



1. Département universitaire d'enseignement et de recherche en médecine générale, université Paris-Est Créteil.

2. Département universitaire de médecine générale, université de Bretagne occidentale, Brest.

3. Département universitaire de médecine générale, université d'Angers.

4. Département universitaire de médecine générale, université de Lille.

5. Département universitaire de médecine générale, université de Paris-Descartes.

6. Département universitaire de médecine générale, université Claude-Bernard, Lyon.

7. Département universitaire de médecine générale, université de Paris Île-de-France Ouest.

Définitions et descriptions des compétences en médecine générale

Laurence Compagnon¹, Philippe Bail², Jean-François Huez³, Bertrand Stalnikiewicz⁴, Christian Ghasarossian⁵, Yves Zerbib⁶, Claude Piriou⁷, Émilie Ferrat¹, Samuel Chartier¹, Julien Le Breton¹, Vincent Renard¹, Claude Attali¹

exercer 2013;108:148-55.

laurence.compagnon@yahoo.fr

Background. *The quality of care has become a societal requirement. The WHO has defined objectives of performance for the training process. Disciplinary knowledge does not provide professional skills for real-life situations. The third cycle of the general practice course must be professionalizing and should form the essential competencies of the general practitioners (GPs). To change the approach from teaching to training for competency, these competencies must be defined and described.*

Objectives. *Define and describe precisely the competencies of the GP.*

Methods. *An expert consensus method was used. A research group of national experts was created from several departments of general practice, who met quarterly. Each member had the task of coordinating the research of a regional group around one competency. The national group worked through consensus from the data provided by the regional groups and by the literature.*

Results. *Six generic competencies have been described, covering all the tasks and functions of the GP. A precise definition of each skill and ability was made. A graphic representation has been proposed to facilitate ownership.*

Conclusion. *The development of competencies-based training starts with the description of these competencies. This was done with more or less relevance by the different disciplines which published a competencies standard. They all used an expert consensus method. Thus, our work can be considered as valid. It will be continued with a work on the levels of competency and indicators for these levels. Ultimately, these works will allow the further development of assessment tools and competencies certification.*

Introduction

La place de l'usager de soins dans la société a évolué. Il est devenu plus attentif et plus exigeant quant à la qualité des soins. Les facultés de médecine ont une responsabilité sociale déterminante et doivent garantir aux patients un haut niveau de compétences des professionnels de santé¹⁻³. Des publications de la WONCA à la loi HPST en passant par les propositions du Collège national des généralistes enseignants (CNGE), les rôles et fonctions du médecin généraliste (MG) français ont été définis et publiés⁴⁻⁹.

Au cours du deuxième cycle des études médicales, les étudiants en médecine sont surtout formés dans une logique d'acquisition de savoirs disciplinaires. Ils doivent intégrer une très importante quantité de ces savoirs théoriques pour faire face aux épreuves évaluatives sanctionnantes¹⁰. L'action en situation de soins nécessite d'intégrer la complexité du contexte et du patient, en mobilisant des ressources variées. Or, il a été mis en évidence que l'élève « empli de savoirs » peut se trouver incapable de les réactiver pour agir en situation réelle¹¹.

L'enseignement des contenus disciplinaires s'est longtemps fait dans une approche par objectifs¹⁰. Si cette méthode peut être pertinente pour l'apprentissage de certains savoir-faire (de types habiletés psychomotrices), les recherches en pédagogie montrent les limites de cette approche dans l'apprentissage de savoir-agir complexes nécessaires pour gérer les situations professionnelles authentiques¹². Or, dans le cursus universitaire français organisé désormais autour de trois diplômes, licence, master et doctorat (LMD), l'accent a été mis sur les compétences¹³.

Dans ce contexte, les troisièmes cycles des études médicales se doivent d'être des écoles professionnalisantes¹³, permettant aux jeunes médecins généralistes d'être efficaces dès le début de leur activité professionnelle. Le changement de méthode pédagogique par rapport au deuxième cycle est connu sous le nom « d'apprentissage dans une logique par compétence »¹⁴. Il répond à la demande de l'OMS de rechercher l'efficacité dans le processus d'apprentissage². Pour atteindre cet objectif, les chercheurs en pédagogie conseillent de développer une approche par compétence (APC)¹².

Mots-clés

Médecine générale

Compétences

Consensus

Key words

General practice

Competencies

Consensus

Centrée sur l'apprenant, elle est issue des théories constructivistes^{1,15}.

À partir de la nécessité de définir les compétences des professionnels, le Pr. Matillon a impulsé et coordonné l'élaboration d'un certain nombre de « référentiels métier et compétences »¹⁶. Celui des médecins généralistes a été publié en juin 2009, sous l'égide d'une mission ministérielle et sous la direction du CNGE, réunissant pour l'occasion sociétés scientifiques et associations de formation continue nationales¹⁷.

La certification des compétences en fin de troisième cycle de médecine générale a pour objectif d'attester que le futur médecin possède la capacité de mobiliser et de combiner ses ressources de façon appropriée. Cela doit lui permettre de résoudre la majorité des situations de santé auxquelles il risque d'être confronté dans son futur cadre d'exercice¹⁸. La certification nécessite de disposer d'une définition commune et stabilisée des compétences disciplinaires.

L'objectif de ce travail était d'identifier et de définir les compétences indispensables à l'exercice de la médecine générale et de décrire précisément leur contenu, à partir de la littérature et d'un consensus d'enseignants experts de médecine générale.

Méthode

Un consensus d'experts a été réalisé en deux étapes. Première étape : constitution d'un groupe national d'experts (GNE) en vue de décrire les compétences du médecin généraliste, leurs composantes, et de faire des hypothèses sur leur modèle de développement.

Ce groupe, recruté en juillet 2009, était constitué de huit enseignants universitaires de médecine générale, issus des départements de médecine générale (DMG) de Angers, Brest, Lille, Lyon, Paris-Est Créteil (UPEC), Paris Île-de-France Ouest (PIFO) et Paris René-Descartes. Ces experts étaient des directeurs de DMG, des responsables de programme et des spécialistes des compétences ou de la certification. Ils ont reçu l'appui de deux consultants experts en amélioration de pratiques ayant déjà collaboré à l'élaboration d'un référentiel compétence⁹.

Le GNE a effectué un travail préalable par courriels, afin d'échanger sur les concepts de compétence et de certification et d'effectuer une synthèse des données de la littérature internationale sur ces concepts^{4,12,14,19-21}.

Ensuite, une méthode de consensus a permis de formaliser le degré d'accord entre experts en identifiant et sélectionnant les points de convergence, de divergence ou d'indécision entre eux. Trois séminaires ont eu lieu, à raison d'une réunion par trimestre. Les objectifs de ces réunions étaient :

- clarifier les concepts et nommer les compétences transversales génériques nécessaires à l'exercice de la médecine générale ;

- écrire une définition précise pour chaque compétence ;
- identifier les composantes de chaque compétence ;
- identifier des niveaux documentant le parcours de développement de chaque compétence (sujet d'une autre publication).

Deuxième étape : constitution de groupes de travail régionaux (GTR) pour enrichir la réflexion du GNE.

À partir des conclusions de la première réunion du GNE, les experts se sont répartis les tâches en attribuant à chaque faculté un champ d'exploration. Les membres des 6 GTR étaient issus des DMG des facultés d'Angers et de Brest pour le premier, de Lyon, Lille, PIFO, UPEC, Paris-Descartes pour chacun des autres. Six responsables ont été désignés, avec pour mission de coordonner les travaux des GTR dont les objectifs étaient :

- affiner les définitions des compétences génériques ;
- élaborer des propositions relatives aux composantes de ces compétences ;
- initier l'élaboration de niveaux pour chaque compétence (sujet d'une autre publication).

Les travaux des GTR se sont poursuivis en parallèle des réunions du GNE entre septembre 2009 et janvier 2010. Le responsable d'un GTR rapportait ses propositions, qui étaient débattues et faisaient l'objet d'une recherche de consensus lors des séminaires du GNE.

Les différentes étapes interactives, les objectifs et les tâches du GNE et des GTR sont résumés dans le tableau 1.

Résultats

Les résultats présentés dans cet article concernent les compétences génériques transversales. Le GNE a abouti à la description de six compétences génériques transversales recouvrant l'ensemble des missions des MG. À l'initiative de l'un des experts, une représentation graphique a été proposée (figure 1), inspirée de la représentation *CanMeds* des compétences²¹ et dénommée « marguerite des compétences ».

Chaque compétence est nommée, définie et décrite par ses composantes. Il n'est pas fait état ici de la description des niveaux de compétences qui font l'objet d'un autre travail.

Compétence approche globale, prise en compte de la complexité

Définition

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



Composantes

C'est-à-dire en :

- adoptant des postures différentes en fonction des situations : soins, accompagnement, soutien, éducation, prévention, réparation... ;
- identifiant, évaluant, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psycho-social et culturel), pour les prendre en compte dans la décision ;
- élaborant un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient, intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation ;
- négociant une décision adaptée à la situation et partagée avec le patient (voir décision centrée patient) ;
- évaluant les décisions et leurs conséquences, à court, moyen et long terme (voir le suivi au long cours) ;
- tentant de cogérer avec le patient des plaintes et des pathologies aiguës et chroniques de manière hiérarchisée (voir le premier recours).

Compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire

Définition

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

Composantes

C'est-à-dire en :

- mettant en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie ;
- développant une posture qui place le patient en position de sujet, et s'engageant dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences ;
- déterminant le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi-même, en tenant compte des possibilités de chacun ;

	Prérequis à la réunion	Objectifs de la réunion pour le GNE	Tâches à effectuer par les GTR après la réunion
1^{re} réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Choix des experts • Travail en amont sur le langage et les concepts 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition et stabilisation des concepts à l'intérieur du GNE • Catégoriser par grand domaine de compétence pour nommer précisément les compétences transversales génériques 	<ul style="list-style-type: none"> • Libeller les grandes compétences sous forme de savoir-agir complexe • Définir précisément chaque compétence et les capacités qu'elle requiert • Déterminer pour chaque compétence les déterminants du ou des étapes à passer (différents niveaux) • Élaborer une méthode de travail et de recherche pour valider les hypothèses
2^e réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer des définitions des compétences et formuler des hypothèses concernant les niveaux à acquérir au cours du cursus 	<ul style="list-style-type: none"> • Débat ± validation des définitions, des compétences et des capacités constitutives de chaque compétence, choix des différents niveaux de compétences 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre au GNE des conclusions sur les hypothèses concernant les niveaux, et commencer à trouver des éléments de validation avec les méthodes qui paraîtront appropriées
3^e réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Récupérer les hypothèses des GTR sur les niveaux identifiables au cours du cursus dans chaque compétence 	<ul style="list-style-type: none"> • Finaliser les définitions des compétences transversales génériques qui ne l'étaient pas encore • Élaborer des niveaux génériques en rapport avec l'évolution au regard de la discipline médecine générale 	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire dans la compétence générique qui leur incombe les niveaux de compétence en rapport avec les niveaux génériques définis par le GNE.

Tableau 1 : contenus des trois premières réunions de travail



- partageant le suivi avec d'autres intervenants ;
- collaborant à et/ou élaborant des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation ;
- adoptant une posture réflexive sur ces actions.

Compétence premier recours, urgences

Définition

Capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

Composantes

C'est-à-dire en :

- gérant les situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution (situations aiguës ou chroniques, les urgences, la santé des femmes, des enfants, etc.) ;
- intervenant si nécessaire dans le contexte d'urgence réelle ou ressentie ou dans les situations médicales non programmées ;
- hiérarchisant et gérant simultanément des demandes, des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient ;
- exécutant avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours.

Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

Définition

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

Composantes

C'est-à-dire en :

- étant le référent du patient dans l'espace et la durée ;
- utilisant judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient ;
- en prenant en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement ;
- collaborant avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient ;
- mettant en place et entretenant une relation médecin-patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continue ;
- organisant son activité en fonction de ces objectifs.

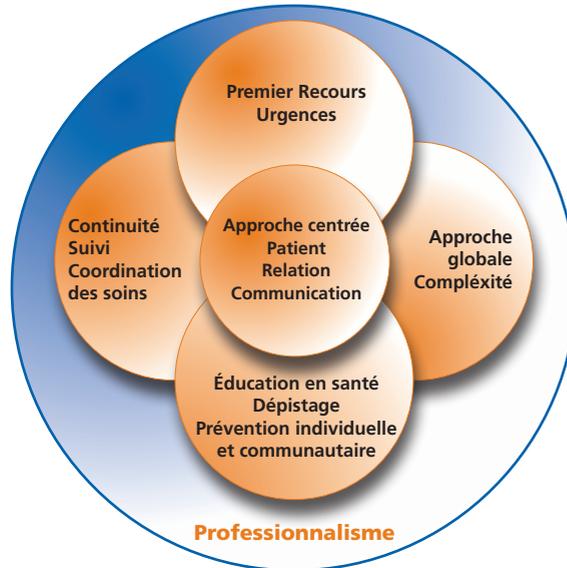


Figure 1. La « marguerite » des compétences du médecin généraliste

Compétence relation, communication, approche centrée patient

Définition

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

Composantes

C'est-à-dire en :

- menant des entretiens avec tout type de patients et leur entourage, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication ;
- construisant et maintenant à travers ces contacts une relation avec le patient et/ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles ;
- respectant les différentes législations et code déontologique concernant les droits du malade et les devoirs du médecin ;
- communiquant avec les autres professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le média le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte ;
- communiquant avec les institutionnels dans l'intérêt du patient.



Compétence professionnalisme

Définition

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

Composantes

C'est-à-dire en :

- agissant avec altruisme, et sans discrimination ;
- favorisant l'accès équitable aux soins pour tous ;
- assumant ses responsabilités et en explicitant ses décisions en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts ;
- respectant la personne humaine en tenant compte en premier lieu du mieux-être du patient et en favorisant son libre choix, son autonomie, et une réflexion éthique ;
- fondant ses choix sur l'intérêt du patient mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins ;
- garantissant la confidentialité des échanges avec les patients ;
- améliorant ses compétences professionnelles par l'identification de ses besoins de formation et intégrant ses acquis à sa pratique ;
- contribuant et participant à la formation des professionnels de santé ;
- collaborant avec les autres professionnels de soins dans le respect de leurs compétences ;
- gérant son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle ;
- gérant son outil de travail.

Discussion

Résultats principaux et implications

Ce travail a abouti à la dénomination et à la description précise des six compétences génériques transversales de médecine générale et de leurs composantes. Elles recouvrent l'ensemble des tâches et fonctions du médecin généraliste. À l'instar de la Wonca⁴ et des compétences CanMEDS²¹, ce travail présente un nombre relativement réduit de compétences ayant un caractère très global, intégratif et combinatoire. Ses implications sont nombreuses en termes de formation initiale, puisque les compétences pourraient structurer les cursus et la certification des internes en France. Elles constituent un cadre qui pourrait permettre de rendre plus lisibles les rôles des MG dans la société. Enfin,

si leur dénomination et leur description constituent un préalable nécessaire à la définition des niveaux de compétence, elle est aussi indispensable pour mettre en place une formation par apprentissage dans une logique de compétence.

Forces et limites

Cette recherche originale est la première étape de la rédaction d'un modèle de développement pour les compétences génériques du MG. Elle a été précédée de travaux de plusieurs groupes de travaux nationaux et internationaux^{4,6,7,9} au cours des dix dernières années qui avaient commencé à définir les compétences du généraliste pour tenter de mettre en place une approche par compétence dans les cursus de MG²².

Les limites théoriques tiennent surtout à la méthode de consensus utilisée, qui s'est construite au fur et à mesure du travail afin de favoriser la richesse des échanges entre experts. La majorité des référentiels de compétences des autres professions de santé en France se sont construits à partir de consensus d'experts plus ou moins formalisés. La finalité de cette recherche est suffisamment singulière pour qu'il n'existe pas de technique actuellement reconnue pour l'explorer. Comme le dit Schön, il est alors licite d'utiliser des processus intuitifs, en multipliant les approches pour recréer un modèle apte à décrire la complexité²³.

En France, d'autres professions soignantes ont établi un référentiel de compétences. Parmi les professions médicales, on peut trouver par exemple les gynécologues obstétriciens, neurochirurgiens, chirurgiens, rééducateurs, urgentistes et réanimateurs ainsi que les sages-femmes. Pour les paramédicaux, il y a le référentiel métier des infirmières. Les méthodes de travail qui ont abouti à ces référentiels^{17,24-30}, ont toutes utilisé des groupes de travail constitués d'experts de la discipline. Plusieurs référentiels^{17,27} ont été construits avec une méthode proposée par un même cabinet de conseil dirigé par Guy Le Boterf³¹ et donnent les grandes lignes de la réflexion mise en place : « choisir des situations prototypes au cœur du métier, faire la différence entre être compétent et avoir des compétences et décliner des ressources nécessaires dans la spécificité de la pratique et, de façon plus transversale, communes à toute les spécialités (communication, coopération...) ».

Globalement, pour mettre en place un référentiel de compétence, les différents chercheurs ont eu une démarche similaire de consensus d'experts à partir de la littérature et de leur expertise. Toutefois, en dehors des référentiels des sages-femmes et des infirmières, il n'apparaît pas de façon claire de compétence au sens donné par Tardif de « savoir agir complexe » mais plutôt des listes de savoirs et savoir-faire par objectifs détaillés. Le référentiel sage-femme est proche



du CanMEDS dans la formulation des compétences transversales. Celui des infirmières est plus spécifique et surtout va plus loin par sa formulation d'indicateurs de maîtrise des compétences.

Le choix du nombre

Le nombre de compétences devait satisfaire à un double objectif : permettre de couvrir l'ensemble des tâches et fonctions du MG, rester limité pour être aisément identifiable et compatible avec le modèle pédagogique choisi. Le travail du GNE a abouti à six, nombre comparable à celui auquel ont abouti la Wonca et le CanMed.

Le choix des intitulés

Les discussions du groupe ont amené à choisir des substantifs à l'instar de la Wonca ou du référentiel des sages-femmes (relation, communication) plutôt que des qualificatifs comme le CanMEDS (communicateur) ou des verbes d'action sous la forme d'objectifs dans le référentiel en soins infirmiers (communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins). Ce choix reflète plus l'aspect complexe, global, interactif, intégratif, évolutif de la compétence²⁰. Les adjectifs sont plus centrés sur la personne du professionnel que sur le métier et semblent rencontrer des limites intrinsèques pour décrire la complexité ; les verbes d'action risquent quant à eux, de ramener dans la logique d'une pédagogie par objectifs.

La définition

Elle a été précisée pour chaque compétence par le champ des substantifs utilisés. Il ne s'agit pas de définir la compétence par les caractéristiques de la discipline qu'elle regroupe, comme pour les compétences de la Wonca, mais bien d'enrichir la signification de la capacité du professionnel qu'implique la compétence. Comparé aux compétences de la Wonca, le découpage a évolué pour essayer de donner plus de cohérence au contenu que précisent les définitions. La compétence « Approche globale, complexité » regroupe les parties des compétences « Approche globale » et « Approche holistique » de la Wonca qui sont en rapport avec la notion de complexité. La compétence « Premier recours, urgence » est assez proche de la compétence Wonca « Aptitude spécifique à la résolution de problèmes » en y ajoutant la partie de la compétence « Gestion de soins primaires » qui concerne le premier contact du patient avec le système de santé. La compétence « Éducation, prévention... » regroupe la compétence « Orientation communautaire » et ce qui ressort de la prévention et de l'éducation dans la compétence « Approche globale » de la Wonca. La compétence « Continuité, suivi et coordination » permet de donner un sens cohérent à ces notions complémentaires

auparavant dispersées. La compétence « Relation, communication, approche centrée patient » développe et précise la signification de cette compétence centrale mêlée pour partie avec la continuité des soins dans la compétence Wonca « Soins centrés sur la personne ». Certaines compétences CanMEDS comme l'érudition, la gestion n'apparaissent pas en tant que telles dans notre découpage, mais sont en fait intégrées dans la compétence « Professionnalisme » qui décrit dans ses composantes les notions de responsabilité devant la qualité de ses savoirs, de gestion de son outil de travail et de son temps. L'expertise clinique CanMEDS est incluse de fait, bien que sa dénomination n'apparaisse pas dans la compétence « Premier recours, urgences » qui, elle, n'apparaît pas telle quelle dans le CanMEDS.

Le choix des composantes

Pour préciser les définitions et identifier ce qu'elles recouvrent, les composantes des compétences ont été écrites sous la forme « C'est-à-dire en... » pour spécifier les ressources à mobiliser pour mettre en œuvre la compétence. Les infirmières ont fait le choix de rester sur des objectifs observables pour décrire les composantes de leurs compétences (« Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte »). Les sages-femmes ont décrit comme nous des comportements, éclairant sur la mobilisation des ressources (« ...en apportant des informations claires et accessibles à chaque femme et à sa famille »).

Perspectives

Les définitions précises facilitent l'élaboration de parcours de développement de ces compétences au cours de la formation. Il manque encore à cette étape les différents niveaux attendus par lesquels passent les étudiants pour construire leurs savoir-agir. Il manque aussi les indicateurs de ces niveaux renseignant sur le degré de maîtrise de l'interne à différents moments de son cursus. Notre travail s'est poursuivi dans cet axe afin de déterminer des niveaux génériques dans le parcours de développement des compétences de l'interne. Les résultats de cette recherche seront publiés ultérieurement.



© Delphimages - Fotolia.com



Conclusion

Le travail présenté ici propose six compétences transversales recouvrant l'ensemble des tâches et fonctions attendues du médecin généraliste pour répondre aux missions que la société attend de lui. La représentation graphique de ces six compétences a commencé à être diffusée au cours des séminaires de formation des enseignants généralistes. Son appropriation est

en cours dans tous les départements de médecine générale, fondant ainsi la réforme des programmes par compétence du troisième cycle de médecine générale. Cette recherche originale s'inscrit dans une démarche plus globale d'approche par compétence dans la formation des soignants. L'étape suivante de description des niveaux d'acquisition au cours de la formation devra permettre d'élaborer des outils d'évaluation et de certification de ces compétences.

Résumé

Contexte. *La qualité des soins est devenue une exigence sociétale. L'OMS a défini des objectifs d'efficacité des processus d'apprentissage. Les savoirs disciplinaires acquis sont insuffisants pour agir professionnellement lors des situations réelles de soin. Un troisième cycle de médecine générale professionnalisant doit former aux compétences indispensables du médecin généraliste (MG). Pour basculer des méthodes pédagogiques centrées sur l'enseignement vers l'approche centrée sur les apprentissages dans une logique de compétence, il est nécessaire de définir et décrire ces compétences.*

Objectifs. *Définir et décrire précisément les compétences du MG.*

Méthode. *Consensus d'experts. Un groupe de recherche national a été créé, issu de plusieurs départements de médecine générale, dont les membres se réunissaient trimestriellement. Chacun des membres avait pour tâche de coordonner les recherches d'un groupe régional autour d'une compétence. Le groupe national a travaillé en recherchant un consensus à partir des données proposées par les groupes régionaux et des données de la littérature.*

Résultat. *Six compétences génériques transversales ont été décrites, recouvrant la totalité des tâches et fonctions du médecin généraliste. Une définition précise de chaque compétence et une description des capacités les constituant a été réalisée. Une représentation graphique a été proposée pour en faciliter l'appropriation.*

Conclusion. *Selon les données de la littérature, il faut décrire préalablement les compétences pour envisager un parcours de développement de ces dernières. C'est ce qu'ont tenté de faire les différentes disciplines qui ont publié un référentiel de compétences. Le travail rapporté ici se poursuivra par la recherche de niveaux de compétence et d'indicateurs de ces niveaux. Ces travaux permettront d'envisager l'élaboration d'outils d'évaluation et de certification des compétences.*

Références

1. Boelen C, Gomes J, Ladner J, Pélissier-Simard L, Pestiaux D, Nawar T. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale* 2011;12: 37-48.
2. Organisation mondiale de la santé. Médecin pour la santé, une stratégie mondiale de l'OMS pour une réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. Genève : OMS, 1996. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_HRH_96.1_fre.pdf.
3. Boelen C. La faculté de médecine et le médecin praticien du XXI^e siècle. in Actes des Journées d'études internationales. Genève : OMS, 1998.
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe, 2002. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
5. Wainsten JP, Bros B, Dufour C, Huas D. Introduction aux fonctions du médecin généraliste. *exercer* 1992;16:4-6.
6. Gay B. Les bases théoriques de la médecine générale. *exercer* 1995;30:4-7.
7. Pouchain D, Attali C, de Butler J et al. Médecine générale - Concepts et Pratiques. Paris : Masson, 1996.
8. <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>.
9. MG Form. Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Paris : Osмосe, 1999.
10. Bernard JL, Reyes P. Apprendre, en médecine (1^{re} partie). *Pédagogie Médicale* 2001;2:163-9.
11. Romainville M. L'évaluation des acquis des étudiants dans l'enseignement universitaire. Paris : avis du Haut Conseil de l'évaluation de l'école, 2002. Disponible sur : <http://www.ladocumentation-francaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000527/0000.pdf>.
12. Tardif J. Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive. Montréal : Logique, 1992.
13. Lusseau M, Romainville M. La déclinaison des diplômes LMD en compétences et la présentation de l'annexe descriptive. Paris : Agence de mutualisation des universités et établissements, 2004.
14. Tardif J. L'évaluation des compétences. Montréal : éditions de la Chenelière, 2006.

15. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale* 2003;4:163-75.
16. Matillon Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000682/index.shtml>.
17. CNGE, CNOSEF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010.
18. Attali C, Bail P, Lebeau JP, Piriou C, Compagnon L. Certifier les compétences en médecine générale. Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Vol 4. Paris : L&C, 2011.
19. Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétence. Québec : éditions du Renouveau pédagogique, 2004.
20. Chaput M. Penser les compétences pour penser la recherche ou 5 rendez-vous pour la recherche en pédagogie des sciences de la santé. In : XVII^e Journées universitaires francophones de pédagogie des sciences de la santé de la CIDMEF. Lille, 2008. Disponible sur : <http://jufpss.univ-lille2.fr/session2/4-1%20Chaput.pdf>.
21. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. Ottawa : CRMCC, 2005. Disponible sur : <http://www.chirurgie.umontreal.ca/wp-content/uploads/CanMEDS.pdf>.
22. Groupe de travail certification du CNGE. Les compétences du médecin généraliste. *exercer* 2005;74:94-5.
23. Schön D. À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes, in : *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : PUF, 1996:201-22.
24. Prével M, Andronikov M, Coudert B, et al. Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence. Paris : SfmU, 2004. Disponible sur : http://www.sfmU.org/documents/ressources/referentiels/competences_medecins_urgences.pdf.
25. Collège de neurochirurgie. Référentiel métier/compétences du neurochirurgien. Paris : Cdn, 2007. Disponible sur : http://web5.unilim.fr/colneuro-test/IMG/pdf_Referentiel_de_competences_neurochirurgien_dif.pdf.
26. Fédération nationale de spécialités chirurgicales. Référentiel métier et compétences en chirurgie. Paris : ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 2007.
27. Joseph A, Poiraudou S, Richard I. Etablissement d'un référentiel des compétences en médecine physique et réadaptation. L'approche du Collège français des enseignants de MPR (COFEMER). 25^e Congrès de médecine physique et de réadaptation. Marseille : Sofmer, 2010. Disponible sur : http://www.atout-org.com/sofmer2010/affichage_resume!fr!!!1572e15ae-ac28-102d-9437-41b7d401869c135.
28. Comité de coordination de la réanimation. Référentiel de compétences et d'aptitudes du médecin réanimateur. Paris : SRLF et Springer France, 2011. Disponible sur : http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110809-113520-592/src/htm_fullText/fr/20110419-R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20M%C3%A9decin%20Final.pdf.
29. Nemitz B, Carli P, Carpentier F, et al. Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* 2012;2:125-38.
30. Diplôme d'État d'infirmier. Référentiel de compétence. JO. Arrêté du 31 juillet 2009. Annexe II. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf.
31. Le Boterf G. Développer la compétence des professionnels. Paris : Eyrolles, 2003.