Identifier les situations à risque d'évolution défavorable				83,3
Evaluer la surface corporelle brûlée et la sévérité d'une brûlure				86,1
Prendre en charge la déshydratation, le coup de chaleur				80,6

Urgences psychiatriques	MSA	MSH	URA	%
Reconnaître et évaluer le risque suicidaire				91,7
Veiller à la sécurité du patient, de l'entourage et du personnel soignant				91,7
Identifier un abus de substances illicites				83,3
Rédiger une demande d'hospitalisation sous contrainte				83,3
Gérer la communication visant à diminuer la tension interne du patient				77,8
Reconnaître un syndrome démentiel				80,6
Prendre en charge les troubles anxieux				77,8
Reconnaître le nomadisme médical				77,8

Urgences ophtalmologiques	MSA	MSH	URA	%
Orienter rapidement le patient vers la filière spécialisée si bi nécessaire				100
Prendre en charge un œil rouge et/ou douloureux				80,6

Urgences ORL	MSA	MSH	URA	%
Identifier l'inhalation d'un corps étranger des voies aériennes supérieures				97,2
Prendre en charge une otalgie aiguë				94,4
Prendre en charge les principales infections ORL				94,4
Prendre en charge une épiglottite				75

Urgences métaboliques et endocriniennes	MSA	MSH	URA	%
Corriger une hypoglycémie grave persistante				88,9

Urgences onco-hématologiques	MSA	MSH	URA	%
Gérer l'allongement de l'INR selon les recommandations validées				97,2
Identifier les patients possiblement immunodéprimés				86,1
Reconnaitre les indications de transfusion sanguine				80,6

Urgences allergiques	MSA	MSH	URA	%
Prendre en charge une urticaire				100
Identifier la gravité patente ou potentielle d'une réaction allergique				97,2
Informer le patient (recherche d'allergène, conduite à tenir en urgence)				97,2
Prendre en charge un œdème de Quincke				91,7
Reconnaître et prendre en charge un choc anaphylactique				91,7
Orienter le patient vers une consultation d'allergologie				91,7
Prendre en charge un bronchospasme				88,9
Prescrire un dispositif d'auto-injection d'adrénaline				88,9

Urgences gériatriques	MSA	MSH	URA	%
Identifier l'épuisement de l'entourage d'un patient dément				97,2
Identifier les situations de rupture du maintien à domicile				94,4
Identifier les personnes âgées victimes de maltraitance				91,7
Prendre en charge le risque de chute chez la personne âgée				86,1
Prendre en charge la confusion chez la personne âgée				86,1
Prendre en charge les troubles cognitifs chez la personne âgée				83,3

Urgences pédiatriques	MSA	MSH	URA	%
Prendre en charge une otalgie chez l'enfant				97,2
Prendre en charge une toux aiguë chez l'enfant				97,2
Prendre en charge un asthme chez l'enfant				94,4
Prendre en charge une bronchiolite				94,4
Identifier la maltraitance d'un enfant				94,4
Faire un signalement d'enfant en danger				94,4
Prendre en charge la fièvre chez l'enfant				94,4
Prendre en charge une douleur abdominale chez l'enfant				91,7
Prendre en charge une éruption cutanée chez l'enfant				91,7
Prendre en charge les vomissements de l'enfant				88,9
Prendre en charge une crise convulsive chez l'enfant				86,1
Prendre en charge une céphalée chez l'enfant				83,3
Prendre en charge une diarrhée, une déshydratation aiguë chez l'enfant				83,3
Prendre en charge une odinophagie chez l'enfant				80,6
Prendre en charge une douleur scrotale aiguë chez le garçon				80,6
Prendre en charge un œil rouge et/ou douloureux chez l'enfant				77,8

Urgences dermatologiques	MSA	MSH	URA	%
Identifier les éléments de gravité des affections dermatologiques				80,6
Prendre en charge les éruptions cutanées de l'adulte				77,8

Compétences gestuelles	MSA	MSH	URA	%
Prise des constantes vitales : pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, température, …				97,2
Position latérale de sécurité (PLS)				97,2
Techniques de libération des voies aériennes supérieures				97,2
Massage cardiaque externe				97,2
Position adaptée dans l'attente des secours				94,4
Injection sous-cutanée				94,4
Injection intramusculaire				94,4
Examen clinique ciblé sur le motif de recours urgent				91,7
Injection intraveineuse				91,7
Anesthésie locale				86,1
Parage et suture de plaie superficielle				86,1
Evacuation d'un hématome sous-unguéal				86,1

Injection intrarectale chez l'enfant				**91,7**
Oxygénothérapie				**88,9**
Ventilation au ballon autoremplisseur				**83,3**
Perfusion intraveineuse				**83,3**
Défibrillation semi-automatique				**83,3**
Perfusion sous-cutanée				**77,8**
Monitorage du patient (ECG, PA, SpO2)				**75**

Compétences analytiques	**MSA**	**MSH**	**URA**	**%**
Glycémie				**97,2**
Bilan de la fonction rénale				**97,2**
Bilan de la coagulation sanguine				**97,2**
Bilan hépatique				**97,2**
Bandelette urinaire				**97,2**
Glycémie capillaire				**97,2**
Hémogramme				**94,4**
Ionogramme sanguin				**94,4**
Bilan pancréatique				**94,4**
ECG 12 dérivations				**94,4**
Débit expiratoire de pointe				**91,7**
Bilan phosphocalcique				**86,1**
Radiographie pulmonaire				**88,9**
Radiographie articulaire, des membres, du rachis, des ceintures				**83,3**
Marqueurs myocardiques				**77,8**
Gril costal				**77,8**
Echographie abdominale				**77,8**
Echo-doppler veineux des membres inférieurs				**77,8**
Echographie pelvienne				**75**
Scanner cérébral				**75**
Scanner rachidien				**75**
Scanner thoracique				**75**
Scanner abdominal				**75**
Microbiologie (ECBU, hémocultures, etc.)				**75**

Annexe 9 Résultats du tour 3

Résultats quantitatifs

Groupe	Effectifs	Réponses	Taux brut
MSA	5	5	100%
MSH	13	8	61,5%
URA	8	8	100%
Total	26	21	**80,8%**

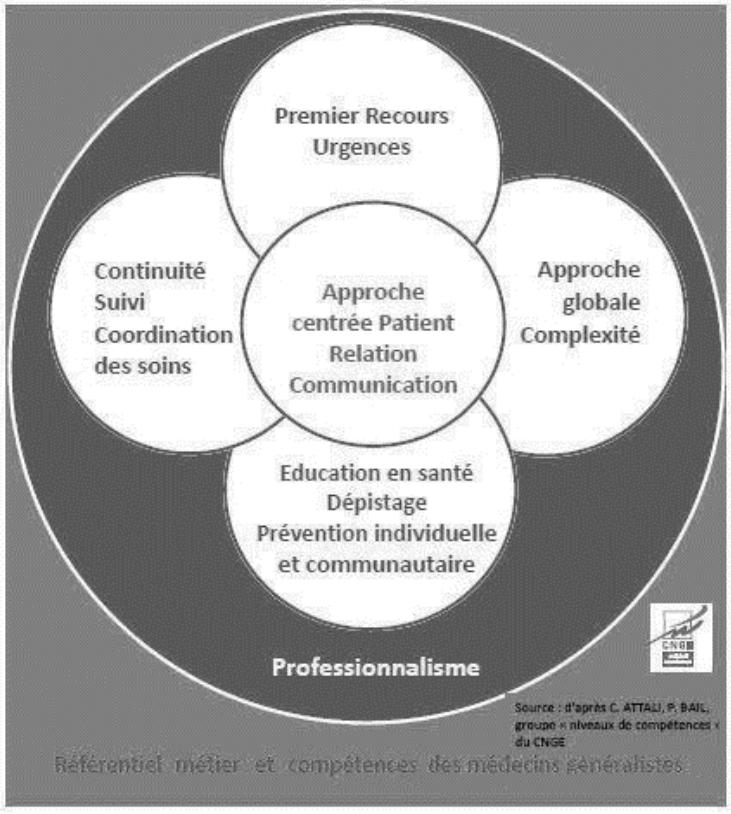
Résultats qualitatifs : réserves et précisions

"La connaissance et l'utilisation du DSA me paraît être un objectif principal" (MSH178).

"Je valide la liste, globalement d'accord avec les réponses mais il est impossible d'être d'accord pour toutes, ce qui fait aussi la richesse de notre profession" (MSH179).

"Pour ma part je valide la liste mais souhaiterait que pour son utilisation, les items adoptés ne soient plus classés par ordre de validation mais par ordre logique : par exemple diagnostic avant thérapeutique, etc…" (MSA171).

Annexe 10 Compétences et niveaux de compétence en médecine générale



Définition de la compétence « Premier recours, urgences »

Capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quel que soit son âgé, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

Description des niveaux de compétence

Niveau	Description du niveau
Novice *De l'entrée dans le DES à la moitié du stage de niveau 1*	• Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical. • Evoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats. • Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face.
Intermédiaire *De la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS*	• Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte. • Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais peine à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutient sous la forme de supervision pour se centrer patient. • Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient. • Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties. • Etend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure. • Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient.
Compétent *Fin de cursus / après le SASPAS*	• Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premiers recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leur résolution. • S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence des soins. • Fait des diagnostics de situation. • Evoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (suivi). • Evoque la possibilité de symptômes biomédicalement inexpliqués (SBI). • Elargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient. • Gère les urgences ressenties du patient. • Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités.

Bibliographie

1. Dictionnaire Larousse. Disponible à l'adresse http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgent/80706. Consulté le 18/10/2013.

2. Baccou R. Hippocrate. Edition Seghers. Paris 1970.

3. Barot F (1998). La Médecine d'Urgence : Evolution du concept de l'Antiquité au SAMU. Thèse : Médecine générale. Amiens : Université de Picardie Jules Verne. 96 p.

4. Baron D, Lejonc JL et Neimitz B. Proposition de maquette pour un DESC de médecine d'urgence. Document de travail, juillet 2001. Disponible à l'adresse http://www.sfmu.org/documents/kiosque/desc_medecine_urgence.pdf. Consulté le 04/08/2013.

5. Goyon M. Une typologie des recours urgents et non programmé à la médecine de ville. Solidarité et santé (1), 2006 :61-67.

6. Beslay N, Ferraud-Ciandet N, Lepori JC *et al*. Qu'est-ce qu'une urgence médicale ? Disponible à l'adresse http://droit-medical.com/actualites/evolution/208-urgence-medicale. Consulté le 04/08/2013.

7. SAMU-Urgences de France. Les premières assises de l'urgence : Comment garantir l'accès à des soins médicaux en urgence ? Disponible à l'adresse http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Riou_-_Assises_de_l_urgence_-_recommandations_de_Samu-Urgences_de_France.pdf. Consulté le 04/08/2013.

8. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU). Cahier des charges national pour l'informatisation des services d'urgence. Disponible à l'adresse http://www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/informatisation/cdc_sfmu_annexes_V1_1.pdf. Consulté le 04/11/2013.

9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale. Edition 2012 (articles R.4127-1 à R.4127-112 du Code de Santé Publique).

10. Article 223-6 du Code Pénal. Disponible à l'adresse http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417779. Consulté le 04/08/2013.

11. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. JORF n°82 du 8 avril 2005, page 6345.

12. WONCA Europe. La Définition Européenne de la Médecine Générale-Médecine de Famille. 2002.

13. Druais PL, Attali C, Frappe P. *et al*. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Document élaboré sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Edition Berger-Levrault. 2010.

14. Attali C, Huez JF, Valette T. *et al*. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer 2013 ;108 :165-9

15. Gerard WA, Staffer A, Bullock K. Family Physicians in Emergency Medicine : New Opportunities and Critical Challenges. *Ann Fam Med* 2010 ;8-564-565.

16. Article 5 de l'arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1998 modifié relatif à l'organisation du 3ème cycle des études médicales.

17. Bertrand F, résumé d'un mémoire de DEA préparé sous la direction du professeur Ralph Schor à la Faculté des Lettres de Nice. Disponible à l'adresse http://www.cg06.fr/cms/cg06/upload/decouvrir-les-am/fr/files/rr139-urgence.pdf consulté le 04/08/2013. Consulté le 08/11/2013.

18. Les urgences : le loch ness de la médecine. Bulletin de l'Ordre des Médecins. 1998/10; (8) : pp. 10-13.

19. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Marisol Touraine lance le chantier des urgences. Disponible à l'adresse http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiques,2322/marisol-touraine-lance-le-chantier,15265.html. Consulté le 10/11/2013.

20. Vigneron E. Les inégalités de santé dans les territoires de français. Elsevier-Masson. 2011.

21. Boelen C, Gomes J, Ladner J *et al.* Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine. Disponible à l'adresse http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-03-gcsa-french-pdf-style.pdf. Consulté le 15/10/2013. Consulté le 25/11/2013.

22. Roger C, Lefrant JY, Bousquet PJ *et al*. Formation des médecins généralistes aux gestes de réanimation d'urgence : Etude auprès des médecins généralistes de 4 départements du Sud de la France. *Press Med*, 2008 ; 37 :929-934.

23. Lechevrel A, Longo C, Le Conte P. La formation des médecins généralistes aux gestes et soins d'urgence en Loire Atlantique. Etat des Lieux. Disponible à l'adresse http://www.sfmu.org/urgences2012/urgences2012/donnees/communications/resume/resume_309.htm. Consulté le 29/10/2013.

24. Ringsted CV, Pallisgaard J, Falck G. Physicians' clinical skills after finishing internship. Ugeskr Laeger, 2002 ;164(24) :3211-5.

25. Sempowski IP. Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians. *Canadian Family Physician*, 2002 ; (48) :1464-72.

26. Weller J, Dowell A, Kliakovic M *et al*. Simulation training for medical emergencies in general practice. *Medical Education*, 2005, 39 :1143-72.

27. Toback SL. Medical Emergency Preparedness in Office Practice. *American Family Physician*, 2007 ; 75(11) :1679-84.

28. Audouin C, Bouzille G, Leloup M, Fanello S. La formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence et de premier secours reste sous-optimale en France. Pédagogie Médicale. 2013 ; 14(3) :229-231.

29. Hobgood C, Anantharaman V, Bandiera G *et al*. International Federation for Emergency Medicine model curriculum for medical student education in emergency medicine. *Int J Emerg Med*. 2010 March, 3(1):1-7.

30. Chapman DM, Hayden S, Sanders AB *et al*. Integrating the Accreditation Council for Graduate Medical Education Core competencies into the model of the clinical practice of emergency medicine. *Ann Emerg Med*, 2004 Jun;43(6):756-69.

31. 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. JORF n°0033 du 9 février 2011. Disponible à l'adresse http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023560798&dateTexte=&categorieLien=id. Consulté le 22/05/2013.

32. Le Coat A. Elaboration d'un outil d'évaluation des internes en stage aux urgences. Analyse des résultats et de l'outil. Mémoire de DIU de Pédagogie médicale. 2011. Université Paris 6. Disponible à l'adresse http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/Memoires%202011/2011%20PDF/Le%20Coat.pdf. Consulté le 22/05/2013.

33. Collège des Enseignants de Médecine Générale. Objectifs de stage d'urgence pour les internes de médecine générale. Faculté de médecine de Lille. Disponible à l'adresse www.lille.cnge.fr/IMG/pdf/OBJECTIFS_DE_STAGE_URGENCE.pdf. Consulté le 22/05/2013.

34. Vanpee D, Godin V, Pestiaux D *et al*. Stages dans un service d'urgence : réflexions sur leur apport spécifique dans la formation médicale de base. Pédagogie Médicale, 2003 ;4 :89-92.

35. Tews MC, Hamilton GC. Integrating Emergency Medicine Principles and Experience Throughout the Medical School Curriculum : Why and How. *Academic Emergency Medicine*, 2011 ;18 (10) :1072-1080.

36. Avegno JL, Murphy-Lavoie H, Lofaso DP *et al*. Medical students perceptions of an emergency medicine clerkchip : an analysis of self-assessment surveys. *Int J Emerg Med* 2010, 5 :25.

37. Woodland JH, Tudor GJ, Hafner JW *et al*. Core Practical Objectives : a means to standardize the 4th-year emergency medicine clerkship. *Teach Learn Med*, 2011 ;23(2) :161-6.

38. Lerouge P, Lerustre S, Cunin M *et al*. Objectifs de stages hospitaliers pour les internes de médecine générale. Exercer 2013 ;106 (suppl. 2) :605-15.

39. Marlier Y. Objectifs de formation des internes de médecine générale en stage de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et d'urgence à Lille. Thèse de Médecine. Lille. 2012.

40. Circulaire n°195/DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

41. Collet M., Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Etudes et Résultats. 2008 ; 625 :1-8.

42. Collet M., Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Etudes et Résultats, Drees 2007, n°607, novembre

43. Gouyon M., Labarthe G, 2006, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats », Drees, Etudes et Résultats, n°471

44. Kozanitis A, Les principaux courants théoriques de l'enseignement et de l'apprentissage : un point de vue historique. Bureau d'appui pédagogique. Ecole Polytechnique. 2005. Disponible à l'adresse http://www.ifpolytml.ca/tmp/docs/documents/historique_approche_enseignement.pdf. Consulté le 26/06/2014.

45. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M *et al*. Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. Exercer 2012; 103 :169-74

46. Compagnon L, Bail P, Huez JF *et al*. Les niveaux de compétence. Exercer 2013;108 :156-64.

47. Bloom B, Krathwohl D. The classification of educational goals, by a committee of college and university examiners. 1956. Ed. Longmans. New York.

48. Writing and Using Learning Outcomes : Guidance Note. Pages rédigées par le centre « Learning and Teaching Support » de l'Université de Cardiff. Disponible à l'adresse http://www.cardiff.ac.uk/learning/index.html. Consulté le 08/07/2014.

49. De la planification par objectifs à la formulation des compétences. DIU de pédagogie médicale. Faculté de médecine de Poitiers. 2013

50. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann LM *et al*. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84 :142-5.

51. Gouyon M, Les Urgences en Médecine Générale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Document de travail n°94 - avril 2006.

52. Penciner R, Langhan T, Lee R *et al*. Using a Delphi process to establish consensus on emergency medicine clerkship competencies. Med Teach. 2011;33(6):e333-9.

53. Penciner R, WOODS R-A, McEWEN J *et al*. Core competencies for emergency medicine clerkship : results of a Canadian consensus initiative. CJEM 2013;15(1):24-33.

54. Gerbeaux P, Zanin D, Torro D *et al*. Méthodologie d'élaboration d'un programme pédagogique pour l'apprentissage hospitalier de la médecine d'urgence. Pédagogie médicale 2003 ;4 :97-102.

55. Siraj N, Benerjee S, Cooper JC *et al*. Prioritisation of teahcing topics in obstetrics and gynaecology : a Delphi survey of postgraduate trainees. *J Obstet Gynaecol* 2011 ;31(8) :692-694.

56. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? exercer 2011 ;99 :170-7.

57. Keeney S, Hasson F, McKenna H. The Delphi Technique in Nursing end Health Research. Editions Wiley-Blackwell. 2011

58. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Le point de vue de l'usager sur les attributs de qualité de l'offre de soins en médecine générale : application de la méthode Delphi. Disponible à l'adresse http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Krucien.pdf. Consulté le 19/11/2013. Consulté le 11/11/2013.

59. Passelaigue M. L'immatériel, un moyen d'évaluer la mesure de la valeur de la PME de conseil, une application à la PME d'expertise comptable. Thèse "Sciences de gestion". Lyon 3. 2009. Disponible à l'adresse http://theses.univ-lyon3.fr/documents/getpart.php?id=lyon3.2009.passelaigue_m&part=241358. Consulté le 19/11/2013

60. Dalkey NC, Brown B, Cochran S. The Delphi method III : Use of self-ratings to improve group estimates. *Technological Forecasting*. 1970;1:283-291.

61. Département de médecine de famille et de médecine d'urgence. Cahier du programme de résidence en médecine de famille. Université de Montréal. 2013. Disponible à l'adresse http://www.medfam.umontreal.ca/etudes/residence_medecine_familiale/documents/cahier_du_programme_juillet2013_version_finale_maj28oct2013.pdf. Consulté le 19/10/2013.

62. Département de médecine familiale et de médecine d'urgence. Cahier des objectifs et des compétences du programme de résidence en médecine familiale de l'Université Laval en lien avec les rôles CanMEDS-MF. 2012. Disponible à l'adresse http://www.fmed.ulaval.ca/mfmu/fileadmin/documents/Programmes/Medecine_familiale/Cahier_de_programme_Juillet_2012.pdf. Consulté le 23/10/2013.

63. Gervaux A. Liste des objectifs d'apprentissage dans le Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques. 2011. Disponible à l'adresse http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/Memoires%202011/2011%20PDF/Le%20Coat.pdf. Consulté le 19/11/2013.

64. Collège des enseignants de médecine générale. Faculté de Médecine Henri Warembourg. Objectifs de stages d'urgence pour les internes de médecine générale. Disponible à l'adresse http://www.lille.cnge.fr/IMG/pdf/OBJECTIFS_DE_STAGE_URGENCE.pdf. Consulté le 19/11/2013.

65. Dalkey NC, Norman C, Toward a theory of group estimation, pages 237 à 261, in The Delphi method, collectif sous la direction de H.A. Linstone, M. Turoff, Addison Wesley Publishing Compagny Inc., 614 pages, 1975

66. Penciner R, Woods RA, McEwen J *et al*. Core competencies for emergency medicine clerkships : results of a Canadian consensus initiative. CJEM 2013 Jan ; 15(1) :24-33.

67. Décret n° 2013-412 du 17 mai 2013 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires. Art. 69. JORF n°0115 du 19 mai 2013. p 8370. Disponible à l'adresse http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027517141&categorieLien=id. Consulté le 01/10/2014.

68. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E *et al*. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. Des fondements à la pratique. exercer 2013 ;108 :171-7.

69. Meder JF, Dacher JN, Krause D. Faut-il une évaluation lors du troisième cycle ? J Radiol 2007 ;88 :527-8.

70. Ruesseler M, Weinlich M, Müller MP *et al*. Simulation training improves ability ti manage medical emergencies. Emerg Med J 2010 oct ;27(10) :734-8.

71. Der Sabakian G, Lecomte F, Kierzek G *et al*. Effectiveness of high fidelity simulation on EM residents in France. Disponible à l'adresse http://www.medesim.fr/doc/pdf/Poster-EUSEM-2010.pdf . Consulté le 10/08/2014.

72. Diplôme universitaire d'aptitude à la médecine d'urgence. Faculté de médecine de Bordeaux. Disponible à l'adresse http://www.u-bordeaux.fr/formation/PRSU013_1/diplome-d-universite-aptitude-a-la-medecine-d-urgence . Consulté le 01/11/2014.

73. Diplôme universitaire de médecine d'urgence en milieu hospitalier. Faculté de médecine Paris 7. Disponible à l'adresse http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-di/liste-des-du-et-diu/item/156-medecine-durgence-en-milieu-hospitalier . Consulté le 01/11/2014.

74. Diplôme universitaire de médecine d'urgence. Faculté de médecine de Nantes. Disponible à l'adresse http://www.univ-nantes.fr/26322741/0/fiche formation/&RH=1183788243864 . Consulté le 01/11/2014.

75. Diplôme interuniversitaire Apprentissage et perfectionnement en médecine d'urgence (Médecin correspondant du SAMU). Faculté de médecine de Montpellier. Disponible à l'adresse http://du.med.univ-montp1.fr/fmc/diu-apprentissage-et-perfectionnement-en-medecine-durgence-medecins-correspondants-du-samu-15.html. Consulté le 01/11/2014.

76. Diplôme interuniversitaire Urgences à domicile pour médecin généraliste. Faculté de médecine de Brest. Disponible à l'adresse http://du.med.univ-montp1.fr/fmc/diu-apprentissage-et-perfectionnement-en-medecine-durgence-medecins-correspondants-du-samu-15.html. Consulté le 04/06/2013.

77. Couraud F, Pruvot FR. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. Disponible à l'adresse http://isni.fr/wp-content/uploads/2014/04/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf. Consulté le 01/11/2014.

RESUME

INTRODUCTION : La formation des internes de médecine générale (IMG) comprend un semestre de médecine d'urgence. Aucun outil consensuel ne permet aux urgentistes hospitaliers de guider les étudiants. L'objectif principal de ce travail était l'élaboration d'une liste d'objectifs pédagogiques hiérarchisés et spécifiques pour la formation des IMG en stage de médecine d'urgence. L'objectif secondaire était l'obtention d'un consensus autour des objectifs retenus.

METHODE : Après une revue de la littérature, la méthode DELPHI modifiée consistait en l'administration itérative d'un questionnaire auprès de 36 praticiens, généralistes enseignants maitres de stage ambulatoire (MSA), urgentistes maitres de stage hospitalier (MSH) et urgentistes ambulatoires (URA). Quatre-cent deux objectifs étaient soumis aux experts qui en cotaient la pertinence avec une échelle de Likert en 7 points.

RESULTATS : Une liste consensuelle de 215 objectifs pédagogiques a pu être formalisée avec 120 objectifs prioritaires, 80 de deuxième catégorie et 12 de troisième catégorie. Peu de MSH étaient formés à la pédagogie médicale et utilisaient un outil dédié.

DISCUSSION : Une majorité d'objectifs prioritaires témoigne d'un consensus fort. Les forces de ce travail résident dans son caractère multicentrique et le nombre d'items. Les limites sont la sous-représentation des MSA, un taux de réponse globale de 43,7%, la sous-représentation de certains thèmes et l'absence de niveaux de compétence formalisés.

CONCLUSION : Notre étude a permis d'élaborer une liste consensuelle d'objectifs hiérarchisés et spécifiques pour la formation des IMG en stage aux urgences, dans une logique d'acquisition de compétences.

MOTS-CLES : médecine générale, médecine d'urgence, internes, objectifs pédagogiques, compétences, apprentissage, méthode DELPHI.

⌘⌖⌘⌖⌘

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 !

⌘⌖⌘⌖⌘