

Référentiel de compétences intégré pour la formation des Médecins Correspondants du SAMU



Sommaire

Sommaire	2
Auteurs	4
Groupe de travail	4
Travaux préliminaires.....	4
Groupe de relecture.....	4
Accompagnement méthodologique	5
Liste des abréviations	6
Introduction.....	8
Cadre de référence professionnel du médecin correspondant du SAMU	9
1. Les textes fondateurs.....	9
2. Définition de la fonction de médecin correspondant du SAMU.....	9
3. Les exigences et les attributs de la fonction de médecin correspondant du SAMU	9
4. Le compte-rendu de son activité	10
5. Une spécificité de compétences à l'interface de deux champs d'exercice professionnel.....	10
Situations/Contextes professionnels du MCS	11
1. Le médecin correspondant du SAMU clinicien au domicile	11
2. Le médecin correspondant du SAMU clinicien en contextes particuliers	11
3. Le médecin correspondant du SAMU clinicien en cabinet	12
4. Le médecin correspondant du SAMU organisateur/gestionnaire	12
5. Le médecin correspondant du SAMU collaborateur-leader	13
Les compétences MCS (macro capacités et capacités)	14
1.Compétences du domaine cognitif : Caractériser une situation critique (urgences vitales, problématiques, organisationnelle, contexte émotionnel...)	14
2.Compétences du domaine opératif : <i>Préparer et conduire une intervention</i>	14
3.Compétences du domaine sensoriel et perceptif : <i>Percevoir les dimensions de l'intervention</i>	15
4.Compétences du domaine réflexif : <i>se projeter dans l'action</i>	15
5.Compétences du domaine social :	15
5.1 Communiquer avec les parties prenantes, coordonner une équipe et collaborer en réseau... 15	
5.1 Communiquer avec les parties prenantes.....	15
5.2 Coordonner une équipe	15
5.3 Collaborer en réseau	15
6.Compétences du domaine psycho-affectif : <i>Optimiser le climat émotionnel</i>	16

7.Compétences du domaine métacognitif : <i>Prendre conscience de ses processus d'apprentissage et de développement professionnel</i>	16
8.Compétences du domaine imaginatif : <i>Mobiliser les ressources de l'imaginaire</i>	16
<i>Critères d'évaluation des compétences : principes généraux, définitions et exemples d'indicateurs</i>	17
<i>Communiquer avec les parties prenantes ; Coordonner une équipe ; Collaborer en réseau</i>	31
<i>Problèmes de santé et de gestion prioritaires : situations professionnelles emblématiques</i>	43
<i>Cadre de référence pédagogique</i>	53
<i>Glossaire</i>	56
<i>Bibliographie</i>	62

Auteurs

Groupe de travail

Coordonnateur du groupe de travail

– Marie Annick HIDOUX, praticien hospitalier (PH) urgentiste cheffe de service du Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) des Hautes-Alpes (05) et SIMULSanté 05, coordonnateur des médecins correspondants du SAMU (MCS) en PACA et membre du conseil d'administration (CA) de Médecins correspondants du SAMU de France (MCS France)

Et

– Bahram CHAYBANY, PH urgentiste, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille (59), membre de la Société française de médecine d'urgence (SFMU)

– Jonathan DUCHENNE, PH urgentiste, chef du département d'addictologie, de médecine d'urgence et de coordination des prélèvements d'organes et de tissus, chef de service du service d'aide médicale urgente (SAMU) du Cantal (15), coprésident du comité de pilotage du dispositif Médecin correspondant du SAMU Auvergne-Rhône-Alpes (MCS AURA), membre de la SFMU

– Aurélie JANCZEWSKI, MCS à Saint Jean Saint Nicolas (05), professeure des universités associée de médecine générale à la faculté de médecine de Marseille et membre du Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

– Patrice SERRE, PH urgentiste à Bourg-en-Bresse (01), membre de la SFMU

– Cyrille VARTANIAN, MCS à Noirmoutier (85), professeur des universités associé de médecine générale à la faculté de médecine de Nantes (44), membre du CNGE et du CA de MCS France

Travaux préliminaires

L'élaboration de ce référentiel de compétences a exploité avec profit les travaux consacrés à l'analyse du travail et des pratiques professionnelles des MCS, effectués dans le cadre de thèses pour le diplôme d'État de docteur en médecine par :

– Caroline BARTHET-BARATEIG, médecin généraliste (1)

– Lucas MARTIN, médecin généraliste (2)

– Marie PICARD et Lucie GALLETTI, médecin généraliste (3)

Groupe de relecture

– Caroline BOURGEOIS, PH urgentiste au SAMU 05 et coordinatrice MCS 05

– Guillaume DEBATY, chef de service du SAMU 38, professeur de médecine d'urgence, membre du CA de la SFMU (France)

– Blaise DEBIEN, PH urgentiste, professeur associé de médecine d'urgence des universités de Montpellier, responsable pédagogique du CESU de l'Hérault (34), vice-président de l'association nationale des centres d'enseignements des soins d'urgence (ANCESU)

- Sandra DELEULE, médecin spécialiste aux urgences à l'hôpital du Jura (Suisse), médecin formatrice dans le domaine des sciences de la santé (Suisse), chargée de mission au sein de l'ANCESU
- Gaël GHENO, PH urgentiste, chef de service de la Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) d'Annecy (74), du CESU de Haute-Savoie, président de l'ANCESU, membre du CA de MCS France
- Pauline OLLIVIER, MCS à Peisey-Nancroix (73), médecin généraliste, vice-présidente de MCS France
- Louis SOULAT, chef de service des urgences du CHU de Rennes (35), professeur associé de médecine d'urgence- université de Rennes membre de SAMU urgences de France (SUdF)

Accompagnement méthodologique

- Jean JOUQUAN, professeur émérite de médecine interne, Université de Bretagne occidentale, Brest (29)
- Florence PARENT, docteure en santé publique, maître de conférences, Université libre de Bruxelles (Belgique)

Liste des abréviations

ANCESU : Association nationale des centres d'enseignements des soins d'urgence

AMU : Aide médicale urgente

APCI : Approche par compétences intégrée

ARM : Assistant de régulation médicale

ARS : Agence régionale de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

BAVU : Ballon auto remplisseur à valve uni directionnelle

BIF : Bloc ilio fascial

CA : Conseil d'administration

CESU : Centres d'enseignements des soins d'urgence

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CNUMU : Collège national des universitaires de médecine d'urgence

CO : Monoxyde de carbone

CPAP : Continuous Positive Airway Pressure (pression positive continue)

DAE : Défibrillateur automatisé externe

DGOS : Direction générale de l'offre des soins

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DSM : Directeur des secours médicaux

ECG : Electrocardiogramme

EMS : Etablissements médico-sociaux

ETCO2 : End tidal CO2

ICS : Infirmier correspondant du SAMU

IM : Intra musculaire

IO : Intra osseuse

IOT : Intubation orotrachéale

ISR : Induction en séquence rapide

ISP : Infirmier sapeur-pompier

IV : Intra veineux

MCE : Massage cardiaque externe

MCS : Médecin correspondant du SAMU

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

PH : Praticien hospitalier

PGHM : Peloton de gendarmerie de haute montagne

PUI : Pharmacie à usage intérieur

RCI : Référentiel de compétences intégré

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SU : Structure des urgences

SDS SIS : Sous-direction santé du service d'incendie et de secours

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SMPM : Secours en milieu périlleux et montagne

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation

SSE : Situations sanitaires exceptionnelles

SUdF : SAMU urgences de France

UNV : Unité neuro vasculaire

VAS : Voies aériennes supérieures

VVP : Voie veineuse périphérique

Introduction

L'élaboration d'un référentiel de compétences du MCS répond à plusieurs objectifs :

1. Favoriser le développement d'une identité professionnelle des MCS
Le MCS exerce sa pratique à l'intersection de deux spécialités, la médecine générale et la médecine d'urgence, et de deux contextes, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Son rôle est spécifique.
2. Promouvoir la reconnaissance de la spécificité de la pratique de MCS par les pairs.
3. Professionnaliser et labelliser les MCS.
4. Renforcer la pertinence des programmes de formations des MCS au plus près des réalités professionnelles.
5. Proposer des outils pédagogiques et d'évaluation de compétences aux structures en charge de la formation initiale ou continue des MCS.
6. Rendre les MCS acteurs de l'élaboration du cadre institutionnel.
7. Prendre en compte les spécificités territoriales et d'inter professionnalité liées à l'exercice des MCS.

Cadre de référence professionnel du médecin correspondant du SAMU

1. Les textes fondateurs

- Circulaire ministérielle DHOS/01 n° 2003-195 du 16 avril (4).
- Décret n° 2006-576 du 22 mai du code de la santé publique (5).
- Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) (6).
- Médecins correspondants du SAMU : guide de déploiement. DGOS — juillet 2013 (7).
- Médecins correspondants du SAMU (MCS) référentiel et évaluation : ANCESU, CNGE, CNUMU, MCS France, SFMU, SUDF juin 2021 (8).
- Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2017 relatif au médecin correspondant du service d'aide médicale urgente (SAMU) (9).

2. Définition de la fonction de médecin correspondant du SAMU

Le MCS est médecin expert de premier recours, formé et équipé pour répondre à l'urgence dans le cadre d'une mission de service public de l'aide médicale urgente (AMU).

Il est un relais médical effecteur compétent des SAMU et il intervient en tant qu'avant-coureur d'une SMUR dans des zones éloignées, sur décision du médecin régulateur du SAMU.

3. Les exigences et les attributs de la fonction de médecin correspondant du SAMU

Le MCS est un volontaire, généraliste ou urgentiste.

Il exerce ou réside dans des zones éligibles à la fonction de MCS.

Il signe une convention de collaborateur occasionnel du service public avec les parties prenantes habilitées (Agence régionale de santé (ARS), directeur d'établissement siège du SAMU).

Il est formé à la fonction selon les modalités régionales, dans le cadre d'une formation initiale et d'une formation continue obligatoires.

Pour assurer ses missions, il dispose d'une dotation en matériel biomédical et en médicaments, dispensée par les circuits de réapprovisionnement des organisations départementales ou régionales MCS.

En tant que collaborateur occasionnel du service public, il intervient sur déclenchement par la régulation médicale du SAMU pour des urgences vitales identifiées ou des situations d'urgence avec risque évolutif avéré dans des lieux différents (voie publique, domicile, cabinet...), ainsi que pour des situations exigeant une mission de MCS validée.

Il met en œuvre des actions de prise en charge initiale urgente des patients, avec l'appui d'une équipe pluri professionnelle (pompiers, ambulanciers, collègues de cabinet, infirmier correspondant du SAMU (ICS)...), selon des protocoles partagés avec les SMUR dans le cadre de l'AMU.

En tant que premier recours médical expert en attendant l'arrivée de la SMUR, il oriente, met en place des gestes techniques et thérapeutiques, et coordonne les équipes de l'AMU. Après évaluation d'une situation clinique, il peut demander l'annulation d'une SMUR en collaboration avec la régulation médicale du SAMU.

Il ne participe pas à la médicalisation des patients au cours des transports vers les centres hospitaliers, en dehors des jonctions avec les SMUR, si nécessaire.

4. Le compte-rendu de son activité

Le MCS transmet au médecin régulateur du SAMU un premier bilan d'évaluation médicale du patient. Puis, secondairement, il établit un dossier d'intervention selon le modèle régional.

Le compte-rendu de mission permet de :

- vérifier l'utilisation conforme des protocoles au service de la sécurité des soins et dans le cadre d'une démarche d'assurance-qualité et du pilotage de ses missions ;
- mettre en évidence des indicateurs de qualité et d'efficacité ;
- tracer l'activité du MCS au sein de son réseau ;
- élaborer un bilan d'activité annuel du réseau MCS ;
- justifier la rémunération contractualisée du MCS.

5. Une spécificité de compétences à l'interface de deux champs d'exercice professionnel

Le MCS agit en mobilisant les compétences de sa discipline d'exercice principal ainsi que celles développées dans le cadre de ses formations complémentaires et obligatoires dédiées à l'activité de MCS. Il fait appel aussi à des capacités d'organisation, de gestion émotionnelle et de coordination interprofessionnelle. Il contribue au développement des liens entre les secteurs ambulatoires et hospitaliers.

Il optimise les moyens humains dans les prises en charge des urgences vitales ou potentiellement vitales.

Il coordonne les acteurs de l'AMU avant l'arrivée des SMUR. Il informe à tout moment le SAMU du déroulement de l'intervention en cours.

Il s'enrichit des expériences des groupes de MCS, des médecins urgentistes et autres médecins spécialistes, ainsi que des différents professionnels de santé à l'occasion des formations.

En vue de la formation des MCS et de la transposition pédagogique du référentiel de compétences des MCS, le plan suivant est proposé.

- Dans un premier temps, pour contextualiser les apprentissages, 5 grandes situations (ou contextes) sont mises en évidence.
- Afin d'évaluer les compétences développées par le MCS en formation, des critères et indicateurs spécifiques sont développés.
- Les compétences (ou macro capacités et capacités) mises en évidence au travers d'une démarche d'analyse du travail réel dispensé par les MCS sont regroupées au sein de 8 grands domaines (cognitif, opératif, sensoriel et perceptif, réflexif, social, psychoaffectif, métacognitif et imaginaire) selon l'approche par compétences intégrée (APCI). Elles seront présentées sous la forme de blocs de compétences accompagnés de leurs critères et d'exemples d'indicateurs d'évaluation.
- Enfin les annexes sont une véritable boîte à outils nécessaires à la bonne compréhension des démarches pour aller vers une transposition pédagogique et un curriculum de formations MCS.

Situations/Contextes professionnels du MCS

Afin de mieux appréhender la contextualisation des apprentissages, et de développer les compétences, 5 situations (ou contextes) sont mises en évidence.

1. Le médecin correspondant du SAMU clinicien au domicile

Le contexte d'intervention à domicile pour un MCS est fréquent.

Le domicile est un endroit difficile pour le MCS. Dans ce contexte, le MCS se trouve rapidement face à des contraintes spatiales, matérielles et humaines. Il découvre les lieux qui ne sont pas toujours adaptés à la prise en charge d'une urgence vitale : ils peuvent être exigus, mal éclairés, voire encombrés, et sans table d'examen.

Le MCS peut être amené à travailler seul et à anticiper l'arrivée des renforts et les moyens à mettre en œuvre. Il doit savoir s'adapter le mieux possible aux contraintes environnementales, organiser les lieux afin de s'installer le plus confortablement possible, en sécurité, pour réaliser des gestes diagnostiques et thérapeutiques de qualité.

Les contraintes peuvent revêtir un caractère humain. Elles peuvent être liées à l'entourage qu'il faudra intégrer judicieusement en fonction de son caractère facilitant ou non. Il pourra ainsi s'aider des proches du patient ou les mettre à distance, par exemple en leur confiant une tâche.

La communication avec le SAMU, les équipes secouristes et la SMUR reste identique à ce qu'elle est dans d'autres contextes. Il peut advenir que le MCS s'auto déclenche à partir du domicile, en lien avec le régulateur du SAMU.

2. Le médecin correspondant du SAMU clinicien en contextes particuliers

On peut différencier cinq grandes localisations qui créent des conditions particulières pour le MCS. Il y a celles dites « nature » (lac, bord de mer, forêts), celles dites « voie publique » (routes, autoroutes, milieu urbain), celles dites « milieu périlleux » (montagne, spéléologie, mer), celles spécifiques aux sports de montagne et celles liées à des situations sanitaires exceptionnelles (SSE).

La particularité des interventions MCS dans ces contextes réside dans le fait que l'environnement peut changer l'ordre de priorisation des actions, notamment pour assurer la mise en sécurité du patient, des intervenants (parmi lesquels le MCS lui-même), et la gestion du public, en fonction des conditions matérielles et météorologiques.

Lors de son intervention, le MCS premier intervenant médical évalue l'environnement physique possiblement à risque évolutif, et l'environnement humain sur lequel il pourra s'appuyer. Il assure la coordination des acteurs, voire des témoins dans le cadre du soin. Il connaît les compétences et prérogatives des différents professionnels des services intervenant conjointement (infirmiers correspondants du SAMU (ICS), forces de l'ordre, sapeurs-pompiers et infirmier sapeur pompiers (ISP), ambulanciers privés, pisteurs secouristes, maîtres-nageurs sauveteurs, mais aussi les équipes spécialisées comme le Peloton de gendarmerie de haute montagne (PGHM), le Secours en milieu périlleux et montagne (SMPM) et les professionnels du secours en mer).

En contexte « nature » ou « milieu périlleux », il doit se focaliser sur les grandes détresses vitales et parfois n'assurer que la gestion primaire secouriste. Il est partie intégrante des équipes spécialisées et s'articule

avec elles pour plus d'efficacité. Il doit prendre en compte le potentiel de défectuosité du matériel lié à des conditions particulières (perfusion qui gèle par exemple) ou la nécessité d'alléger son matériel.

En cas de SSE, il connaît les dispositifs sanitaires et de sécurité civile ainsi que les organisations et chaînes de commandement en rapport. Dans ce contexte, il peut endosser le rôle de directeur des secours médicaux (DSM), jusqu'à l'arrivée des SMUR et être en capacité de trier les victimes selon les règles en vigueur.

3. Le médecin correspondant du SAMU clinicien en cabinet

Le contexte de cabinet médical n'est pas celui où se déroule la majorité des interventions du MCS.

Le cabinet est par essence le lieu de son activité principale en tant que médecin généraliste traitant. Il y prend en charge des patients atteints de pathologies chroniques, mais aussi de pathologies aiguës entrant dans le champ des soins non programmés.

Plus rarement, il est amené à gérer des situations d'urgences vitales ou potentiellement vitales qui se présentent spontanément. Il peut alors « s'auto déclencher ».

Deux types d'activités coexistent : celles programmées ou semi-programmées de médecine générale et celles inopinées de MCS. Le MCS doit pouvoir organiser son cabinet et son emploi du temps pour les interventions MCS. Il doit pouvoir à la fois gérer l'urgence et reprendre son activité classique à l'issue de son intervention en faisant preuve d'adaptabilité et de disponibilité.

Il doit commencer à assurer seul, rapidement et efficacement, la prise en charge d'un problème aigu grave ou potentiellement grave pour tout patient connu ou non.

Il a besoin de prioriser les actions, réaliser les gestes techniques rapidement et correctement, utiliser les protocoles qui lui ont été mis à disposition dans le cadre de son activité MCS.

Il peut solliciter une aide au sein de son cabinet, selon les cas, ses associés ou les autres professionnels de son cabinet voire la patientèle ou la famille. Il devient ainsi le leader de cette équipe.

La communication avec le SAMU (assistant de régulation médicale (ARM) et médecin régulateur) permet : de solliciter après un bilan rapide un moyen adapté et spécialisé, de demander un avis ou une validation d'un protocole de prise en charge et de transmettre un bilan avant transport.

4. Le médecin correspondant du SAMU organisateur/gestionnaire

En complément des interventions pour lesquelles il est sollicité, le MCS doit développer des compétences d'organisateur et de gestionnaire. Ces compétences sont en lien avec la gestion quotidienne territoriale de son matériel, de l'organisation et du compte-rendu de son activité.

Les activités d'organisation et de gestion du MCS doivent s'appuyer en premier lieu sur le modèle de son territoire en prenant en compte les contraintes propres à son secteur d'intervention.

Le MCS organise le suivi qualitatif et quantitatif de sa dotation en lien avec ses différents partenaires comme la SMUR, les prestataires tels que la pharmacie à usage intérieur (PUI), le correspondant biomédical, le coordinateur de réseau etc. Il s'assure du bon renouvellement, de l'intégrité, de la complétude, des durées de conservation et de péremption du matériel biomédical et des médicaments de sa dotation.

Le MCS doit informer ses patients de son statut, car il peut quitter le cabinet à tout instant pour une durée indéterminée s'il est sollicité par le SAMU. Il doit par ailleurs être disponible pour sa formation continue

obligatoire. Des solutions de remplacement et de suivi des parcours de soins de sa patientèle sont recherchées au sein de son cabinet ou du territoire.

En dehors des heures d'ouverture de son cabinet, le déclenchement du MCS dépendra de l'organisation territoriale. Dans certains territoires, les MCS s'organiseront avec le SAMU et l'ARS pour la gestion du planning des astreintes et la rémunération de ces dernières. Dans d'autres territoires, le MCS sera déclenché par le SAMU et acceptera l'intervention s'il est disponible. Une harmonisation de ces organisations est à promouvoir, mais doit pouvoir s'adapter à chaque spécificité territoriale.

À l'issue de son intervention, le MCS doit rendre compte de sa mission dans un dossier d'intervention.

Ce dossier d'intervention permettra le recueil de l'activité MCS départementale et régionale en lien avec les SAMU et, selon les organisations définies sur son territoire, la facturation de sa mission.

5. Le médecin correspondant du SAMU collaborateur-leader

Le MCS, au-delà de sa pratique de soins, doit développer les fonctions de collaborateur et de leader. Il devient un acteur d'une organisation complexe de prise en charge d'un ou plusieurs patients, au sein de laquelle il doit collaborer avec les différents acteurs médicaux, paramédicaux et secouristes, tout en assurant un leadership initial. Il existe deux dimensions de leadership : médico-scientifique et logistico-organisationnel.

Il doit faire preuve d'adaptabilité pour, dans certains cas, débiter seul son intervention. Il endosse ainsi un rôle de secouriste avant de travailler en équipe et de coordonner la prise en charge en prenant le rôle de leader. Le MCS répartit les tâches entre les différentes compétences présentes ; il peut bénéficier du soutien du médecin régulateur du SAMU pour assurer cette coordination. Initialement cette prise en charge peut se faire avec des témoins non secouristes puis avec une équipe pluridisciplinaire de secouristes (pompiers, ambulanciers, secouristes associatifs ou pisteurs) ou avec une équipe pluri professionnelle de métiers de la santé (collègues au sein du cabinet ou d'une maison de santé pluri professionnelle (MSP), ICS, professionnels de la sous-direction santé du service d'incendie et de secours (SDS SIS) infirmiers libéraux ou autres personnels d'un établissement médico-social (EMS), aides-soignants...)

Après la prise en charge initiale, le MCS coordonne les actions et en assure leur suivi (exécution), en lien avec le médecin régulateur du SAMU. Les deux acteurs valident les actions prises et échangent sur celles à anticiper en attendant la prise en charge par la SMUR. Ils organisent les orientations des victimes et identifient les éventuelles filières à activer.

Une fois l'équipe SMUR sur place, le MCS assure avec l'équipe la continuité de la prise en charge préhospitalière du ou des patients, après un temps de relève (transmission des actes réalisés et de leurs horaires). Le transfert du leadership au médecin de la SMUR se réalise en temps utile selon la situation, le nombre et la gravité des victimes.

Après l'intervention, le MCS peut assurer le suivi de la prise en charge auprès des familles ou des proches. Il peut prendre des nouvelles des patients et ainsi assurer le lien médecin-patient et médecin-famille, le cas échéant.

La collaboration du MCS avec les acteurs locaux peut se faire au sein des structures territoriales. Les temps d'échanges permettent d'entretenir ce réseau et les habitudes de collaboration.

Le MCS crée du lien entre la ville et l'hôpital. Il peut être une ressource pour les acteurs politiques locaux dans le domaine du soin et de la prévention.

Les compétences MCS (macro capacités et capacités)

Selon l'approche par compétences intégrée (APCI), les compétences (ou macro capacités et capacités) mises en évidence au travers d'une démarche d'analyse du travail réel dispensé par les MCS sont regroupées au sein de 8 grands domaines :

- Cognitif,
- Opératif,
- Sensoriel et perceptif,
- Réflexif,
- Social,
- Psychoaffectif,
- Métacognitif
- Imaginatif.

1.Compétences du domaine cognitif : Caractériser une situation critique (urgences vitales, problématiques, organisationnelle, contexte émotionnel...)

Définition : prendre en compte toutes les données liées à la situation (clinique, administrative, d'inventaire...) pour mesurer le degré de gravité, potentielle ou avérée, immédiate ou différée.

1.1 Observer la scène

1.2 Analyser les données

1.3 Synthétiser les informations

1.4 Raisonner (de manière non analytique et/ou analytique)

1.5 Catégoriser les situations, les problèmes, les dysfonctionnements et le niveau de gravité

2.Compétences du domaine opératif : Préparer et conduire une intervention

Définition : Répondre à une demande d'intervention et satisfaire les conditions pour une prise en charge optimale.

2.1 Recevoir et accepter l'intervention (motif de déclenchement, lieu d'intervention...)

2.2 Organiser (la continuité de l'activité courante pendant son temps d'intervention, son déplacement sur les lieux...)

2.3 Contrôler (des procédures, des plans, des stocks, du matériel d'intervention...)

2.4 Examiner le patient

2.5 Élaborer une stratégie

2.6 Initier et participer à la sécurisation

2.7 Utiliser les protocoles préétablis

2.8 Traiter et stabiliser le patient

2.9 Mettre en place des mesures de surveillance

3.Compétences du domaine sensoriel et perceptif : *Percevoir les dimensions de l'intervention*

Définition : prendre en compte les conditions et la singularité d'une situation en exploitant les informations fournies par tous les canaux sensoriels y compris la proprioception

3.1 Estimer les conditions environnementales et contextuelles (feu, odeur de gaz, incarceration, température...)

3.2 Percevoir les particularités physiques d'une situation (accessibilité, inconfort, fatigue...)

4.Compétences du domaine réflexif : *se projeter dans l'action*

Définition : Mobiliser des ressources pour concevoir, décider, mettre en œuvre et analyser une intervention

4.1 S'auto-déclencher

4.2 Évaluer les actions

4.3 Réajuster la prise en charge

4.4 Anticiper (une évolution, une complication, une décision...)

4.5 Identifier ses limites

4.6 Planifier (l'intervention, une formation, un débriefing, une concertation...)

5.Compétences du domaine social : *Communiquer avec les parties prenantes, coordonner une équipe et collaborer en réseau*

5.1 Communiquer avec les parties prenantes

Définition : Partager des informations nécessaires à l'interaction des parties prenantes.

5.1.1 Communiquer avec les autres professionnels, le patient, la famille, l'entourage

5.1.2 Vérifier la bonne compréhension de tous les acteurs sur la situation, sur les stratégies et les décisions prises

5.1.3 Transmettre aux parties prenantes (des informations, des consignes, des procédures, des dossiers...)

5.2 Coordonner une équipe

Définition : Mobiliser les ressources et les compétences de chaque intervenant sur place ou à distance pour optimiser le résultat d'une intervention

5.2.1 Diriger et répartir les actions à réaliser

5.2.2 Expliciter (les enjeux, les orientations, les choix, les décisions...)

5.2.3 Délibérer avec les acteurs en présence et les autres partenaires de l'AMU

5.2.4 Solliciter (une expertise, un renfort humain, un vecteur, du matériel...)

5.3 Collaborer en réseau

Définition : participer au maillage territorial des professionnels contribuant au dispositif de l'AMU.

5.3.1 S'investir dans l'organisation des soins sur son territoire

5.3.2 Former (collaborateurs locaux, remplaçants...)

6.Compétences du domaine psycho-affectif : Optimiser le climat émotionnel

Définition : Prendre conscience des dimensions émotionnelles et affectives des situations critiques et prévenir les dysfonctionnements qu'elles peuvent potentiellement engendrer

6.1 Identifier les situations à risque

6.2 Reconnaître, exprimer, réguler et exploiter les émotions pour la pensée et pour l'action

6.3 Rassurer les intervenants, les patients et les proches

6.4 Organiser sa vie personnelle

7.Compétences du domaine métacognitif : Prendre conscience de ses processus d'apprentissage et de développement professionnel

Définition : Mettre en place des processus pour actualiser, compléter ses ressources et améliorer sa pratique professionnelle

7.1 Solliciter, recevoir et accepter une rétroaction

7.2 Assurer son développement professionnel et personnel (entretenir ses compétences et intégrer les évolutions)

7.3 S'auto-entraîner

7.4 Débriefier les interventions vécues comme difficile

8.Compétences du domaine imaginatif : Mobiliser les ressources de l'imaginaire

Définition : Élaborer des solutions à des situations inédites ou insolites

8.1 Créer des ressources originales (outils...)

8.2 Inventer de nouvelles solutions ou alternatives, lorsque la situation l'impose

Critères d'évaluation des compétences : principes généraux, définitions et exemples d'indicateurs

1. Principes généraux :

Les questions à poser ou à se poser en évaluation sont :

- *Est-ce une évaluation formative ou certificative ?*
- *S'agit-il d'une hétéro évaluation face à l'apprenant ou d'une auto évaluation ?*
- *Est-ce que c'est fait ou est-ce que je l'ai fait en situation ? Si oui, de quelle manière ?*
- *Est-ce qu'il pouvait ou je pouvais le faire au final ? Si non, justifier*
- *Peut-il ou puis je expliciter ou s'appuyer ou m'appuyer sur les critères et indicateurs proposés dans les capacités (ou compétences) ?*

Les contextes de l'évaluation sont à préciser :

- *Quelles situations (ou contextes) professionnelles font référence ?*
- *Quels est ou sont le ou les problème(s) de santé prioritaire(s) concerné(s) ?*

2. Définitions des critères d'évaluation en formation MCS

Adaptabilité

Capacité à ajuster ses actions en fonction de l'évolution du contexte et de la situation, et en tenant compte de nouvelles contraintes.

Autonomie

Aptitude à travailler seul ou avec un groupe de personnes, à disposer de capacités matérielles et des ressources adéquates pour prendre des décisions intègres et selon ses propres valeurs professionnelles dans le respect des règles déontologiques.

Bienveillance

Disposition à être attentif aux autres et à agir avec ouverture, convivialité. Elle suppose le respect de la personne et de ses valeurs.

Cohérence

Utilisation d'une démarche logique, rationnelle et structurée sans contradiction interne ou externe. Elle rend claires et lisibles les actions et renforce leur synergie.

Complexité

Prise en compte de la particularité d'une situation, caractérisée par la conjonction de facteurs de causalités intriquées et systémiques, impliquant que plusieurs solutions raisonnablement acceptables puissent être proposées.

Confiance

Perception partagée de la justesse des décisions prises, excluant les processus d'autoritarisme, d'emprise ou de domination.

Créativité

Capacité d'inventivité et d'innovation en mettant en œuvre des modes d'actions et de pensée originaux face à une situation inédite.

Détermination

Disposition à s'engager et agir au regard d'une conviction adéquatement argumentée en dépit d'incertitudes.

Disponibilité

État d'esprit qui favorise l'engagement approprié, physique et mental, dès le déclenchement de l'intervention. Elle nécessite une organisation temporelle et spatiale et favorise les questionnements et sollicitations.

Efficienne

Utilisation des ressources internes et externes (techniques, matérielles, humaines, financières...) de manière optimisée pour favoriser l'atteinte des objectifs et des résultats tout en intégrant les contraintes.

Empathie

Capacité à identifier les états émotionnels, cognitifs et corporels d'autrui. Elle requiert des qualités humaines d'écoute, de respect, de tolérance et de connaissance de soi pour accueillir et tenter de comprendre ce que l'autre vit et ressent, en écho à ses propres affects, représentations cognitives et conditions corporelles.

Interprofessionnalité

Caractéristique d'une stratégie qui prend en compte et respecte les spécificités des rôles de tous les professionnels impliqués au regard du cadre conceptuel et opérationnel commun.

Priorisation

Qualité d'une action qui prend en compte les éléments essentiels dont les différentes séquences sont ordonnées de façon raisonnée au regard des conséquences prévisibles.

Réactivité

Intégration du temps comme un facteur potentiellement péjoratif pour le patient. C'est donc la capacité de se rendre disponible immédiatement, d'alerter, de raisonner cliniquement, de prendre des décisions, et de mener des actions dans un temps adapté qui ne compromette pas les bénéfices pour le patient.

Réflexivité

Capacité à examiner et évaluer ses propres pratiques en situation, dans un but d'optimisation de l'action, et a posteriori, dans une visée de développement professionnel.

Responsabilité

Disposition à rendre compte de ses choix et décisions et à en assumer les conséquences.

Rigueur

Utilisation de manière systématique d'un raisonnement et d'une prise en charge ordonnée et adaptée à la situation en accord avec les référentiels scientifiques et de manière maîtrisée. Elle vise à limiter les risques pour le patient et les équipes. Elle implique de connaître les données de la science et leurs limites, de les utiliser avec discernement, de respecter les protocoles, de maîtriser les outils et les techniques et de mettre à jour ses connaissances.

DOMAINE COGNITIF :

Caractériser une situation critique (urgences vitales, problématiques, organisationnelles, contexte émotionnel...)

COMPETENCES 1 Prendre en compte toutes les données liées à la situation (clinique, administrative, d'inventaire...) pour mesurer le degré de gravité, potentielle ou avérée, immédiate ou différée.	COMPETENCE 1.1 :	
	OBSERVER LA SCENE	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Autonomie	– Comment est pris en compte la dangerosité du contexte ? – A-t-il recours à de l'aide matérielle ou humaine ?
	Disponibilité	– Prend-il du recul avant d'agir ?
	COMPETENCE 1.2 :	
	ANALYSER LES DONNEES	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Efficience	– Intègre-t-il les éléments d'interrogatoire ? – Intègre-t-il les paramètres vitaux dans sa démarche ?
	Cohérence	– Interprète-t-il les données collectées judicieusement ?

DOMAINE OPERATIF :

Préparer et conduire une intervention

	COMPETENCE 2.1 : RECEVOIR ET ACCEPTER l'INTERVENTION (motif de déclenchement, lieu d'intervention...)
--	---

CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
-----------------------	----------------------

--	--	--

COMPETENCES 2		
----------------------	--	--

Répondre à une demande d'intervention, et satisfaire les	– Informe-t-il le SAMU de sa disponibilité ?
--	--

conditions pour une prise en charge optimale.

Disponibilità

- Comment gère-t-il l'interruption de tâche ?

COMPETENCES 2 Répondre à une demande d'intervention, et satisfaire les conditions pour une prise en charge optimale.	COMPETENCE 2.2 : ORGANISER (la continuité de l'activité courante pendants son temps d'intervention, son déplacement sur les lieux...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Efficiencie	– Connaît-il les routes de son secteur et les contraintes d'accès ? – Connaît-il les lieux d'intervention ? – Est-il équipé d'une signalisation visuelle ou sonore ?
	Adaptabilité	– Comment gère-t-il l'interruption de la prise en charge du patient en cours de consultation ? – Quelle organisation met-il en place pendant son absence ?
	COMPETENCE 2.3 : CONTROLLER (des procédures, des plans, du matériel d'intervention...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Rigueur	– La dotation est-elle vérifiée de façon régulière ? – Quelles modalités de suivi des procédures territoriales et recommandations met-il en place ?
	Autonomie	– S'approprie-t-il les outils mis à disposition (dotation, procédures...) ?

COMPETENCES 2 Répondre à une demande d'intervention, et satisfaire les conditions pour une prise en charge optimale.	COMPETENCE 2.4 : EXAMINER LE PATIENT	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	<i>Empathie</i>	– Comment appréhende-t-il le vécu du patient dans une situation d'urgence ?
		– Comment rassure-t-il le patient ?
	<i>Adaptabilité</i>	– Ajuste-t-il son examen au contexte médical ?
		– Ajuste-t-il son examen au contexte environnemental ?
	COMPETENCE 2.5 : ELABORER UNE STRATEGIE	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	<i>Priorisation</i>	– Évalue-t-il l'importance des différentes actions à mettre en place ?
		– Planifie-t-il ses actions en fonction du contexte ? Et de manière concomitante ?
	<i>Complexité</i>	– Envisage-t-il des stratégies alternatives ?

COMPETENCES 2 Répondre à une demande d'intervention, et satisfaire les conditions pour une prise en charge optimale.	COMPETENCE 2.6 : INITIER ET PARTICIPER A LA SECURISATION	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Cohérence	– Sécurise-t-il l'intervention avant toute action ?
		– Prend-il en compte le risque ?
	Confiance	– Intègre-t-il les contraintes et les actions de chaque intervenant sur la prise en charge ?
		– Respecte-t-il les rôles propres de chaque acteur ?
	COMPETENCE 2.7 : UTILISER LES PROTOCOLES PRE ETABLIS	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Rigueur	– Connaît-il les protocoles à appliquer ?
		– Anticipe-t-il la suite de la prise en charge ?
		– Maîtrise-t-il les gestes techniques afin de les pratiquer en toute situation ?
	Adaptabilité	– Ajuste-t-il la prise en charge en fonction de la situation ?

COMPETENCES 2 Répondre à une demande d'intervention, et satisfaire les conditions pour une prise en charge optimale.	COMPETENCE 2.8 : TRAITER ET STABILISER LE PATIENT	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	<i>Réflexivité</i>	– Ré-évalue-t-il périodiquement la situation ? – Modifie-t-il judicieusement la stratégie pour préserver l'atteinte des objectifs ? – Applique-t-il un plan d'action thérapeutique ?
	<i>Détermination</i>	– Agit-il avec constance au regard des objectifs définis ?
	COMPETENCE 2.9 : METTRE EN PLACE DES MESURES DE SURVEILLANCE	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	<i>Adaptabilité</i>	– Modifie-t-il les méthodes de surveillance au regard de la situation ?
	<i>Inter professionnalité</i>	– Mobilise-t-il les ressources humaines à disposition pour la surveillance du patient et de la situation ?

DOMAINE SENSORIEL ET PERCEPTIF :

Percevoir les dimensions de l'intervention

COMPETENCES 3 Prendre en compte les conditions et la singularité d'une situation en exploitant les informations fournies par tous les canaux sensoriels y compris la proprioception	COMPETENCE 3.1 : ESTIMER LES CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES ET CONTEXTUELLES (feu, odeur de gaz, incarcération, température...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Adaptabilité	– Garde-t-il présent à l'esprit qu'il faut protéger ou se protéger avant d'intervenir ?
	COMPETENCE 3.2 : PERCEVOIR LES PARTICULARITES PHYSIQUES D'UNE SITUATION (accessibilité, inconfort, fatigue...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Adaptabilité	– Identifie-t-il les conditions dans lesquelles il va travailler ? – Modifie-t-il son mode d'exercice ?

DOMAINE REFLEXIF

Se projeter dans l'action

COMPETENCES 4 Mobiliser des ressources pour concevoir, décider, mettre en œuvre et analyser une intervention	COMPETENCE 4.1 : S'AUTO DECLENCHER	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Adaptabilité	– Perçoit-il qu'une situation initiale commune se dégrade et nécessite l'auto-déclenchement ?
	Réactivité	– S'auto-déclenche-t-il rapidement lorsque la situation le nécessite ?
	COMPETENCE 4.2 : EVALUER LES ACTIONS	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Réflexivité	– S'interroge-t-il sur ses pratiques en intervention pour en déterminer les limites et les faire progresser ?
	Rigueur	– Sollicite-t-il différentes sources de rétroactions (feed-back) pour valider son jugement et ses décisions ?

COMPETENCES 4 Mobiliser des ressources pour concevoir, décider, mettre en œuvre et analyser une intervention	COMPETENCE 4.3 : REAJUSTER SA PRISE EN CHARGE	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Adaptabilité	– Prend-il en compte les nouvelles contraintes pour la suite de la prise en charge ?
	Efficience	– Adosse-t-il ses réévaluations aux protocoles disponibles ?
	Complexité	– Intègre-t-il que la prise en charge peut être menée de différentes manières, et que la solution n'est pas forcément unique ?
	COMPETENCE 4.4 : ANTICIPER (une évolution, une complication, une décision...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Cohérence	– Organise-t-il sa pensée et ses actions avec logique dans le processus d'anticipation ?

COMPETENCES 4 Mobiliser des ressources pour concevoir, décider, mettre en œuvre et analyser une intervention	COMPETENCE 4.5 : IDENTIFIER SES LIMITES	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	<i>Réflexivité</i>	– Examine-t-il ses pratiques et ses aptitudes afin d'en trouver les limites ?
	<i>Responsabilité</i>	– Perçoit-il que ses limites peuvent entraîner des répercussions médicales pour le patient ? – Les intègre-t-il dans ses décisions pour maintenir la sécurité du patient ?
	COMPETENCE 4.6 : PLANIFIER (l'intervention, une formation, un débriefing, une concertation...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	<i>Efficience</i>	– Prend-il en compte le contexte ?
	<i>Inter professionnalité</i>	– Respecte-t-il les rôles et limites de chacun lorsqu'il organise une interaction avec les autres professionnels de l'AMU ?

DOMAINE SOCIAL

Communiquer avec les parties prenantes ; Coordonner une équipe ; Collaborer en réseau

DOMAINE SOCIAL
Communiquer avec les parties prenantes ; Coordonner une équipe ; Collaborer en réseau

COMPETENCES 5.1 Partager des informations nécessaires à l'interaction des parties prenantes.	COMPETENCE 5.1.1 : COMMUNIQUER AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS, LE PATIENT, LA FAMILLE, L'ENTOURAGE	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Bienveillance Empathie	– Se rend-il disponible pour adapter son discours aux valeurs et attitudes de son interlocuteur ? – Met-il en œuvre ses capacités d'écoute et de perception émotionnelle lorsqu'il communique avec les proches du patient ? – Adapte-t-il son discours à l'état émotionnel des proches ? – Prend-il le temps de communiquer dans un espace approprié ?

COMPETENCES 5.1 Partager des informations nécessaires à l'interaction des parties prenantes	COMPETENCE 5.1.2 : VERIFIER LA BONNE COMPREHENSION DE TOUS LES ACTEURS SUR LA SITUATION, SUR LES STRATEGIES ET LES DECISIONS PRISES	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Efficiency	– Utilise-t-il des phrases claires ?
	Bienveillance	– Utilise-t-il la reformulation lorsque c'est nécessaire ? – Prend-il le temps de répéter ou de faire répéter une consigne, s'il perçoit que les intervenants ne sont pas certains de la prise en charge ?
	COMPETENCE 5.1.3 : TRANSMETTRE AUX PARTIES PRENANTES (des informations, des consignes, des procédures, des dossiers...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Rigueur	– Communique-t-il aux interlocuteurs concernés les informations nécessaires ? – Les transmet-il au moment opportun ? – Note-t-il les éléments principaux nécessaires à son dossier d'intervention ?

COMPETENCES 5.2 Mobiliser les ressources et les compétences de chaque intervenant sur place ou à distance pour optimiser le résultat d'une intervention	COMPETENCE 5.2.2 : EXPLICITER (les enjeux, les orientations, les choix, les décisions...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Cohérence	– Explique-t-il clairement ses décisions, les arguments sous-jacents et les objectifs à atteindre ?
	Effcience	– Vérifie-t-il la compréhension et l'adhésion de l'équipe ?
	COMPETENCE 5.2.3 : DELIBERER AVEC LES ACTEURS EN PRESENCE ET LES AUTRES PARTENAIRES DE L'AMU	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Effcience	- Sollicite-t-il adéquatement les différents partenaires ?
Inter professionnalité	- Permet-il la collégialité ?	
	- Prend-il une décision qui respecte le rôle spécifique de chacun ?	
Confiance	- Incarne-t-il une posture qui permet l'adhésion de l'ensemble des intervenants	

COMPETENCES 5.2 Mobiliser les ressources et les compétences de chaque intervenant sur place ou à distance pour optimiser le résultat d'une intervention	COMPETENCE 5.2.4 : SOLLICITER (une expertise, un renfort humain, un vecteur, du matériel...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	<i>Efficienc</i>	– Mobilise-t-il les ressources adaptées aux besoins ? – Le fait-il au moment opportun ?

COMPETENCES 5.3 Participer au maillage territorial des professionnels contribuant au dispositif de l'AMU.	COMPETENCE 5.3.1 : S'INVESTIR DANS L'ORGANISATION DES SOINS SUR SON TERRITOIRE	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Efficienc	– Identifie-t-il les acteurs du territoire ainsi que leurs compétences leurs missions et leurs ressources ?
	Inter professionnalité	– Intègre-t-il judicieusement les ressources et compétences de chacun des acteurs de son territoire ?
	Autonomie	– S'adapte-t-il à son environnement ? – S'enquiert-il de façon proactive de l'organisation territoriale des soins ?
	COMPETENCE 5.3.2 : FORMER (collaborateurs locaux, remplaçants...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Cohérence	– Informe-t-il ses collaborateurs ou ses remplaçants des contraintes organisationnelles liées à son rôle de MCS ?
	Bienveillance	– Accompagne-t-il ses collaborateurs ou ses remplaçants en étant attentif à leurs réactions et opinions sur son organisation de MCS ?

DOMAINE PSYCHO-AFFECTIF		
	<i>Optimiser le climat émotionnel</i>	
COMPETENCES 6 Prendre conscience des dimensions émotionnelles et affectives des situations critiques et prévenir les dysfonctionnements qu'elles peuvent potentiellement engendrer	COMPETENCE 6.1 :	
	IDENTIFIER LES SITUATIONS A RISQUE	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Complexité	– Prend-il en compte les différents éléments d'une intervention qui peuvent être à risque d'un impact émotionnel pour les intervenants et pour lui-même ? – Prend-il en compte qu'il n'y a pas nécessairement une seule manière de gérer cet impact ?
	Adaptabilité	– Ajuste-t-il, en fonction des situations à risque émotionnel, sa posture et sa prise en charge ?

COMPETENCES 6 Prendre conscience des dimensions émotionnelles et affectives des situations critiques et prévenir les dysfonctionnements qu'elles peuvent potentiellement engendrer	COMPETENCE 6.2 : RECONNAITRE, EXPRIMER, REGULER ET EXPLOITER LES EMOTIONS POUR LA PENSEE ET POUR L'ACTION	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	<i>Réflexivité</i>	– Analyse-t-il ses réactions émotionnelles lors d'une intervention ? – Partage-t-il judicieusement ses émotions lorsque la prise en charge le nécessite ? – Perçoit-il que ses émotions peuvent permettre une amélioration de son analyse ?
	<i>Effcience</i>	– Régule-t-il ses émotions, afin qu'elles n'altèrent pas la qualité de sa prise en charge ?
	<i>Adaptabilité</i>	– Met -il en jeu ses émotions pour s'adapter à un changement imprévu dans l'évolution de la prise en charge ? – Perçoit-il que ses émotions peuvent permettre une amélioration de ses réactions ?

COMPETENCES 6 Prendre conscience des dimensions émotionnelles et affectives des situations critiques et prévenir les dysfonctionnements qu'elles peuvent potentiellement engendrer	COMPETENCE 6.3 : RASSURER LES INTERVENANTS, LES PATIENTS ET LES PROCHES	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Empathie	– Identifie-t-il les émotions des autres personnes présentes lors de l'intervention ? – Organise-t-il sa prise en charge afin de permettre aux autres intervenants d'exprimer leurs émotions ?
	Bienveillance	– Intègre-t-il les émotions des autres personnes lors de l'intervention ? – Prend-il en charge éventuellement les besoins émotionnels des autres intervenants ou proches, pendant ou après l'intervention ?
	COMPETENCE 6.4 : ORGANISER SA VIE PERSONNELLE	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Autonomie	– Organise-t-il sa vie personnelle pour qu'elle soit compatible avec son activité de MCS ? – Pose-t-il ses limites personnelles, afin que son activité de MCS ne devienne pas une difficulté ?
	Adaptabilité	– Ajuste-t-il de façon équilibrée son organisation en fonction du temps, de l'évolution de sa vie personnelle et professionnelle ?

DOMAINE META-COGNITIF

Prendre conscience de ses processus d'apprentissage et de développement professionnel

COMPETENCES 7 Mettre en place des processus pour actualiser, compléter ses ressources et améliorer sa pratique professionnelle	COMPETENCE 7.1 :	
	SOLLICITER, RECEVOIR ET ACCEPTER UNE RETROACTION	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	<i>Inter professionnalité</i>	– Prend-il en compte les suggestions de l'équipe en cours d'intervention ?
	<i>Disponibilité</i>	– Prend-il en compte les éléments de la supervision indirecte ? – Répond-il aux questionnements et besoins de l'équipe ?
	COMPETENCE 7.2 :	
	ASSURER SON DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET PERSONNEL (entretenir ses compétences et intégrer les évolutions)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	<i>Rigueur</i>	– Prend-il en compte les données actualisées ?
	<i>Autonomie</i>	– S'engage-t-il dans une démarche d'analyse de ses pratiques professionnelles ? – Met -il en œuvre des actions pour maintenir et développer ses compétences ?

DOMAINE IMAGINATIF

Mobiliser les ressources de l'imaginaire

COMPETENCES 8 Élaborer des solutions à des situations inédites ou insolites	COMPETENCE 8.1 : CREER DES RESSOURCES ORIGINALES (outils...)	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Créativité	– Met- il en jeu son esprit inventif, pour produire un outil adapté, et qui correspond à un besoin peu fréquent ?
	Adaptabilité	– Adapte-t-il son outil en fonction des situations réellement rencontrées ?
	COMPETENCE 8.2 : INVENTER DE NOUVELLES SOLUTIONS OU ALTERNATIVES, LORSQUE LA SITUATION L'IMPOSE	
	CRITERES D'EVALUATION	EXEMPLE D'INDICATEUR
	Créativité	– Utilise-t-il son inventivité pour mettre en œuvre des actes/décisions non protocolisées, lorsque la situation est inédite ?
	Adaptabilité	– S'adapte-t-il à l'évolution de la situation, lorsqu'il met en œuvre sa solution originale ? – Est-il en mesure de remettre en jeu des protocoles connus dès que la situation redevient plus habituelle ?
	Détermination	– Va-t-il au bout de sa démarche lorsqu'il l'a initiée ? – Est-il en mesure d'emmener les autres intervenants dans cette prise en charge originale ?
	Effcience	– Utilise-t-il d'abord les protocoles existants avant d'envisager d'inventer une nouvelle solution ?

Problèmes de santé et de gestion prioritaires : situations professionnelles emblématiques

PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE GESTION	ACTES TECHNIQUES	PRÉVALENCE PAR RÉGION
X si très concerné par		
<u>CARDIO VASCULAIRE</u>		
Douleurs thoraciques	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Electrocardiogramme (ECG) 12 à 18 dérivations - Démarche étiologique - Voie veineuse périphérique (VVP)+ bilan biologique à prélever - Antalgie - Stratégies thérapeutiques protocolisées adaptées aux étiologies - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
Arrêt cardiaque : - Adultes	- Massage cardiaque externe (MCE) - Défibrillateur manuel ou défibrillateur automatisé externe (DAE) - Ventilation au Ballon auto remplisseur à valve uni directionnelle (BAVU) + Oxygène - Pose de voie veineuse périphérique (VVP) ou d'Intra Osseuse (IO) - Stratégies thérapeutiques - Monitoring scope et end tidal CO2 (ETCO2) - Intubation orotrachéale (IOT) et dispositif supra-glottique	Rural : X Montagne : X Mer : X
- Enfants, nourrissons	- spécificités pédiatriques	

PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE GESTION	ACTES TECHNIQUES	PRÉVALENCE PAR RÉGION X si très concerné par
Troubles du rythme et de la conduction	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Démarche étiologique - VVP - ECG - Stratégies thérapeutiques - Cardioversion synchronisée - Surveillance des paramètres vitaux	
<u>RESPIRATOIRE</u>		
Détresse respiratoire aiguë	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Oxygénothérapie - Démarche étiologique - Aérosolthérapie - Exsufflation de pneumothorax - Extraction de corps étranger sous laryngoscope - CPAP Boussignac (Continuous Positive Airway Pressure (pression positive continue)) - VVP - ECG - Stratégies thérapeutiques - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
<u>TRAUMATOLOGIE</u>		

PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE GESTION	ACTES TECHNIQUES	PRÉVALENCE PAR RÉGION X si très concerné par
Traumatisé sévère	- Grader : A, B et C, bilan flash - Monitoring complet des paramètres vitaux - VVP - Expansion volémique/hypotension permissive - Antalgie/analgesie - Réaxer fractures - Immobiliser, ceinture pelvienne, collier cervical - Techniques de damage control - Orientation vers trauma center avec SAMU - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
Traumatisme isolé	- Monitoring complet des paramètres vitaux - VVP - Antalgie/analgesie - Réaxer /réduire fractures, luxations - Immobiliser - Bloc Iliofascial (BIF)	Rural : X Montagne : X Mer : X
<u>NEUROLOGIE/PSYCHIATRIE</u>		
Accident vasculaire cérébral (AVC)	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Glycémie capillaire - Démarche étiologique - VVP - ECG - Orienter vers unité neuro vasculaire (UNV) ou structure des urgences (SU) avec thrombolyse et télé-médecine en lien avec le SAMU - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
État de Mal épileptique	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Démarche étiologique	Rural : X Montagne : X

PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE GESTION	ACTES TECHNIQUES	PRÉVALENCE PAR RÉGION X si très concerné par
	- VVP - Stratégies thérapeutiques - Induction en séquence rapide (ISR) en accord avec le SAMU - Surveillance des paramètres vitaux	Mer : X
Coma	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Démarche étiologique - Glycémie capillaire - Protéger et libérer les voies aériennes supérieures (VAS) - VVP - ECG - Stratégies thérapeutiques - ISR avec accord SAMU - ETCO2 - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
Agitation	- Démarche étiologique - Sédation chimique - Monitoring complet des paramètres vitaux - Certificats d'hospitalisation sans consentement - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
<u>PATHOLOGIES CIRCONSTANCIELLES</u>		
Anaphylaxie	- Adrénaline intra musculaire (IM), intra veineuse (IV) - Monitoring complet des paramètres vitaux - VVP - Expansion volémique - Stratégies thérapeutiques - Aérosols - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
Brûlures	- Monitoring complet des paramètres vitaux - VVP - Expansion volémique	Rural : X Montagne : X

PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE GESTION	ACTES TECHNIQUES	PRÉVALENCE PAR RÉGION X si très concerné par
	- Antalgie - Qualifier la gravité : surface corporelle brûlée, profondeur, localisation - Oxygénothérapie systématique en cas de brûlures graves - ISR avec accord SAMU - Orienter en lien avec le SAMU - Surveillance des paramètres vitaux	Mer : X
Intoxication au CO et aux fumées d'incendies	- Oxygénothérapie - Détecteur de Monoxyde de Carbone (CO) - Monitoring complet des paramètres vitaux - VVP - ECG - Stratégies thérapeutiques - Hydroxy cobalamine (Cyanokit®) - Orientation en lien avec le SAMU - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
Morsures de serpent	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Grader - VVP - Remplissage - Stratégies thérapeutiques - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
Noyades	- Grader - Monitoring complet des paramètres vitaux - Oxygénothérapie	Rural : Montagne :

PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE GESTION	ACTES TECHNIQUES	PRÉVALENCE PAR RÉGION X si très concerné par
	- VVP - Stratégies thérapeutiques - Réanimation cardio-pulmonaire - Surveillance des paramètres vitaux	Mer : X
Accident de plongée	- Oxygénothérapie - Monitoring complet des paramètres vitaux - VVP - Orientation vers caisson hyperbare en lien avec le SAMU - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : Montagne : Mer : X
Choc	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Stratégies étiologiques - VVP ou IO - Stratégies thérapeutiques - Remplissage adapté à la pression artérielle moyenne - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
Multi Victimes	- Gestion du tri : urgences absolues, urgences relatives, impliqués et décédés - Gestes de damage control : garrot tourniquet - DSM transitoire - Travail en équipes pluridisciplinaires	Rural : X Montagne : X Mer : X
<u>OBSTÉTRIQUE</u>		
Accouchement inopiné imminent et eutocique	- Prévention des dystocies et complications - Préparer la maman et le matériel : monitoring	Rural : X Montagne : X

PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE GESTION	ACTES TECHNIQUES	PRÉVALENCE PAR RÉGION X si très concerné par
	complet des paramètres vitaux - Toucher vaginal après recueil du consentement - Nutation du bassin - VVP - Oxytocine pour délivrance dirigée - Clampage cordon - Gestion circulaire du cordon - Délivrance naturelle < 30 min - Surveillance des paramètres vitaux Accueil bébé : - Chaleur : peau à peau, bonnet - Surveillance : vigilance sereine	Mer : X
Accouchement dystocique	- Les gestes qui sauvent un siège - Ceux de dystocies des épaules	Rural : X Montagne : X Mer : X
Hémorragie de la délivrance	- Monitoring complet des paramètres vitaux - VVP - Expansion volémique - Stratégies thérapeutiques dont l'administration de l'acide tranexamique - Massage du fond utérin - Orientation en lien avec le SAMU	Rural : X Montagne : X Mer : X

PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE GESTION	ACTES TECHNIQUES	PRÉVALENCE PAR RÉGION X si très concerné par
	- Délivrance artificielle et révision utérine de sauvetage en accord avec le SAMU, uniquement en cas de situation hémorragique sévère non contrôlée, - Surveillance des paramètres vitaux	
Troubles de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine	- 3 questions fondamentales : terme, crie ou respire et tonus - Monitorer la fréquence cardiaque - Stratégie thérapeutique A, B, C D et E - Sécher stimuler - Ventiler au BAVU sans puis avec oxygène - Compressions thoraciques - IOT - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
<u>PEDIATRIE</u> Particularités pédiatriques de prise en charge		
Détresse respiratoire	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Quick Look - Oxygénothérapie - Démarche étiologique - Aérosolthérapie	Rural : X Montagne : X Mer : X

PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE GESTION	ACTES TECHNIQUES	PRÉVALENCE PAR RÉGION X si très concerné par
	- VVP ou IO - Stratégies thérapeutiques - Surveillance des paramètres vitaux	
Convulsions et État de mal convulsif	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Démarche étiologique - VVP ou IO - Stratégies thérapeutiques - Surveillance des paramètres vitaux - Décisions d'hospitalisation avec le SAMU	Rural : X Montagne : X Mer : X
Méningococcie	- Monitoring complet des paramètres vitaux - Démarche étiologique - VVP ou IO - Expansion volémique - Ceftriaxone en urgence - Stratégies thérapeutiques - Surveillance des paramètres vitaux	Rural : X Montagne : X Mer : X
Traumatisé Sévère	- Grader : A, B et C, bilan flash - Monitoring complet des paramètres vitaux - VVP ou IO - Expansion volémique/hypotension permissive - Antalgie/analgésie - Réaxer fractures - Immobiliser	Rural : X Montagne : X Mer : X

PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE GESTION	ACTES TECHNIQUES	PRÉVALENCE PAR RÉGION X si très concerné par
	- Techniques de damage control - Orientation vers trauma center en liaison avec le SAMU - Surveillance des paramètres vitaux	
<u>GESTION</u>		
Avant intervention	- Dotation complète et sécurisée - Vérification des péremptions - Astreintes ou indisponibilités transmises au SAMU - Coordonnées actualisées	
Après intervention	- Fiche d'intervention renseignée et envoyée - Commande de matériels consommables et médicaments - Sac refait	

Cadre de référence pédagogique

Cette rubrique clarifie les orientations pédagogiques générales et spécifiques que les organisations concernées par la formation des médecins correspondants du SAMU souhaitent favoriser. Elle propose un cadre de référence pour la construction des référentiels de formation et d'évaluation, lors de la préparation et de la mise en œuvre des dispositifs pédagogiques et d'évaluation dédiés à la formation initiale ou continue des MCS.

Le choix de se référer à la perspective de l'approche par compétences cherche à dépasser certaines limites reconnues à des courants plus traditionnels tels que, par exemple, celui de la pédagogie par objectifs ou, plus ordinairement, celui de l'approche transmissive de contenus disciplinaires, lorsque sont visées chez les professionnels concernés des savoirs agir complexes, transposables en situation professionnelle réelle. L'inscription d'un programme de formation dans le cadre d'une approche par compétences à trois implications :

- 1) redéfinir ce qui est à enseigner et à apprendre à partir d'une analyse de l'activité des professionnels concernés ;
- 2) énoncer ce qui est à enseigner et à apprendre (l'objet des activités d'enseignement et d'apprentissage) sous la forme d'un référentiel de compétences ;
- 3) organiser les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation dans le cadre de dispositifs pédagogiques appropriés, pour favoriser le développement de capacités qui permettront d'agir adéquatement en situation professionnelle et certifier les compétences.

L'approche par compétences intégrée ^[1, 2], qui a servi de cadre conceptuel et méthodologique pour l'élaboration du présent référentiel de compétences, se caractérise par une triple démarche pour traduire l'activité professionnelle en objet d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation :

- 1) une approche située, qui décrit les situations professionnelles où s'opérationnalisent les pratiques professionnelles, au regard des rôles (ou fonctions) professionnels concernés et des milieux (ou contextes) où ils sont mis en œuvre ;
- 2) une approche analytique, qui décrit les différentes catégories de ressources que les professionnels mobilisent pour agir en situation et qui sont respectivement nommées macro-capacités (en lien avec l'analyse des activités les plus générales) ou capacités (en lien avec une analyse de tâches ou opérations plus spécifiques) ;
- 3) une approche critériée, qui explicite les critères, appréhendables à l'aide d'indicateurs, au regard desquels le caractère adéquat des pratiques professionnelles concernées peut être examiné.

D'une façon générale, l'approche par compétences promeut des activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation qui recourent aux méthodes actives en pédagogie. Il s'agit de créer les conditions favorables à un engagement et à une persévérance des apprenants dans des apprentissages en profondeur et signifiants, dans le but de favoriser la pratique réflexive. Ces conditions se caractérisent davantage par les principes pédagogiques sous-jacents et par les activités d'apprentissages qu'elles permettent de susciter, plutôt que par un recours orthodoxe à des formats d'interventions ou à des outils spécifiques. Certains dispositifs sont cependant plus particulièrement pertinents, tels que ceux recourant à la simulation, à la supervision (tutorat ou autre forme de rétroaction formative), le partage d'expériences ou les études de cas, l'apprentissage par problème, la pédagogie par projet.

Les dispositifs de formation qui se réclament de ce courant, et qui recourent aux méthodes qu'il inspire, impliquent un engagement important à la fois de la part des médecins en formation et des formateurs. Les activités attendues des professionnels en formation sont en effet exigeantes, tout comme l'est le rôle qui

consiste, de la part des formateurs, à leur apporter la supervision nécessaire pour qu'ils y réussissent. Le temps à y consacrer est, en tout état de cause, une dimension irréductible dont il faut prendre toute la mesure.

En lien avec le référentiel de compétences, **les principes directeurs essentiels à prendre en compte au moment de la conception et de la mise en œuvre des dispositifs pédagogiques et d'évaluation** sont les suivants :

1) Contextualiser les activités d'apprentissage et d'évaluation

Les différentes séquences de formation (modules, unités d'enseignement, stages...) devront être organisées en lien avec les situations professionnelles. Pour favoriser la motivation à apprendre et le transfert (réutilisation des apprentissages dans des contextes différents), les différentes activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation devront être centrées sur l'analyse, la résolution ou l'évaluation d'une problématique professionnelle caractérisée par sa forte authenticité.

2) Centrer les interventions pédagogiques sur l'apprentissage d'un savoir-agir, en lien avec les compétences visées

Quelles que soient leurs modalités (études de cas, apprentissage par problèmes, activités recourant à la simulation, conférences et exposés, travail personnel à partir de lectures recommandées, élaboration d'un portfolio, etc.), les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation devraient inciter le professionnel en formation à s'engager de façon active et responsable dans ses apprentissages :

- En sollicitant ses connaissances antérieures ;
- En favorisant son recours à tout le répertoire des stratégies d'apprentissage ;
- En visant la construction à la fois de connaissances déclaratives et de connaissances d'action, en lien avec les macro-capacités et les capacités du référentiel.

3) Favoriser la réflexivité et la pensée critique, notamment grâce à un dispositif approprié d'évaluation des apprentissages.

Ce dispositif d'évaluation des apprentissages devra :

- Privilégier des activités et des tâches contextualisées ;
- S'appuyer sur des critères et des indicateurs, décrits dans le référentiel de compétences grâce à des descripteurs qualitatifs ;
- Et recourir à des observations récurrentes par de multiples observateurs, de manière à documenter un parcours de développement des compétences.

4) Accompagner le développement progressif de l'autonomie des professionnels en formation.

L'autonomie des professionnels en formation doit être considérée comme une visée, résultant d'apprentissages, s'exerçant dans le cadre d'interactions sociales, et non comme une disposition individuelle s'exerçant en autarcie. Il convient d'accompagner son développement par des interventions appropriées, en lien avec les compétences décrites dans le référentiel.

Les capacités d'auto-évaluation et d'auto-direction des apprentissages devront notamment être assistées par :

- L'apport de rétroactions itératives, dans le cadre d'un compagnonnage cognitif formel, sous la forme de différents types de supervision et d'un tutorat ;
- Le recours à l'exploitation explicite du modèle de rôle.

5) Créer les conditions d'une authentique communauté d'enseignement et d'apprentissage

La perspective socio-constructiviste de l'enseignement et de l'apprentissage considère que, dans le respect des rôles et fonctions des uns et des autres, les professionnels en formation et leurs formateurs apprennent

ensemble, dans une démarche de développement personnel, professionnel et interprofessionnel partagé. Ceci implique la construction de capacités de communication et d'écoute, ainsi que l'adoption d'attitudes de confiance, ouvertes et bienveillantes, centrées sur une posture de reconnaissance plutôt que de contrôle, favorables à l'exercice de l'inter professionnalité.

^[1] Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et évaluer un référentiel de compétences en santé ? Une clarification conceptuelle et méthodologique de l'approche par compétences. Louvain-la-Neuve : De Boeck, 2015

^[2] Parent F, Jouquan J. Inscrire la formation dans le cadre d'une approche par compétences. Dans : Pelaccia T, éditeur. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? 2e éd. Louvain-la-Neuve : De Boeck ; 2023. p. 109-26.

Glossaire

Le glossaire est explicitement destiné à faciliter la lecture de ce référentiel de compétences. Il a été rédigé dans une intention résolument pragmatique. Il assume ainsi certains partis pris, au regard de champs terminologiques hétérogènes ou imparfaitement stabilisés. Il ne prétend pas rendre compte de toutes les nuances, précisions, acceptions ou controverses conceptuelles, que fourniraient des traités ou dictionnaires spécialisés en éducation médicale, que le lecteur est invité à consulter dans une perspective d'approfondissement.

Approche par compétences intégrée (APCI)

L'APCI est un courant pédagogique, dont le cadre conceptuel et opérationnel se propose de dépasser certaines limites reconnues par d'autres courants pédagogiques (comme la pédagogie par objectifs, ou la pédagogie par transmission de contenus disciplinaires couplée à des stages conçus comme simples terrains d'application). L'APCI est un modèle méthodologique qui coordonne dans une perspective intégrative deux démarches que d'autres modèles conduisent souvent de façon distincte :

a/ celle qui consiste à réfléchir aux finalités du curriculum en termes de compétences, et à expliciter celles-ci en tant qu'objets des activités d'enseignement et d'apprentissage. Il s'agit d'une démarche de planification ou d'ingénierie curriculaire, encore désignée par la locution « d'ingénierie des compétences », à l'issue de laquelle les résultats attendus de l'apprentissage sont formulés dans un référentiel de compétences ;

b/ celle qui consiste à réfléchir de façon opérationnelle aux différents dispositifs pédagogiques à mettre en place dans le cadre de la formation des professionnels concernés, pour en optimiser les résultats et l'impact. On parle habituellement de planification ou « d'ingénierie pédagogique ».

Pour ce faire, le modèle de l'APCI s'appuie d'une part sur une taxonomie appropriée qui permet de catégoriser à la fois les activités professionnelles à l'étape de la traduction didactique et les phénomènes d'apprentissage à l'étape de la transposition pédagogique. Il s'appuie d'autre part, sur une approche combinatoire du référentiel de compétences, en considérant qu'il y a lieu de rendre compte des résultats d'une approche analytique, décontextualisée (décrite sous forme de capacités et macro-capacités), d'une approche située, contextualisée (décrite sous forme de situations professionnelles et de familles de situations professionnelles) et d'une approche critériée (décrite à l'aide de critères d'une pratique professionnelle de qualité).

Les compétences proprement dites résultent du croisement des trois approches (mobilisation adéquate des capacités et des macro-capacités dans le cadre d'une famille de situations professionnelles).

Cadre de référence pédagogique

Le cadre de référence pédagogique fait partie intégrante du référentiel de compétences. Il clarifie les orientations pédagogiques générales et spécifiques de la formation. Il sert de cadre de référence pour orienter la construction des référentiels de formation et d'évaluation à l'étape de la transposition pédagogique.

Cadre de référence professionnel

Le cadre de référence professionnel fait partie intégrante du référentiel de compétences. Il clarifie la vision que le secteur se donne du professionnel concerné. Il précise les finalités et les valeurs qui sous-tendent l'exercice de la profession. Il oriente l'inventaire des milieux au sein desquels l'activité professionnelle va être analysée à l'étape de traduction didactique.

Capacité

Une capacité est un savoir-agir élémentaire (ou une aptitude) qui sollicite des connaissances résultant d'apprentissages dans un domaine prédominant (par exemple, dans le cadre de l'APCI : cognitif, réflexif, métacognitif, opératif, psycho-affectif, social, perceptif et imaginatif), mobilisables en tant que ressource pour la mise en œuvre d'une compétence. Réciproquement, le développement d'une compétence renforce la maîtrise des capacités mobilisées.

Compagnonnage

Le terme de compagnonnage désigne communément l'ensemble des interactions qui se développent, en contexte professionnel, entre un professionnel maître de stage et un apprenant stagiaire, et qui suscitent chez ce dernier des apprentissages relatifs à l'exercice de la profession. Il constitue un mode de « transmission » de savoirs et de compétences, qui repose surtout sur la démonstration de la part du professionnel et sur l'imitation de la part de l'étudiant. Le compagnonnage concerne aussi l'acquisition des règles et des valeurs liées à la profession.

Alors que le compagnonnage est le plus souvent informel et implicite, on insiste aujourd'hui pour qu'il soit systématiquement exploité en tant qu'intervention pédagogique, ce qui implique notamment que les deux interventions que sont le modèle de rôle et la supervision formative fassent l'objet d'activités formelles et explicites. C'est notamment ce que propose le modèle du compagnonnage cognitif.

Compagnonnage cognitif

Le compagnonnage cognitif est un modèle conceptuel et opérationnel qui offre des pistes d'intervention pédagogique pour rendre explicites les différentes interactions qui caractérisent le compagnonnage en tant que dispositif pédagogique.

Il comporte des principes directeurs visant à orienter les actions de supervision formative et de modèle de rôle : fourniture d'une assistance par le formateur dans le cadre d'une pratique guidée adaptée au niveau de développement des compétences de l'apprenant, verbalisation à voix haute des processus, et désignation des ressources mobilisées et des compétences sollicitées, exploration systématique d'hypothèses alternatives de résolution de problèmes, comparaison des processus de résolution de problèmes mis en œuvre par un apprenant avec ceux d'autres apprenants ou de personnes-ressources.

Compétence

Une compétence est un savoir-agir complexe qui mobilise, grâce à des capacités de nature diverse (cognitive, réflexive, métacognitive, opérative, psycho-affective, sociale, perceptive, imaginative), un ensemble de ressources complémentaires, élaborées à partir de savoirs multiples et organisées en schémas opératoires, pour traiter de façon adéquate des problèmes professionnels à l'intérieur de familles de situations, définies au regard de contextes et de rôles spécifiques. Une compétence rend fondamentalement compte d'un « agir adéquatement en situation ».

Compétence intégrative en développement

Dans un référentiel de compétences intégré, la compétence intégrative en développement énonce sous une forme synthétique le profil professionnel visé, en présentant de façon globale les compétences attendues. Sa formulation reprend, en les articulant, les aspects les plus caractéristiques des familles de situations et des critères prioritaires de la profession, identifiés dans le référentiel de compétences.

Critère

Un critère contribue à définir la qualité attendue de l'action du professionnel de santé. Un critère est donc une propriété, ayant la fonction de norme, qui exprime une qualité et qui permet de porter un jugement de valeur et de fonder une décision.

Parce qu'ils sont constitutifs des finalités professionnelles, les critères d'une pratique professionnelle de qualité sont spécifiques d'un contexte donné, au regard des dimensions culturelles, politiques, philosophiques, sociales, professionnelles et éducationnelles qui caractérisent celui-ci.

En général au nombre d'une vingtaine, les critères sont définis de manière précise. Ils doivent être mutuellement exclusifs (ou non redondants) entre eux. Ils doivent pouvoir être appréhendés à l'aide d'indicateurs (qualitatifs ou quantitatifs) lors de l'évaluation des compétences.

Dispositif pédagogique

Modalités pratiques selon lesquelles sont organisées les interactions dans le cadre d'un ensemble d'activités d'enseignement et d'apprentissage, constitué d'acteurs, de méthodes, de stratégies et de ressources. Concrètement, cela fait référence à l'organisation des espaces de travail, à la durée des séquences, au temps de verbalisation, aux moyens mis à disposition des étudiants, aux consignes de travail en groupe ou individuel, aux types d'intervention, à la nature des activités d'évaluation des apprentissages et au moment où celles-ci sont mises en œuvre.

Évaluation des apprentissages

L'évaluation des apprentissages consiste à recueillir des informations qui renseignent sur les apprentissages effectués pendant et à l'issue de la formation par chacun des apprenants, à interpréter ces informations de manière à porter un jugement de valeur sur la nature et la qualité des apprentissages effectués, dans le but de prendre une décision.

Lorsque la décision à prendre concerne l'ajustement des stratégies d'enseignement et d'apprentissage, de la part des enseignants et des étudiants, on parle d'évaluation formative ; c'est la fonction pédagogique de l'évaluation. Lorsque la décision à prendre concerne le passage d'un apprenant en année supérieure, la validation d'une année universitaire ou d'un stage, ou encore l'autorisation d'exercice professionnel (certification), on parle d'évaluation sommative (parfois qualifiée de sanctionnante) ; c'est la fonction administrative ou sociale de l'évaluation.

Dans le cadre de l'APCI l'évaluation s'appuie nécessairement sur une interprétation critériée, qui apprécie les résultats au regard de critères, à partir d'indicateurs multiples et en privilégiant les indicateurs qualitatifs.

Famille de situations professionnelles

Une famille de situations professionnelles regroupe un ensemble des situations professionnelles présentant suffisamment de caractéristiques communes (relativement aux contextes et aux rôles concernés) pour mobiliser des capacités et macro-capacités identiques ou similaires dans des conditions proches.

Ces situations doivent pouvoir être appréhendées par les apprenants lors d'activités d'intégration et notamment lors des stages. Elles sont représentatives des différents rôles et fonctions professionnels auxquels l'apprenant doit faire face en mobilisant ses différentes compétences.

Indicateur

Un indicateur est une information significative, repérable dans un ensemble de données, permettant de documenter une situation, un processus ou un produit (résultat). Dans le cadre d'une évaluation s'inscrivant dans une approche pédagogique par compétences, on recommande de privilégier les indicateurs de nature qualitative. Les indicateurs identifiés sont à interpréter comme manifestations des compétences en situation. Ils sont élaborés à partir des critères préalablement définis.

Macro-capacité

Une macro-capacité est un savoir-agir plus élaboré, qui regroupe plusieurs capacités (habituellement de cinq à dix) d'un même domaine, en les englobant dans un savoir-agir plus complexe. Elles sont elles-mêmes habituellement au nombre de six à dix.

Modèle de rôle

La locution « modèle de rôle » désigne le processus d'influence exercé par un professionnel de santé, dans le cadre de sa pratique, sur les apprentissages d'un apprenant qui l'observe. Avec la supervision formative, c'est l'intervention pédagogique qui a le plus d'impact sur les apprentissages des étudiants en contexte de stage. Alors que le modèle de rôle est le plus souvent implicite, on insiste aujourd'hui pour qu'il soit systématiquement exploité en tant qu'intervention pédagogique, ce qui implique qu'il devienne explicite, notamment en faisant l'objet d'une verbalisation.

Problèmes prototypiques (ou prioritaires)

Les problèmes prototypiques sont à la fois : les problèmes les plus centraux ou représentatifs d'une catégorie ; les problèmes les plus prévalents au sein d'une famille de situations professionnelles, dans une perspective de santé publique ; les problèmes associés à de forts enjeux en termes de conséquences (gravité potentielle d'un problème de santé, par exemple), même si ce sont des problèmes peu fréquents.

Pour des raisons de représentativité, c'est préférentiellement à partir d'eux que devront être construites les situations d'enseignement et d'apprentissage concernant la famille de situations professionnelles à laquelle ils se rapportent.

Référentiel de compétences intégré (RCI)

Un RCI est un construit théorique qui rend compte des compétences visées à l'issue d'une formation, en tant que résultats des apprentissages effectués. Ce construit comporte des éléments qui résultent d'une triple approche : 1) une approche située, contextualisée, qui décrit les situations professionnelles, regroupées éventuellement en familles de situations professionnelles ; 2) une approche analytique, décontextualisée, qui décrit les ressources nécessaires pour les différentes activités professionnelles sous la forme de macro-capacités, de capacités ; 3) une approche critériée qui recense les critères et suggère quelques exemples d'indicateurs. Ces critères et indicateurs sont des composantes intrinsèques d'un référentiel de compétences intégré et permettent d'anticiper le lien à établir, au moment de la transposition pédagogique, entre l'approche située et l'approche analytique.

Rétroaction

Historiquement, la rétroaction est la fourniture d'une information spécifique, basée sur l'observation de l'apprenant en train d'effectuer une tâche professionnelle, qui lui est communiquée par un enseignant dans l'intention de l'aider à s'améliorer pour des tâches ultérieures. La rétroaction ne se limite pas au produit observable, mais concerne aussi le processus. Elle peut ainsi concerner les représentations cognitives ou toute autre ressource mobilisée dans l'accomplissement de l'activité.

Situation professionnelle

Une situation professionnelle fait référence aux différents contextes ou lieux d'exercice de l'action professionnelle et aux rôles ou fonctions que cette action sollicite. Les fonctions concernées sont autant les fonctions prescrites que celles qui sont régulièrement prestées (exécutées ou accomplies) par les professionnels du secteur, en lien avec certaines conditions ou contraintes.

Socioconstructivisme

Le constructivisme est un courant en épistémologie (ou philosophie des sciences), dont il existe des variantes plus ou moins radicales, qui considère que les savoirs concernent des objets qui ne sont pas des « réalités naturelles », mais des entités socialement construites, c'est-à-dire historiquement situées et négociées.

En éducation et en pédagogie, le terme de constructivisme est souvent employé pour désigner une théorie de l'apprentissage, selon laquelle les connaissances de chaque sujet ne sont pas une simple « copie » des savoirs reliés aux différentes réalités, mais une « (re)construction » de ceux-ci de la part de l'apprenant, notamment à partir des liens qu'il effectue entre ce qu'il sait déjà (ses connaissances antérieures) et les nouvelles informations qu'il traite.

La perspective socioconstructiviste souligne l'importance des interactions sociales dans les activités d'apprentissage, en mettant l'accent sur le fait que, bien qu'il s'agisse d'un processus individuel, l'apprentissage s'effectue dans un cadre social.

Dans un dispositif pédagogique formel, ces interactions sociales peuvent être suscitées et exploitées lors d'activités en groupe, au cours desquelles les étudiants confrontent les différentes conceptions et représentations qu'ils ont d'une même réalité, ce qui favorise l'apprentissage.

Supervision (formative)

Dans le cadre de la formation de professionnels de santé, la supervision se définit comme la fourniture d'une guidance relative au développement personnel et professionnel d'un stagiaire, dans le contexte de sa pratique (au sens générique : diagnostic, traitement, soins de nursing, entretien psychologique, etc.), dans le but de favoriser le caractère sûr et approprié de cette action. Cette guidance s'effectue au plus près de l'action professionnelle concernée.

Elle s'appuie notamment sur les informations recueillies lors de l'exercice de cette action ; il s'agit alors d'une rétroaction (*feed-back*). La supervision formative poursuit une double finalité : professionnelle, centrée sur la qualité et la sécurité de l'action de santé (geste, procédure, plan d'investigation de soin ou de traitement) ; pédagogique, centrée sur les apprentissages développés ou à développer à l'occasion de cette action de santé.

Taxonomie en éducation et taxonomie dans le cadre de l'APCI

Une taxonomie en éducation est une classification (ou catégorisation) ordonnée (selon des domaines ou dimensions) et hiérarchisée (selon des niveaux ou degrés) de phénomènes d'apprentissages. Elle permet d'énoncer les finalités des apprentissages avec précision et d'éviter leur concentration sur certaines cibles à l'exclusion de toutes les autres. Dans le cadre de l'APCI les domaines suivants sont envisagés :

- domaine cognitif : pour des activités qui mobilisent essentiellement les ressources de l'esprit, de la rationalité, de la logique ;
- domaine réflexif et métacognitif : pour des activités qui sollicitent une démarche de questionnement sur ses pratiques professionnelles (domaine réflexif) ou sur ses apprentissages (domaine métacognitif) ;
- domaine opératif : pour des activités en lien avec des habiletés gestuelles ou, plus généralement, avec la maîtrise de techniques, qui mobilisent essentiellement les ressources de la perception sensorielle, de la motricité ;
- domaine social : pour des activités en lien avec la relation inter-individuelle, l'aptitude à communiquer, à interagir ;
- domaine psycho affectif : pour des activités en lien avec la connaissance de soi, la gestion des émotions, du stress.
- domaine imaginatif : pour des activités en lien avec les processus de pensée, en particulier les représentations, images, rêveries, associations d'idées dans un but de création, de soutien du champ des possibles.

Traduction didactique

La traduction didactique est le processus par lequel sont élaborés les objets d'enseignement et d'apprentissage (ce qui doit être, respectivement, enseigné et appris). Dans l'approche traditionnelle, la traduction didactique consiste à transformer les savoirs savants, issus de la recherche, en savoirs à enseigner et à apprendre.

Dans l'APCI, les objets d'enseignement et d'apprentissage sont élaborés à partir d'une analyse méthodique des activités professionnelles et des savoirs, à la fois savants et expérientiels, qui y sont reliés. Cette démarche est notamment développée dans le cadre de la didactique professionnelle. C'est une des manières d'envisager l'analyse des besoins de formation.

Transposition pédagogique

Dans l'APCI la transposition pédagogique est le processus par lequel sont identifiés et mis en œuvre les différents dispositifs pédagogiques qui visent à susciter les différents apprentissages nécessaires à la construction des compétences.

Tutorat

Le tutorat est un dispositif d'encadrement et d'accompagnement d'un apprenant tout au long de son cursus de formation, centré sur son développement professionnel et personnel. Il peut s'adresser à une seule personne ou à un groupe d'apprenants.

Par rapport à la supervision formative, le tutorat concerne l'engagement de l'apprenant dans les activités liées à tous les dispositifs pédagogiques organisés dans le cadre du curriculum et pas seulement aux activités professionnelles mises en œuvre dans le cadre des activités de stage. Il s'effectue ainsi plus à distance de l'action professionnelle concernée.

Le tutorat s'exerce en général dans le cadre d'entretiens semi-structurés organisés périodiquement (chaque trimestre ou semestre). Ces entretiens sont préparés en amont par le tuteur, à partir de l'analyse de la production par l'apprenant d'un document écrit et notamment d'un portfolio. L'entretien lui-même, qui répond en général aux fonctions d'une évaluation formative, est organisé selon un guide d'entretien formalisé, qui porte notamment sur le vécu du cursus par l'étudiant, les lacunes et les besoins de formation, les difficultés observées et les éventuels problèmes rencontrés, ainsi que les pistes identifiées pour l'aider à les résoudre, la programmation éventuelle de lieux de stage complémentaires. L'entretien de tutorat est conclu par un compte-rendu écrit qui résume les observations du tuteur et la « feuille de route » coconstruite avec l'apprenant.

Bibliographie

1. Barthet-Barateig C. Vers un référentiel de compétences intégrées pour les Médecins Correspondants du SAMU : Quelles compétences intégrées pour le cardio-respiratoire ? — Thèse de médecine, Aix-Marseille, 2019
2. Picard M, Galletti L. Quelles compétences utilisées par les Médecins correspondants SAMU en interventions (hors pathologies cardio-respiratoires), en vue de l'élaboration d'un Référentiel de compétences Intégrées MCS ? — Thèse de médecine, Aix-Marseille, 2020
3. Martin L. Quelles sont les compétences développées en pratique par les médecins correspondant du SAMU (MCS) lors d'interventions portant sur les urgences obstétricales, pédiatriques et les pathologies circonstanciées en vue de l'élaboration d'un référentiel de compétences intégré ? Thèse de médecine, Aix-Marseille, 2022
4. Circulaire ministérielle DHOS / 01 n° 2003-195 du 16 avril.
5. Décret n° 2006-576 du 22 mai du code de la santé publique
6. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)
7. Médecins correspondants de SAMU. Guide de déploiement. DGOS — juillet 2013
8. Médecins correspondants du SAMU (MCS). Référentiel et évaluation ANCESU, CNGE, CNUMU, MCS France, SFMU, SUDF juin 2021
9. Arrêté décembre 23 sur les pros de santé correspondants SAMU