



Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale

Paul Frappé^{1,2}, Claude Attali³, Yves Matillon²

exercer 2010;91:41-6.

paul.frappe@univ-st-etienne.fr

Résumé. Depuis 1974 et la définition de Leeuwenhorst, les médecins généralistes ont essayé de définir le cadre de leur spécialité en termes de contenu et de compétences. Plusieurs groupes de professionnels ont élaboré leurs propres définitions et référentiels. Aujourd'hui, un document officiel associant la majorité des organisations professionnelles de la médecine générale a été élaboré sous l'égide de la mission interministérielle : « Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé ».

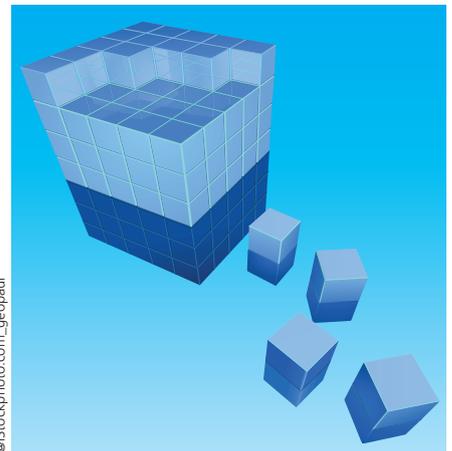
Avant de rédiger ce référentiel métier et compétences, le groupe de travail a analysé tous les travaux existants. L'objectif de la présente étude était d'analyser les contenus et les finalités de quinze référentiels locaux, nationaux, ou internationaux. Au niveau sémantique, la recherche d'un consensus a permis de dégager une définition de la compétence se distinguant de l'activité et de la fonction. Il faut distinguer référentiel métier, référentiel de compétences, référentiel de formation et référentiel de bonne pratique.

Du contenu des quinze référentiels, huit types de compétences ont été dégagés : les soins primaires, le raisonnement spécifique, la prise en charge globale, la structure et les outils d'exercice, l'aspect relationnel, le rôle de santé publique, la compétence clinique, et l'axe professionnel. Ces compétences témoignent de l'émergence progressive de l'identité de la médecine générale actuelle.

Jusqu'à présent, aucun référentiel ne mentionnait à lui seul l'ensemble des utilités recueillies. Chacun était axé sur des utilités spécifiques au statut des auteurs.

C'est la richesse de ce contexte historique qui nécessite aujourd'hui la production d'un référentiel plus synthétique, consensuel, évolutif et élaboré avec une méthode spécifique (Guy Le Boterf) au plan national.

1. Chef de clinique, Département de médecine générale, UFR Saint-Étienne
2. EA4129, Université Claude-Bernard, Lyon 1
3. Département de médecine générale, UFR Paris 12, Créteil



@istockphoto.com_geopaul

Mots-clés

Référentiel

Compétences

Médecine générale

Introduction

Depuis 1974 et la définition de Leeuwenhorst¹, les médecins généralistes ont réfléchi sur le contenu de leur spécialité et les compétences requises pour exercer leur métier. Si plusieurs groupes de professionnels ont déjà proposé leurs définitions et leurs référentiels, un document synthétique, consensuel et officiel, décrivant le métier et les compétences à acquérir a été élaboré sous l'égide de la mission interministérielle : « Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé ». Dans le cadre de cette mission, un groupe de travail a été

constitué pour élaborer le référentiel du métier et des compétences du médecin généraliste.

Dans ce contexte, il était intéressant de mettre en perspective historique les travaux existants, et d'en faire une compilation en analysant plus précisément leurs vocations et leurs objectifs.

Quelques éléments sémantiques

Les référentiels se structurent autour de multiples concepts, confondant parfois objectifs, outils et mises en œuvre, et organisés de façon variable. Cependant, un accord se dégage sur les principales définitions suivantes.

- Une **compétence** est un « savoir agir » modulable, adaptable (non figé), pour aborder une situation clinique ou professionnelle authentique et complexe. Elle est le résultat de la combinaison (savoir mobiliser, savoir combiner et savoir transposer) de différents types de ressources internes et externes (savoirs, savoir-faire, qualités personnelles, ressources de l'environnement) en vue de résoudre une situation problème². Guy Le Boterf appelle souvent « ressources », les compétences requises pour exercer un métier³.
- Une **activité** décrit ce que doit faire la personne qui occupe un emploi. Elle



est exprimée en termes de verbes d'action. Une activité regroupe un ensemble de tâches².

- Une **fonction** est une combinaison d'activités ou de tâches, concourant à un même but, dans la description d'un emploi ou d'un poste de travail².

Par ailleurs, il faut clairement distinguer différents types de référentiels.

- Un **référentiel métier** détaille les activités et tâches que doit effectuer le professionnel qui occupe un poste².
- Un **référentiel compétences** décrit les compétences requises pour exercer le métier, en listant les connaissances, les savoir-faire, les qualités et aptitudes requises, et les ressources de l'environnement à maîtriser².
- Un **référentiel de formation** regroupe la déclinaison des compétences en objectifs pédagogiques et programme de formation, ainsi que l'accompagnement et le suivi pour favoriser l'application de la formation sur le poste de travail, les situations et les indicateurs permettant d'évaluer les acquis. Il permet de faire le lien entre les programmes de formation et les compétences à acquérir pour chaque emploi type dans une filière de métier donné. Il sert à l'élaboration du plan

de formation et/ou à la préparation de projets de formation⁴.

- Un **référentiel de bonne pratique** médicale ou paramédicale vise à offrir une réponse aux besoins d'un organisme professionnel qui cherche à établir en son sein des règles de pratiques professionnelles permettant de communiquer ou bien codifier des bonnes pratiques acceptées par l'ensemble d'un organisme professionnel donné. L'objectif d'un référentiel de bonne pratique est de favoriser l'intégration de nouveaux documents dans le corpus normatif, sans les confondre avec une norme⁵. C'est ce référentiel qui peut être destiné à mettre en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles.

Enfin, la méthode de Guy Le Boterf³ est fondée sur la distinction à faire entre « être compétent » et « avoir des compétences ».

- « **Être compétent** », c'est être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. C'est donc mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources.

- « **Avoir des compétences** », c'est avoir des ressources (connaissances scientifiques et techniques, gestes opératoires appropriés, savoir-faire relationnel avec les patients, savoir-faire de coopération avec les collègues, disposer des méthodes de raisonnement clinique, etc.), pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. Avoir des ressources est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour être reconnu comme « compétent ».

Les référentiels en médecine générale

Quinze référentiels métier et/ou compétences ont été étudiés. Ils concernaient tous la médecine générale et étaient destinés à une utilisation locale, nationale, européenne ou mondiale, universitaire et/ou postuniversitaire (tableau 1).

Les fonctions du médecin généraliste recensées

Les travaux étudiés sont structurés de manière différente. Pour en présenter transversalement leur contenu, il est utile d'extraire les grandes fonctions de

Date	Nom	Définition	Référentiel	International	Étranger	National	Local
1974	Leeuwenhorst ¹	●		●			
1991	WONCA ¹¹	●		●			
1995	Gay ⁶	●		●			
1996	Pouchain ²²	●				●	
1998	SFMG ¹⁵		●			●	
1998	WHO Europe ¹²	●		●			
1999	MG Form ²		●			●	
2000	Olesen ⁷	●		●			
2002	Wonca Europe ²³	●		●			
2003	Louvain ¹³		●		●		
2005	CanMEDS ¹⁴		●		●		
2005	EURACT ¹⁹		●	●			
2005	Compagnon ²⁴		●				●
2006	Rennes ²⁰		●				●
2006	Attali et al. ²⁵		●			●	

Tableau 1. Répartition des définitions et référentiels sélectionnés



la médecine générale indiquées dans ces référentiels. Elles peuvent se ranger autour de huit axes.

Soins primaires

- Premier recours.
- Accès facile : proximité, disponibilité.
- Traitement de la majorité des motifs de consultation.
- Ouverture à tous, quels que soient les plaintes, l'âge, le sexe, les caractéristiques sociales et morbides.
- Gestion de l'urgence.

Raisonnement spécifique

- Basé sur la prévalence spécifique en soins primaires.
- Activité au stade indifférencié et souvent au stade de début des maladies.
- Tolérance à l'incertitude et intégration du temps comme outil décisionnel.
- Identification des problèmes et analyse des plaintes réelles derrière les plaintes alléguées.
- Traitement simultané de plaintes de natures différentes.
- Hiérarchisation de la prise en charge de ces plaintes.

Prise en charge globale : approche holistique et ouverte de systèmes complexes

- Prévention, diagnostic, soins curatifs et de support.
- Intégration des contraintes administratives et réglementaires.
- Centrage sur le patient : prendre en compte les attentes dites et non dites du patient, autant que les contraintes de la maladie pour décider ensemble dans le cadre légal.

- Éducation et promotion de la santé.
- Établissement d'un projet de santé et de soins.
- Mise en œuvre de gestes techniques.
- Axe social : prestations sanitaires et sociales.

Structure et outils d'exercice : le professionnalisme

- Exercice au cabinet/domicile/hôpital.
- Gestion de l'entreprise médicale (matérielle, humaine, administrative, économique, structurelle, hygiène et maintenance).
- Permanence des soins : gardes et organisation des absences.
- Dossier médical.
- Collaboration interdisciplinaire.
- Délégation de certains soins.
- Organisation de l'accès aux autres professionnels.
- Éthique.
- *Leadership*.

Aspect relationnel

- Continuité des soins (longitudinalité).
- Dans la durée.
- Gestion du premier contact et prise de la décision initiale.
- Relation de confiance (*partnership*), verbale ou non.
- Adaptation au besoin et à la demande du patient.
- Défense du patient (*advocacy*).

Rôle de santé publique

- Réconciliation de l'individu et de la communauté dans les logiques besoins et ressources.

- Efficience : recherche de l'efficacité médicale à moindre coût.
- Réalisation d'objectifs de santé publique (dépistage).

Compétence clinique

- Expert médical.
- *Evidence based medicine* (EBM).
- Formation continue.
- Évaluation de la pratique, maîtrise de la qualité.

Professionnel

- Gestion de carrière.
- Participation à l'autoréglementation.
- Santé des médecins.
- Enseignement.
- Recherche.

Plusieurs fonctions mériteraient une définition plus explicite car elles ne semblent pas consensuelles telles que décrites dans les différents référentiels. Ainsi, l'approche globale signifie-t-elle les soins globaux, c'est-à-dire le traitement simultané de plaintes de natures différentes, ou bien le modèle global⁷ au sens approche environnementale et holistique ?

Il y a parfois confusion entre continuité des soins et permanence des soins. La continuité des soins est pourtant loin d'être une question de planning, comme dans la permanence des soins. En procurant des soins longitudinaux, c'est-à-dire cohérents dans le temps, elle est source d'une relation particulière entre le médecin et le patient.

La fonction de défense du patient (*advocacy*) semble parfois contradictoire avec la fonction de santé publique, positionnant le médecin dans une attitude instable ambiguë. Par défense du patient, il faut entendre défense de ses droits et intérêts, pour qu'il bénéficie des meilleures possibilités qu'offre le cadre réglementaire, associée à la propre marge de manœuvre du médecin. En cela, il n'y a pas d'opposition avec l'aspect communautaire : s'il y a divergence d'objectifs entre le patient et la société, il n'y a pas pour autant de différence fondamentale entre la démarche de santé individuelle et la démarche de santé publique de la part du praticien.

Les fonctions faisant l'unanimité sont essentiellement le raisonnement spécifique et la prise en charge globale du patient.

- Raisonnement basé sur la prévalence spécifique.
- Intervention au stade indifférencié et précoce des maladies.
- Traitement simultané de plaintes de natures différentes.
- Identification des problèmes/analyse.
- Éducation et promotion de la santé.
- Collaboration interdisciplinaire.
- Organisation de l'accès aux autres professionnels.
- Approche environnementale et holistique.
- Continuité des soins (longitudinalité).
- Relation de confiance verbale ou non.
- Réconcilier individu et communauté dans les logiques besoins/ressources.

D'autres fonctions sont apparues chronologiquement, traduisant l'évolution du contenu du métier, et soulevant des questions sur les raisons profondes de leur émergence.

La notion de gestion de l'urgence est apparue en 2002 avant d'être reprise par les référentiels suivants : est-ce un signe de l'évolution de la gestion de l'urgence ? Va-t-elle être amenée à disparaître avec l'émergence progressive de cette spécialité ou, au

contraire, se recentrer sur la problématique des soins non programmés ?

Le rôle de défenseur du patient (au sens indiqué plus haut) est apparu avec Olesen⁷. Protéger les avantages du patient n'était-il pas une priorité auparavant ? Ou bien a-t-il fallu l'écrire car elle n'était plus une évidence devant l'évolution des sociétés et des règlements ?

La notion d'*evidence based medicine* (EBM) est régulièrement reprise depuis qu'elle est apparue dans le référentiel MG Form². Cette notion est pourtant bien en accord avec le trépied biopsychosocial qui est la base théorique de la discipline⁸⁻¹⁰.

Évaluer sa pratique et en maîtriser la qualité était mentionné dans le référentiel de MG Form² et a été repris seulement très tardivement : n'est-ce pas un retard culturel pour sa mise en œuvre ?

Est-ce le cadre légal de la loi de 1993, puis l'obligation d'EPP par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 (Article 14, codifié à l'article L.4133-1-1 du Code de Santé publique) qui ont permis finalement de mieux prendre en compte cette activité ? Et quelle en sera la valeur à long terme ?

Certains « oublis » à relever

En 1991, par exemple, la WONCA¹¹ ne mentionnait pas la fonction de premier recours. De même, la définition d'Olesen⁷ en 2000 ne mentionnait aucune des fonctions relatives au raisonnement spécifique utilisé en médecine générale.



@Stockphoto.com_purelook

Seule l'OMS¹² parlait de l'accès facile : est-ce un choix de la part des autres référentiels, ou bien un « oubli » ? L'accès facile ne se résume pas à un déplacement géographique, ou à la disponibilité du médecin, mais il désigne aussi et surtout une facilité d'accès en termes de temps et de finances.

L'OMS est aussi la seule organisation à mentionner la délégation de certains soins. La délégation s'entend aussi bien dans le sens du médecin généraliste vers d'autres professionnels de santé, que d'autres spécialistes médicaux vers le médecin généraliste. Cette notion est éminemment politique et conditionne en partie l'efficacité : sera-t-elle reprise dans les prochains référentiels ? La notion de compétences partagées n'a-t-elle pas plus de sens que celle de compétences transférées ?

Ce sont essentiellement les référentiels étrangers¹²⁻¹⁴ qui parlent de « *leadership* ». Doit-on y voir une conséquence directe de la place du médecin généraliste dans les différents systèmes de santé ?

L'ensemble des fonctions de l'axe professionnel (carrière, formation, recherche) n'est mentionné que par CanMEDS¹⁴ et en partie par la SFMG¹⁵ : est-ce un oubli de la part des autres organisations ? N'y a-t-il pas là une fonction pour chaque médecin généraliste ? En France, la perception du professionnalisme semble davantage être de l'ordre de l'administratif et du réglementaire, consistant à « gérer ses outils de manière efficace ».

Une dernière question est soulevée par la mise en perspective de ces fonctions : le terrain ambulatoire est-il une condition *sine qua non* à la médecine générale ?

S'il est accepté que les soins primaires, le cadre communautaire, et la continuité des soins dans la durée soient caractéristiques de la médecine générale, le débat historique sur le caractère indispensable ou non de ces aspects n'est peut-être pas terminé. Depuis que la définition de

Leeuwenhorst¹ a lancé la discussion en parlant d'exercice possible à l'hôpital, seul le référentiel SFMG¹⁵ a précisé que le généraliste exerce uniquement en milieu ambulatoire. Les autres ne précisent pas ce point : est-il aujourd'hui sous-entendu que le médecin généraliste ne peut, par essence, exercer son métier dans d'autres lieux ? Cette idée peut-elle être remise en cause par le fonctionnement des maisons de retraite et des centres de santé, voire par la création de centres de soins primaires à l'intérieur de l'hôpital ? C'est cependant l'option de la médecine générale, médecine ambulatoire de premier recours qui a été retenue par la loi de février 2008 (Article 1 de la Loi n° 2008-112 du 8 février 2008), qui établit définitivement la filière universitaire de la médecine générale en France.



Quels usages pour un référentiel de métier et de compétences ?

Un référentiel n'a intrinsèquement aucun intérêt. Il doit être finalisé, c'est-à-dire que son objectif et sa mise en œuvre doivent être toujours explicites.

Les usages attendus des référentiels de métier et de compétences^{3,16-18} sont classiquement les suivants :

- informer les plus jeunes sur le métier de la spécialité et contribuer à le valoriser ;
- contribuer à élaborer des critères de qualification homogènes pour assurer aux patients une qualité de soins identique sur tout le territoire et constituer une base d'habilitation :
 - pour l'ensemble des médecins en formation initiale de spécialité,
 - pour les médecins demandant à changer de spécialité,
 - pour les médecins étrangers provenant de pays hors Union Européenne ;
- orienter et faire évoluer les cursus de formation initiale et continue.

La formation initiale est la première concernée, avec plusieurs objectifs pour les enseignants et les étudiants :

- définir des objectifs ou intentions d'apprentissage ;

- choisir des situations d'apprentissage ;
- planifier, contractualiser les activités d'un externe puis d'un interne au cours du stage en ambulatoire ;
- évaluer une séquence de stage en médecine générale ;
- préparer un enseignement « théorique ».

La formation médicale continue peut et doit l'utiliser pour déterminer les priorités en matière de thèmes et de contenus, pour entretenir ou améliorer la compétence d'un professionnel confirmé.

Pour le patient, il permet de garantir que le praticien est, dans sa spécialité, un médecin compétent et donc en mesure de faire face aux situations auxquelles il est et sera confronté en pratique, sous réserve que ce référentiel soit effectivement mis en œuvre dans des conditions appropriées.

Jusqu'à présent, aucun référentiel ne mentionne à lui seul l'ensemble des utilités recueillies. Chacun est axé sur des utilités spécifiques au statut de ses auteurs. Ainsi, certains sont exclusivement orientés vers la formation universitaire¹⁹⁻²⁰, quand d'autres sont plutôt tournés vers la politique et la reconnaissance de la discipline^{1,11}.

Conclusion

C'est la richesse de ce contexte historique qui nécessite aujourd'hui la production d'un référentiel plus synthétique, consensuel, et élaboré selon une méthode éprouvée au plan national.

La mise en perspective des différentes définitions et référentiels de médecine générale fait tout d'abord apparaître un flou dans les définitions précédentes. Le premier travail du groupe d'élaboration du nouveau référentiel de médecine générale a été de se mettre d'accord sur la sémantique, d'une part, et d'explicitier les objectifs d'utilisation d'autre part.

Ce nouveau référentiel n'a pas pour objectif de fournir une grille d'évaluation ou de servir de référentiel « opposable », mais plutôt de cadrer le cœur du métier de la médecine générale en France aujourd'hui, cadre à partir duquel chaque instance pourra élaborer ses propres outils nécessaires à l'accomplissement de ses missions. Son objectif final est de promouvoir la mise en œuvre d'une procédure permettant de délivrer une autorisation d'exercer établie à partir de critères explicites, lors de l'obtention du diplôme ou plus tard au long de la vie professionnelle. Le conseil de l'Ordre des médecins, en charge de cette procédure, ne peut en tirer que des avantages.

Summary

Abstract. *Since 1974 and the Leeuwenhorst definition, general practitioners tried to define the frame of their speciality, in terms of contents and skills. Several professional groups have already worked out their own definitions and/or reference system. Today, a new official document, made with the collaborative supports of the majority of the general practitioners professional organizations, is published, with the aegis of the inter-ministerial taskforce: "Assessment of the health care professional competencies".*

Before building this professional reference system, the working group had first analyzed all the existing works and published literature. The objective of this study was to analyse contents and objectives of fifteen local, national or international frames of reference, in the field of primary care. From a semantic point of view, the research of a general consensus has drawn a definition of competence, different from activity and from function. It is necessary to differentiate a job frame of reference, a skills frame of reference, a training frame of reference, and a good practice frame of reference.

From contain of these fifteen frames we found eight kinds of competencies : clinical care, specific reasoning, comprehensive and global approach, practice structure and practice tools, relational skills, communication resources public health, and professional skills.

Until now, no frame of reference gathers all taken down vocations. Each is centred on uses that are specific to his author's status.

It is the richness of this historical context which makes today the necessity of producing a more synthetic professional reference system, consensual, evolving and worked out by a specific method (Guy Le Boterf) proven on a national level.



Références

1. Leeuwenhorst Working Party. The General Practitioner in Europe. In: Second European Conference on the Teaching of General Practice. Netherlands: Leeuwenhorst, 1974.
2. Certain MH, Gervais Y, Perrin A. Référentiel professionnel du médecin généraliste. Paris : Osmose, 1999.
3. Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : Éditions d'Organisation, 2006 (4^e éd.)
4. Bernier P, Charbonnier O, Denkwicz B et al. Le guide pratique de la formation. Nanterre : ESF, 2009.
5. Forum français pour la formation ouverte à distance. Référentiel de bonnes pratiques en FOAD. AFNOR, avril 2004 (http://www.fffod.org/index.php?option=com_content&view=article&id=78%3Acompte-rendu-19122006&catid=6%3Apetits-dejeunes-atHEME&Itemid=1).
6. Gay B. What are the basic principles to define general practice? Presented at inaugural meeting of the European society of general practice/family medicine. Strasbourg, 1995.
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice. Time for a new definition. *BMJ* 2000; 320:354-7.
8. Evidence Based Medicine working group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
9. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
10. Engel GL. Sounding board. The biopsychosocial model and medical education. Who are to be the teachers? *N Engl J Med* 1982;306: 802-5.
11. World organisation of family doctors. The role of the general practitioner/family physician in health care systems: a statement from WONCA. *Wonca News. Fam Pract* 1991; 8:iv-viii.
12. World Health Organization. WHO framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. Copenhagen: WHO European Office, 1998.
13. Centre Universitaire de Médecine Générale de l'Université Catholique de Louvain. Référentiel à l'usage du futur médecin généraliste. Décembre 2003 (<http://www.uclouvain.be/12054.html>).
14. Franck JR, Jabbour M, Fréchette D et al. Report of the CanMEDS phase IV working groups. Ottawa: The Royal college of physicians and surgeons of Canada, march 2005.
15. Samuelson M, Goriaux JL, Maulme JM, Née E, Vandebossche S. Pour un référentiel métier du médecin généraliste. Renover l'enseignement de la médecine générale. SFMG, Documents de recherche en médecine générale 1998; 51:1-43.
16. Matillon Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Août 2003 (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/matillon/rapport_matillon.pdf).
17. Matillon Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales. Mars 2006 (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/matillon_0306/rapport.pdf).
18. Matillon Y, Le Boeuf D, Maisonneuve H. Defining and assessing the competence of health care professionals in France. *J Contin Educ Health Prof* 2005;25:290-6.
19. The EURACT Educational agenda of general practice/family medicine. Leuven: European academy of teachers in general practice, 2005 (http://www.euract.org/upload/file/200911/the_euract_educational_agenda.pdf).
20. Université de Rennes 1. Carnet des compétences à acquérir au cours du DES de médecine générale. Septembre 2006 (http://resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/Carnet_de_Compétences_2006.pdf).
21. CEDIP. Le management des compétences. Fiche technique n° 8. La lettre du CEDIP 1999;8 (http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/fichetech8_cle7a6e5f.pdf).
22. Pouchain D, Attali C, de Butler J et al. Médecine Générale. Concepts & Pratiques. Paris : Masson, 1996:5-28.
23. Allen J, Gay B, Crebolder, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002;52:526-7.
24. Compagnon L. L'évaluation des compétences des internes en médecine générale. État des lieux de l'évaluation lors du stage ambulatoire de niveau 1. Octobre 2005 (<http://www.srlf.org/Data/upload/images/file/Cnerm/Pedagogie/compagnon.pdf>).
25. Attali C, Bail P, Magnier AM et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *La revue du praticien médecine générale* 2006;20: 525-6.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt lié au contenu de cet article.