Article original

Élaboration d'un référentiel de compétences du médecin généraliste militaire

G. SAC[(1)], N. CHARBONNIER[(2)], M. KHENG[(3)], A. PÉRISSE[(4)], L. PELLEGRIN[(5)]

(1,2) Aix-Marseille Université, Département de Médecine Générale, Marseille - Académie de Santé des Armées, École du Val-de-Grâce, Paris
(3) 6e Centre Médical des Armées, 60e Antenne Médicale, Valdahon
(4) 9e Centre Médical des Armées, 147e Antenne Médicale, Hyères
(5) Centre d'Épidémiologie et de Santé Publique des Armées, Département Expertise Numérique en Épidémiologie, Marseille
(6) Unité Mixte de Recherche (UMR) 257, Risques Infectieux Tropicaux Microorganismes Émergents (RITMES), Équipe 4 : Surveillance Épidémiologique, Microbiologique, Moléculaire et Phylogénomique des Maladies Infectieuses, Marseille

Auteur correspondant : gabrielle.sac@hotmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.9571

Reçu
le 18 mars 2025

Accepté
le 8 juillet 2025

Publié
le 8 septembre 2025

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Les propos tenus dans cet article n'engagent que les auteurs et ne sauraient être considérés comme constituant la position officielle du Service de santé des armées.

Résumé :
L'enseignement en santé est passé d'une approche par connaissances à une approche par compétences.
Dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, le collège national des généralistes enseignants a rédigé un référentiel de compétences des médecins généralistes avec six compétences génériques transversales indispensables. De nombreuses grilles d'évaluation des internes en cours de formation en ont découlé. Le médecin des forces est titulaire d'un diplôme d'études spécialiées de médecine générale mais aucun référentiel de compétences décrivant les compétences spécifiques de son milieu d'exercice n'a été élaboré.
L'objectif de ce travail était d'élaborer un référentiel de compétences du médecin généraliste militaire.
Des entretiens d'explicitation ont été conduits auprès de médecins des forces pour décrire les actions mises en œuvre lors des différentes situations qu'ils rencontrent au cours de leur exercice professionnel. Ces entretiens ont été retranscrits puis analysés en triple aveugle et codés pour obtenir des catégories de capacités, macrocapacités et de compétences.
Quarante-deux entretiens ont été réalisés auprès de trente et un médecins militaires. Mille soixante-seize verbatims d'action ont été extraits du *corpus* ce qui a permis de les classer en dix compétences du médecin des forces : le soignant, le médecin de prévention, opérationnel – militaire, le médecin d'expertise, le chercheur, le leader, le collaborateur-communicateur, l'encadrant, le logisticien et le professionnel.

Ce travail propose un référentiel composé de dix compétences déclinées en macrocapacités puis en capacités.

Mots-clés : Référentiel de compétences. Médecine d'armée.

Abstract: FOCUSING ON SKILLS SPECIFIC TO MILITARY GENERAL PRACTITIONER AND DEVELOPING A COMPETENCY FRAMEWORK FOR THEM

The field of health education has shifted from a knowledge-based approach to skills-based training.

The French general medicine curriculum degree encompasses six essential cross-cutting generic competences , as drafted by le Collège National des Généralistes Enseignants – the French College of General Practioners – that produced a large number of evaluation grids to assess residents throughout their training. Similarly, French military doctor holds a degree of general medical practice. However, no evaluation grid, specific to their practice environment, has yet been developed.

The aim of our work was to develop a competency framework for the military general practitioner. Initial interviews were conducted with military doctors to describe the actions taken during the various situations they encounter during their professional practice.

These interviews were transcribed, then analyzed in a triple-blind manner and coded to obtain some categories of abilities, macro-abilities and competencies. Forty-two interviews were conducted with thirty-one military doctors.

One thousand seventy-six verbatim actions were extracted from the corpus, which helped us determine ten competencies specific to military physicians: the caregiver, the prevention doctor, operational-military medicine, the medical expert, the researcher, the leader, the collaborator-communicator, the supervisor, the logistician and the professional.

This work offers a framework composed of ten competencies that may be described as macro-abilities or abilities.

Keywords: Competency framework. Military medecine.

Introduction

Au cours des derniers siècles, l'enseignement de la médecine est passé progressivement du paradigme d'enseignement à celui de l'apprentissage centré sur les compétences (1). L'objectif de cette approche est de mettre en avant une vision plus globale de la manière d'apprendre un métier « artisanal avec, au-delà des capacités cognitives et les connaissances pures de l'élève, un savoir agir et un savoir-être » (2).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

L'apprentissage centré sur les compétences s'est largement développé outre atlantique, notamment au Canada dans les dernières décennies. En France, la discipline de médecine générale a été une des premières spécialités médicales à réformer son enseignement pour le troisième cycle des études médicales en adoptant également une approche formative et certificative centrée sur les compétences. Puis, la réforme récente du deuxième cycle a instauré, au cours de la 6e année, une évaluation conjointe des connaissances (*via* l'examen dématérialisé national), et des compétences (*via* les examens cliniques objectifs structurés) des étudiants, avec pour chacune des épreuves, une note éliminatoire.

La connaissance peut être définie comme « l'ensemble des savoirs nécessaires pour accomplir de manière adéquate une tâche donnée dans un contexte défini » (3).
La compétence, quant à elle, s'apparente à « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (4). La connaissance est issue du modèle d'enseignement. La compétence, elle, s'acquiert au cours d'un processus d'apprentissage en situation réelle, notamment en stage.

Les outils d'évaluation de la connaissance sont nombreux et bien connus des étudiants et des enseignants.
En revanche, évaluer une compétence s'avère plus complexe. L'évaluation repose sur des outils de recueil et d'analyse des apprentissages, tels que des échelles. (5)

Dans le cadre du Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) a rédigé un référentiel métier et compétences des médecins généralistes (6). Ce dernier décrit six compétences génériques transversales indispensables à l'exercice de la médecine générale : compétence approche globale, prise en compte de la complexité, compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire, compétence premier recours, urgences, compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient, compétence relation, communication, approche centrée patient et compétence professionnalisme.
Ce référentiel a été élaboré par un groupe national d'experts enseignants universitaires de médecine générale. Leur objectif était de nommer les compétences transversales génériques nécessaires à l'exercice de la médecine générale et, pour chaque compétence, d'en écrire une définition précise, d'en identifier les composantes et les niveaux documentant le parcours de leur développement.
Un deuxième ensemble composé de groupes de travail régionaux a été par la suite chargé d'affiner les définitions des compétences génériques, d'élaborer des propositions relatives aux composantes de ces compétences et d'initier l'élaboration des niveaux attendus pour les étudiants de 3e cycle. Actuellement, leur travail est résumé sous la forme de la « marguerite des compétences », utilisée pour l'évaluation des compétences des internes de médecine générale (7).
Le référentiel de compétences des médecins généralistes a été décliné au travers d'échelles descriptives composées de critères d'évaluation et de niveaux qualitatifs (8). Cependant, le nombre d'indicateurs et la sémantique pouvaient rendre son appropriation complexe en pratique. C'est pourquoi six groupes de travail ont récemment travaillé à l'élaboration d'une nouvelle grille des compétences pour les internes (9).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Il s'agit d'une grille critériée d'évaluation des six compétences de médecine générale précisant les indicateurs de performance correspondant à trois niveaux de développement (novice, intermédiaire, compétent).
De son côté, Claude Attali s'est basé sur les six compétences de médecine générale pour élaborer sa grille avec comme axes principaux d'évaluation les *items* suivants : élaborer un diagnostic global de situation en tenant compte de la complexité, élaborer un projet négocié – décision partagée, mettre en œuvre le projet thérapeutique, élargir et envisager la prévention, inscrire son action dans la continuité et la pluridisciplinarité (10).

L'utilisation de ce référentiel a été soumise aux Maîtres de stage des universités (MSU) et aux internes. De manière globale, cet outil est considéré comme pertinent et adapté pour l'évaluation formative des internes de premier niveau en médecine générale. Il permet également une auto-évaluation des internes avec des critères en adéquation avec la réalité de la médecine générale (7).

Les médecins des forces de l'Armée française sont titulaires du DES de médecine générale. Ils bénéficient d'un socle de formation universitaire commun à leurs confrères civils, et sont donc soumis au mode d'évaluation facultaire correspondant à la marguerite des compétences, auquel se rajoute une formation militaire spécifique représentant 1 800 heures soit l'équivalent d'une année supplémentaire pendant le 2e cycle.

Pendant le 3e cycle, la formation médico-militaire est divisée entre le module préparatoire, la formation spécialisée transversale de médecine de guerre et situation sanitaire exceptionnelle et le module complémentaire (11).
Celle-ci comporte différents groupes d'enseignements spécifiques des conditions particulières d'exercice professionnel : aspects juridiques et expertise médicale, médecine de prévention, médecine du sport, environnements extrêmes, maladies infectieuses tropicales, médecine opérationnelle (soutien opérationnel, blessé de guerre), Nucléaire radiologique biologique chimique (NRBC), chirurgie de guerre, psychiatrie opérationnelle, médecin dans son environnement (management, ravitaillement, chancellerie, hygiène et épidémiologie).

Ces modules d'enseignement sont le reflet des spécificités de l'exercice de la médecine militaire et des attentes institutionnelles vis-à-vis des médecins des forces.

Les connaissances acquises lors de ces enseignements sont évaluées lors d'un concours de fin de cursus à l'École du Val-de-Grâce. Les compétences spécifiques du métier de médecin militaire ne sont pas évaluées car non décrites.

De l'ensemble de ces constatations est né un projet de thèse : élaboration d'un référentiel de compétences métiers pour le médecin généraliste militaire.

Ce référentiel aurait pour objectif de clarifier les attendus entre l'institution et les étudiants de médecine des forces, d'assurer une évaluation à la fois formative et certificative des étudiants militaires au cours et à la fin de leur cursus de formation et enfin de construire un modèle à enseigner

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

1 Matériels et méthodes

Pour établir un référentiel de compétences métier du médecin des forces, nous nous sommes basées sur la méthodologie présentée par Florence Parent et Jean Jouquan (12).

Cette dernière comprend successivement :

- l'élaboration d'une définition du sujet d'étude ;
- l'identification des critères d'une pratique professionnelle de qualité ;
- l'identification des situations d'exercice professionnel ;
- le recueil de données (verbatim) par la réalisation d'entretiens autour des situations d'exercice professionnel précédemment décrites ;
- l'analyse des verbatims selon une taxonomie[1] de référence ;
- l'élaboration d'un référentiel de compétences.

1.1 Définition du médecin des forces, identification des critères d'une pratique professionnelle de qualité et des situations professionnelles

Un précédent travail de thèse intitulé : *Identification des situations d'exercice professionnel de la médecine des forces, dans le cadre de l'élaboration d'un référentiel de compétences* par Manon Kheng a permis d'élaborer une définition du médecin généraliste militaire à l'aide d'un consensus d'experts :
« Le médecin militaire (sous-entendu médecin généraliste) est un médecin titulaire d'un DES de médecine générale, qui exerce au sein de l'armée de multiples fonctions : médecine polyvalente (soins, urgences, médecine tropicale, milieu NRBC, médecine du sport), médecine du travail, médecine de prévention et médecine d'expertise.
Il doit être capable d'exercer dans des contextes variés, notamment en milieu isolé et dans des situations de danger. C'est un officier, avec des fonctions de commandement et de management, qui exerce au profit de son patient et de l'institution militaire à laquelle il appartient (avec notamment des fonctions de conseil au commandement).
Il travaille au sein d'une équipe médicale, qui appartient à une communauté solidaire (le SSA [Service de Santé des Armées]), qui partage des valeurs communes et est soumis aux règles de la hiérarchie militaire » (14).

De plus, ce travail de thèse a permis d'identifier les critères d'une pratique professionnelle de qualité (tableau 1) et de mettre en évidence les situations d'exercice professionnel, reflétant la diversité, la spécificité et la richesse du métier du médecin généraliste militaire. Ces situations sont résumées dans le tableau 2 et sont issues d'un travail au sein de focus groupes et *via* un consensus d'experts (14).

[1] Taxonomie : une "classification organisée et hiérarchisée de phénomène d'apprentissage ou de développement" (13)

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Tab. 1 : Critères d'une pratique professionnelle de qualité (14)

Synthèse finale des critères de qualité			
ADAPTABILITÉ	ENGAGEMENT	ÉTHIQUE	LEADER
Résistance au stress	Travailleur	Confraternité	Ferme
Polyvalence	Patriotisme	Respectueux	Confiance en soi
Pragmatique	Valeur	Bienveillant	Exigeant
Débrouillard	Courage	Empathie	Pédagogue
Flexible	Fiabilité	Humilité	Sens du collectif
Sociable	Disponibilité	Fraternité	Initiative
Vif	Abnégation	Solidarité	Anticipe
Diplomate	Vocation	Dévouement	Ecoute
Résilient	Discipline	Compagnonnage	Directif
Connaissance du milieu	Persévérant	Curieux	
Patient	Passionné	Transmission	
Inventif	Professionnalisme	Rigoureux	
Sportif	Dépassement de soi		
Rustique	Désintéressé		
Subtil	Sens du bien commun		
	Tradition		

1.2 Travail de recherche actuel

Notre travail de recherche s'est déroulé de novembre 2022 à février 2025 (recueil de données jusqu'en avril 2024 puis analyse des données jusqu'en février 2025).
Il s'agit d'une étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens d'explicitation auprès de médecins généralistes militaires (15). L'entretien d'explicitation vise à aider à la mise en mot d'une action réellement vécue y compris en rendant accessible la partie implicite de l'action. L'objectif était de répondre à la question : « que fait, que pense, qu'analyse ce médecin dans telle situation professionnelle ? ». Les entretiens réalisés se référaient à une situation d'exercice professionnel réellement vécue par le participant, présentée dans le tableau ci-dessus (tableau 2).

Tab. 2 : Ensemble des situations d'exercice professionnel des médecins généralistes militaires (14)

		CONTEXTES						
		Établissements de commandement	Centre de formation	Établissements d'expertise	Antenne	Poste isolé	Hospitalier et préhospitalier	Milieu hostile
MISSIONS	Commandement, management	X	X	X	X	X		X
	Santé collective	X	X		X	X		X
	Médecine de prévention				X	X		
	Soins				X	X	X	X
	Mise en condition opérationnelle	X		X	X	X	X	
	Expertise	X		X	X	X		
	Conseil au commandement	X	X	X	X	X		X
	Recherche	X		X	X	X	X	
	Enseignement			X	X	X	X	
	Soutien des activités à risques				X	X		X

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

1.2.1 Population et recrutement

Tous les médecins généralistes du SSA, au minimum médecin principal[2] (ayant au moins trois ans d'exercice professionnel), pouvaient être recrutés, quelle que soit leur activité actuelle. Étaient exclus : les médecins généralistes militaires surspécialisés (comme les sous-mariniers), les médecins dont l'expérience racontée présente un impact émotionnel majeur et les médecins réservistes non issus des radiations des contrôles de l'activité. Ces critères ont été choisis afin de refléter au mieux le « socle commun des médecins des forces ».

Les participants ont été recrutés sur volontariat après une prise de contact par mail détaillant les modalités de notre étude à travers un protocole explicatif.
Nous avons bénéficié de leur réseau social professionnel, ce qui nous a permis d'accéder à d'autres participants potentiels à ces entretiens par effet boule de neige.

1.2.2 Réalisation des entretiens – Recueil de données

Afin d'optimiser la qualité de nos entretiens, nous avons reçu une formation théorique d'une demi-journée à la réalisation d'entretien d'explicitation auprès d'une spécialiste au Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA). Nous avons réalisé des entretiens « tests » pour parfaire nos techniques d'entretien et de codage.
Nous avons effectué les entretiens en présentiel ou en visioconférence, après obtention d'un consentement oral, sur une durée approximative d'une heure au cours de laquelle nous expliquions à nouveau notre travail de thèse, faisions un *briefing* du déroulé de l'entretien, puis un résumé à la fin de celui-ci. Les interviewés avaient le choix de la situation professionnelle qu'ils souhaitaient raconter.

Nous avons récolté au cours de ces entretiens des données démographiques telles que l'âge, le sexe, le grade et la fonction du participant. L'ensemble des entretiens a été enregistré puis retranscrit mot pour mot manuellement, par un organisme spécialisé.

1.2.3 Méthode d'analyse du corpus d'entretien

La méthode utilisée dans notre travail de recherche est une analyse thématique d'un *corpus* de verbatims issus d'entretiens. Selon Pierre Paillé et Alex Mucchielli, la thématisation correspond à la transposition d'un corpus en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé en rapport avec les objectifs de la recherche (16).

Cette analyse consiste « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (16). Notre démarche a été celle d'un codage *a priori*, en utilisant les catégories thématiques décrites par Florence Parent et Jean Jouquan qui décrivent l'activité professionnelle : « cognitif, métacognitif, réflexif, social, psychoaffectif, opératif » (12).

[2]Médecin principal : grade au sein du Service de santé des armées, équivalent à un grade de Commandant

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Afin de répondre à des critères de rigueur scientifique dans l'analyse de données qualitatives, l'ensemble du corpus a été traité selon deux des trois recommandations de Yvonna S. Lincoln et Egon G. Guba cité par Mireille Blais et Stéphane Martineau (17,18) :

- le codage parallèle par deux investigateurs en aveugle (investigateurs secondaires) ;
- la vérification de la clarté et la validation des classifications catégorielles par consensus collectif ;
- Nous n'avons pas pu appliquer la troisième recommandation, à savoir la vérification auprès des participants de l'étude de la pertinence de ces catégories et de leur contenu, ne pouvant pour des raisons de contraintes temporelles et de disponibilité de nos participants, effectuer cette dernière.

Nous avons procédé de la façon suivante (figure 1) :

- Codage des verbatims (verbes d'action – capacités) au sein des catégories thématiques
  a) Codage en aveugle de l'ensemble des entretiens par les deux investigatrices. Ce codage a été effectué sur la base de la grille et de la méthode proposées par Florence Parent et Jean Jouquan, citées précédemment (12).
  En premier lieu, nous avons codé manuellement les entretiens que nous avions menés individuellement. Puis, nous avons effectué la même démarche avec les entretiens de l'autre membre du binôme. Pour chaque entretien, nous avions donc deux listes de codage selon les catégories thématiques.
  b) Validation des listes de capacité selon les catégories thématiques par consensus. Une liste commune a ensuite été adoptée par consensus sur la base des deux tableaux identifiés lors de l'étape précédente. Le travail d'analyse collective s'est poursuivi afin d'obtenir un tableau global de capacités selon les catégories thématiques, prenant en compte tous les entretiens. En cas de désaccord, nous avons sollicité pour avis un troisième investigateur, en tant qu'expert référent.

- Construction de la classification des compétences par consensus

Afin d'obtenir un résultat plus adapté à la pratique de médecine générale, nous avons ensuite collectivement déterminé et défini des compétences afin de regrouper les capacités extraites de notre analyse en nous basant sur des référentiels déjà existants (19–21). En parallèle, un troisième investigateur expert a effectué la même démarche de classification de l'ensemble des verbatims en utilisant la taxonomie identifiée. Pour les situations pour lesquelles un accord n'a pas pu être trouvé dans la classification de ces capacités, un consensus a dû être trouvé entre les partenaires.

L'ensemble de ces étapes nous a ainsi permis d'établir un tableau hiérarchisé des compétences du médecin généraliste militaire énoncées par les professionnels de santé militaire interviewés.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

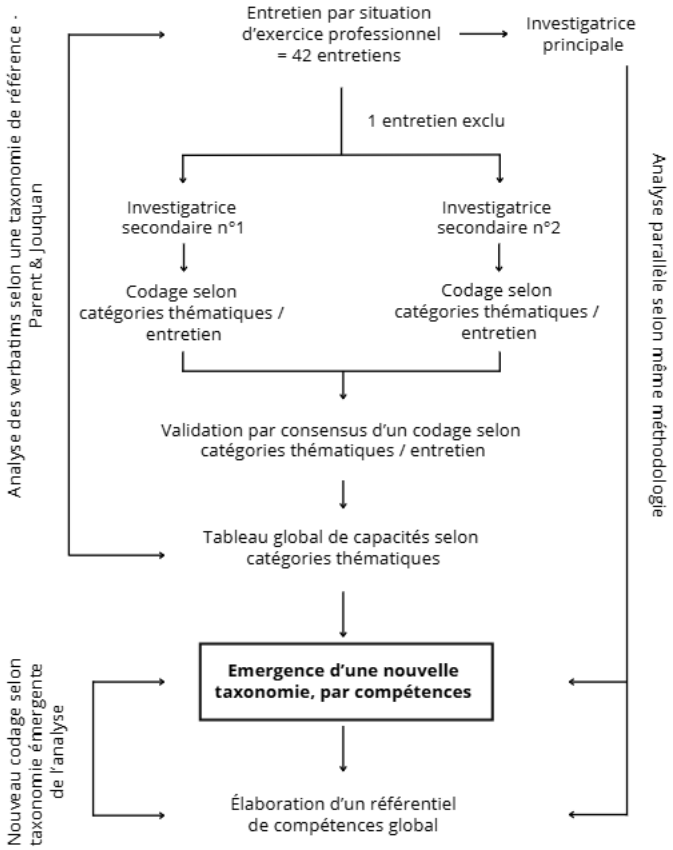


Fig. 1 : Méthodologie de l'étude

1.2.4 Démarche réglementaire

Notre sujet de recherche a obtenu l'accord de la Direction de la formation de la recherche et de l'innovation (DFRI) du Service de santé des armées (SSA) (N° 2021HJ04). Nous avons obtenu la validation du comité de suivi des thèses de l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne et du département universitaire de médecine générale d'Aix-Marseille.

Afin de pouvoir enregistrer nos entretiens individuels, l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été sollicité et des notices d'informations ont été envoyées aux participants. Notre étude se situant en dehors du champ de la Loi Jardé, nous n'avons pas sollicité d'accord du Comité de protection des personnes. Nous avons obtenu une autorisation du règlement général sur la protection des données du SSA.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

2 Résultats

2.1 Données démographiques

Trente et un médecins généralistes militaires ont été interviewés au cours de quarante-deux entretiens individuels d'explicitation de mars 2023 à avril 2024. Il s'agissait d'entretiens durant quarante à soixante minutes en moyenne. Un entretien d'explicitation a été exclu en cours d'analyse.

Les participants étaient âgés de 31 à 56 ans et exerçaient au sein des composantes de l'armée française : 52 % avaient un ancrage plutôt armée de Terre ; 29 % Marine nationale et 19 % armée de l'Air et de l'Espace. La répartition dans notre échantillon entre hommes et femmes est équivalente (15 hommes et 16 femmes). Parmi eux, 55 % avaient une fonction de médecin adjoint ; 26 % travaillaient en établissements de commandement 19% étaient médecin-chef d'antenne.
Concernant les grades, les médecins en chefs étaient les plus représentés (52 %), puis les médecins principaux et enfin les Médecins chefs des services de classe normale (MCSCN) et Médecins chefs des services hors classe (MCSHC) (tableau 3).

Tab. 3 : Données démographiques

	Effectifs	%
Genre		
Féminin	15	48,4%
Masculin	16	51,6%
Âge en années		
31-35	6	19,3%
36-40	17	54,8%
41-45	3	9,7%
46-50	2	6,5%
51-55	1	3,2%
56-60	2	6,5%
Grade		
Médecin principal	13	41,9%
Médecin en chef	16	51,6%
MCSCN et MCSHS	2	6,5%
Appartenance		
Armée de Terre	16	51,6%
Marine nationale	9	29,0%
Armée de l'Air et de l'Espace	6	19,4%
Fonction		
Médecin adjoint	17	54,8%
Médecin chef d'antenne	6	19,4%
Commandement	8	25,8%

Nous pouvons observer que notre recrutement a concerné des personnels expérimentés, ayant une pratique en antenne médicale, voire une expérience en responsabilités et commandement. Ceci est confirmé par la tranche d'âge la plus représentée, à savoir les 36-40 ans, ce qui correspond au minimum à huit années de pratique professionnelle à l'issue de l'obtention d'une thèse de médecine. On peut considérer les participants comme « experts » de leur pratique.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

2.2 Identification des capacités selon la catégorisation thématique de Florence Parent et Jean Jouquan (12)

Comme nous l'avons décrit précédemment, Florence Parent et Jean Jouquan décrivent l'activité professionnelle en six thématiques différentes : « cognitif, métacognitif, réflexif, social, psychoaffectif, opératif » (12).
Notre première analyse a consisté à classer les verbatims d'action du corpus dans l'une de ces six thématiques. Le tableau suivant reprend l'ensemble des verbatims classés selon leur taxonomie (tableau 4) :

Tab. 4 : Nombre de verbatims par catégorie thématique

Catégorie	Nombre de verbatims
Cognitif	139
Métacognitif	153
Opératif	408
Psychoaffectif	72
Social	304
Total	1076

Ces verbatims ont été triés, catégorisés et reformulés dans les différentes rubriques dans un premier temps en aveugle, puis mis en commun.
Par exemple, « on fait le diagnostic » (entretien G01) a été codé en cognitif et reformulé de la manière suivante : « diagnostiquer une pathologie ». Pour la catégorie métacognitif, « je lui ai dit que mes compétences s'arrêtaient à un moment » (entretien G07) a été codé en « reconnaître ses limites ». La catégorie opératif a été la plus fournie avec par exemple « on prépare tout notre matériel » (entretien N06) qui a été reformulé « préparer son matériel ». Le verbatim « j'essaie de lui faire un peu de psychothérapie » (entretien N10) a été codé en psychoaffectif en tant que « rassurer son patient ». Pour finir, « j'informe le commandement du camp » (entretien N18) a été codé en social en tant que « collaborer avec le commandement ».

2.3 Identification de la taxonomie générale des compétences des médecins généralistes militaires

Après cette première étape de codage *a priori*, la redondance de certaines activités a permis de faire émerger du *corpus* dix compétences.
Par exemple, de manière non exhaustive, l'action « déléguer », retrouvée dans les entretiens N02, N03, N12, N17, G01, G02, G09, G16, G17 et G20, et l'action « gérer une équipe », présente dans les entretiens G03 et G12, se réfèrent toutes deux au champ du commandement. Nous avons nommé cette compétence « le *leader* » (tableau 5).

Les dix compétences retenues sont les suivantes : le soignant, le médecin de prévention, opérationnel – militaire, le médecin d'expertise, le chercheur, le leader, le collaborateur – communicateur, l'encadrant, le logisticien et le professionnel.
Ces dix compétences, émergées du texte *a posteriori*, ont également été retrouvées, avec concordance à 100 % par le troisième investigateur expert, lors de son analyse en aveugle.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Tab. 5 : Extrait du tableau d'analyse des résultats

VERBES D'ACTION	COMPLÉMENT	SOUS-CATÉGORIE	COMPÉTENCE
Rendre compte		Rendre compte	Commandement/*leader*
Informer	Le commandement	Rendre compte	Commandement/*leader*
Débriefer	Avec son équipe	Débriefer son équipe	Commandement/*leader*
Partager la décision	Avec le commandement	Partager la décision avec le commandement	Commandement/*leader*
Déléguer		Déléguer	Commandement/*leader*
Coordonner	Les équipes	Coordonner les équipes	Commandement/*leader*
Répartir	Les tâches	Répartir les tâches	Commandement/*leader*

Par la suite, nous avons établi une définition pour chaque compétence.
Par exemple, pour la compétence « le leader », nous nous sommes inspirées de définitions contenues dans des documents officiels relatifs à l'activité du médecin militaire, de définitions du CNGE, ou encore de définitions applicables aux autres armées (6,22,23). Ainsi, pour la compétence « le *leader* », la définition retenue est : « Le médecin *leader* s'applique à diriger, prendre des décisions, motiver ses subordonnés et de les pousser à l'action en vue d'accomplir les missions assignées ».

Puis, nous avons rassemblé les reformulations en capacités, puis en macrocapacités.
Par exemple, les reformulations « organiser la mise en œuvre d'un plan d'action » (entretien N03), « organiser son plan d'action » (entretien N12), « adapter un plan d'action après évaluation d'une situation » (entretien G17) ont été réunies sous la capacité « anticiper, organiser et ajuster un plan d'action et sa mise en œuvre », elle-même sous l'égide de la macrocapacité « planifier une action », au sein de la compétence « *leader* ».
Ce travail a été réalisé pour chacune des reformulations.

Le tableau suivant permet de mettre en évidence le nombre de verbatims retrouvés par macrocapacité au sein de la compétence « *leader* » (tableau 6).

Tab. 6 : Nombre de verbatims par macrocapacité au sein de la compétence « *leader* »

LEADER	Nombre de verbatims
Commander une équipe	71
Planifier une action	24
Conduire la mission	8
Gérer la simultanéité d'évènements	2
Recourir à sa hiérarchie	9
Décideur-officier	24
Total	128

Ceci nous a permis d'élaborer le référentiel de compétences du médecin généraliste militaire dont voici un extrait avec la compétence *leader* (tableau 7).
L'ensemble du référentiel se trouve en annexe.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Tab. 7 : Compétence « *Leader* » - extrait du référentiel de compétences élaboré

LEADER *(compétence)* *Le médecin leader s'applique à diriger, prendre des décisions, motiver ses subordonnés et de les pousser à l'action en vue d'accomplir les missions assignées.*
Commander une équipe *(macrocapacité)*
Être capable de connaître son équipe, former son équipe (capacité)
Être capable de gérer son équipe
Être capable de déléguer et briefer autour d'une mission
Être capable de prendre soin des membres de son équipe et d'accorder sa confiance
Être capable de comprendre et gérer les conflits, fédérer autour d'une mission commune
Planifier une action
Anticiper, organiser et ajuster un plan d'action et sa mise en œuvre
Conduire la mission
Être capable de mener une mission santé, d'ajuster les moyens en conduite
Gérer la simultanéité d'évènements
Coordonner une activité médicale et la simultanéité d'évènements à travers son rôle de *trauma leader*
Recourir à sa hiérarchie (SSA)
Être capable de connaitre et d'accepter ses propres limites en termes de commandement
Être capable de rendre-compte et de recourir aux sachants dans le domaine du commandement
Décideur-officier
Être capable de décider, même en situation d'incertitude, de commander, de donner des ordres et de vérifier leur mise en œuvre
Être capable de féliciter, noter, sanctionner
Être capable d'accepter son positionnement de chef

3 Discussion

Notre étude a permis d'élaborer un référentiel de compétences du médecin généraliste militaire, regroupant dix compétences au sein desquelles sont détaillées des macrocapacités. Dans la littérature, le rôle et la fonction du médecin généraliste (civil) sont détaillés au travers des publications de la WONCA (24) ou par la loi « hôpital, patients, santé et territoire » en passant par les propositions du CNGE (6).
Ceci a permis l'élaboration d'un référentiel de compétences en médecine générale : la marguerite des compétences (2013) (19).
Au Canada, un référentiel existe aussi, nommé le *CanMEDS* (2015) (20).
Si l'on compare les résultats de notre étude avec ces référentiels, il est possible de trouver des similitudes telles que la notion de professionnalisme dans la marguerite de compétences, intitulée le médecin « professionnel » dans le CanMEDS et dans notre référentiel.
En outre, nos résultats mettent en avant certaines spécificités, dues à notre statut comme le médecin « opérationnel – militaire ».
D'autres travaux de thèses comme celui de Lucie Galletti et Marie Picard, intitulé *Quelles compétences utilisées par les Médecins correspondants SAMU (MCS) en intervention (hors pathologies cardiorespiratoires), en vue de l'élaboration d'un référentiel de compétences intégrées MCS* (25), et utilisant la même référence méthodologique que notre étude (Florence Parent et Jean Jouquan), montrent cette volonté de créer

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

des référentiels de compétences adaptés aux pratiques plus spécifiques.
La pratique d'un médecin généraliste militaire ne peut donc se baser uniquement sur ces référentiels existants du fait des caractéristiques propres à l'institution au sein de laquelle il exerce.

Notre étude comporte des forces. Tout d'abord il s'agit de la première étude de ce genre au sein de notre institution, permettant de mettre en évidence et de valoriser la diversité des compétences professionnelles du médecin généraliste militaire.
C'est aussi une étude de terrain, puisque les entretiens ont été réalisés auprès des sujets concernés par ce référentiel, exerçant au profit des différentes armées et en quasi-majorité sur leur lieu d'exercice. Il s'agit de situations réellement vécues, ce que l'on appelle la fonction prestée. Les ancrages variés des interviewés sont le reflet de la diversité de lieux d'exercice et des missions rencontrées par les médecins militaires. Cette variété a été nécessaire afin d'être le plus représentatif et ne pas avoir une sous-représentation de certains milieux. Au cours de notre analyse, nous sommes arrivées à la saturation des données. Notre étude possède une validité interne de qualité de par l'application d'un protocole fixé *a priori*, et l'utilisation d'une méthodologie décrite par Florence Parent et Jean Jouquan (12). La réalisation d'un codage en triple aveugle a permis d'appuyer et de renforcer nos résultats, puisque nous sommes arrivées aux mêmes conclusions concernant les compétences lors de la phase de synthèse par les trois investigateurs.

Notre étude comporte aussi des limites. En effet, le tableau de situations professionnelles établi lors du travail de thèse de Manon Kheng présentait quarante-quatre situations (comme illustré dans le tableau 2) (14).
Cependant trois de ces situations professionnelles n'ont pas pu être explorées par un entretien d'explication du fait d'une difficulté de recrutement au cours de notre étude. De plus, devant cette difficulté, certains entretiens ont été réalisés auprès d'un même médecin généraliste militaire. Le recrutement effectué sur la base du volontariat et des connaissances respectives des médecins interrogés peut aussi être la source d'un biais de selection. Enfin, un entretien a été retiré de l'analyse car il présentait des critères d'exclusion. Nous n'avons pas jugé nécessaire de réitérer cet entretien devant l'obtention d'une saturation des données aux deux tiers des entretiens.
Concernant notre population d'étude, nous avons interviewé des médecins généralistes militaires, mais pas l'institution militaire. Ceci nous a permis d'obtenir un référentiel de compétences représentatif des actions menées par la population de notre étude, mais pas des attentes de notre institution, ce que l'on appelle la fonction prescrite.
De plus, nous avons fait le choix d'interroger des médecins avec une certaine experience afin d'obtenir des entretiens riches et variés.
Cependant avec l'évolution des formations certains sujets, comme le NRBC n'ont pas été abordés. Ceci s'explique par le fait qu'il existe peu de médecins des forces ayant vécu une situation NRBC réelle. Une fois encore, la participation de l'institution à cette étude pourrait nous éclairer, si ce n'est sur la fonction prestée, au moins sur la fonction prescrite dans ce domaine.

Le référentiel de compétences du médecin généraliste militaire, que nous avons élaboré, met en avant la richesse des compétences nécessaires à notre pratique.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Il pourrait être intéressant de poursuivre ce travail de recherche jusqu'à l'élaboration d'une grille d'évaluation par niveau en fonction des compétences attendues à chaque étape de la formation d'un externe puis d'un interne.
Cette grille d'évaluation serait le reflet, étape par étape, du référentiel de compétences obtenu après évaluation des pratiques professionnelles.
Dans le domaine civil, il existe déjà ce type de document, notamment au cours du 2e stage chez le praticien au sein de la formation de médecine générale civile (SASPAS)[3], par exemple celui basé sur une auto-évaluation « élaborée par Michel Cunin à partir du travail du conseil pédagogique du CNGE » (26) ou celui de Claude Attali et Mathieu Bansard « Évaluation formative des étudiants du DES de médecine générale-CNGE Formation 2021 » (10).
Dans le milieu militaire, il est possible de retrouver des grilles d'évaluation à l'issue de chaque stage effectué et ainsi qu'une plus générale, annuelle, ou des fiches synthétiques sur « les attendus d'un interne », localement dans certaines antennes, non fondées sur un travail de recherche préalable. Ces documents, déjà disponibles, pourraient être une aide, avec notre référentiel de compétences, à l'élaboration d'une grille d'évaluation des internes de médecine générale militaire plus objective. De plus, ce référentiel de compétences pourrait être un outil afin d'axer la formation des futurs praticiens généralistes des armées en vue d'acquérir les compétences nécessaires.

Il pourrait aussi être intéressant d'utiliser ce référentiel de compétences comme une aide à l'évaluation pour un médecin-chef d'antenne, lors de la notation de ces subordonnés en complément de documents officiels tels que la circulaire N° 500056 /ARM/DCSSA/DIR/CHANC, relative à la notation 2025 des militaires de l'armée active et de réserve du Service de santé des armées (27). En effet, cette dernière donne des détails sur les modalités de notations, mais peu d'indications sur l'évaluation concrète des pratiques professionnelles. Cela permettrait donc d'optimiser et de faciliter cette notation parfois complexe.

Enfin, notre référentiel de compétences, issu d'une toute première réflexion, pourrait être soumis à une validation externe à notre étude et ses trois investigatrices notamment par le SSA, les experts de l'enseignement médico-militaire, les médecins eux-mêmes, l'institution militaire et les patients militaires, afin de discuter de la pertinence des différents *items* le composant. Une relecture par un comité d'experts externe à notre étude serait un moyen de valider et légitimer nos résultats, en utilisant par exemple une méthode Delphi qui est un processus structuré de collecte d'opinions visant à obtenir un consensus d'experts sur un sujet donné. Il pourrait être pertinent d'approfondir notre travail afin d'obtenir un référentiel le plus exhaustif possible.

Conclusion

Ce travail *princeps* a permis, au travers de quarante-deux entretiens, d'identifier 1 076 verbatims relatifs aux compétences du médecin généraliste militaire.
Ils ont été regroupés en dix compétences : le soignant, le médecin de prévention, opérationnel-militaire, le médecin d'expertise, le chercheur, le *leader*, le collaborateur-communicateur, l'encadrant, le logisticien et le professionnel.

[3]SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Ces compétences ont elles-mêmes été sous-divisées en macrocapacités. La validité interne de qualité de cette étude fait d'elle un véritable fondement pour l'élaboration de grilles d'évaluation des internes par niveau ou des praticiens en poste en fonction des compétences attendues. La validation externe de ce travail pourrait bénéficier de la mise en place d'une ronde Delphi avec les experts afin de valider les *items* de la grille proposée et leur formulation.

Remerciements

Nous remercions tous les médecins des forces ayant participé à cette étude.

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc.

Financements

Nous avons reçu un financement de la part de la DFRI.

Contribution des auteurs

Copremiers auteurs : GS et NC
Conceptualisation - idées : AP et LP
Acquisition du financement : AP
Méthodologie : AP et LP
Recueil des données : NC, GS et MK
Analyse des données : NC, GS, AP, LP et MK
Rédaction : NC et GS égal, AP et LP soutien
Relecture : AP et LP

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

Références bibliographiques

1. Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Méd. 2007 ;8(4) :232-51. doi : 10.1051/pmed :2007026
2. Le Goff B. Les réformes de l'enseignement médical : de la connaissance vers la compétence. Rev Rhum. 2022 ;89(3) :232-6. doi : 10.1016/j.rhum.2022.01.001
3. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990 ;65(9) :S63-7.
4. Tardif J, Désilets M, Paradis F, Lachiver G. Le développement des compétences : cadres conceptuels pour l'enseignement professionnel. Pédagogie Collégiale. 1992 ;6(2) :14-9.
5. Chartier S, Breton JL, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. Exercer. 2013 ;108 :171-7.
6. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, *et al.* Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013 ;108 :148-55.
7. Renoux C, Lebeau JP, Potier A, Lehr-Drylewicz AM. Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale. Exercer. 2013 ;108 :185-92.
8. Houdard G, Ménard D, Dumoitier N. DES de médecine générale : un nouvel outil pour évaluer les niveaux de compétences. Exercer. 2016 ;127 :226-32.
9. Ariza M, Lajzerowicz C, Onaisi R, Hofferer A, Macabrey J. Élaboration d'un outil d'évaluation des compétences en fin de troisième cycle de médecine générale. Exercer. 2022 ;33(185) :327-31.
10. Attali C, Bansard M. Évaluation formative des étudiants du DES de médecine générale. CNGE Formation ; 2021.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

11. Boisseaux H. L'École du Val-de-Grâce. Rev Déf Natl. 2017 ;798(3) :64-70.
12. Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ? 1re éd. Bruxelles (BE) : De Boeck ; 2015.
13. Legendre R. Dictionnaire actuel de l'éducation. 2@e@ éd. Montréal (CA) : Guérin ; 1993.
14. Kheng M. Identification des situations d'exercice professionnel de la médecine des forces, dans le cadre de l'élaboration d'un référentiel de compétences. Marseille (FR) : Université Aix-Marseille ; 2022. Disponible à : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03668870
15. Vermersch P. Entretien d'explicitation. Dans : Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique. Toulouse (FR) : Érès ; 2019. p. 340-2. doi : 10.3917/eres.delor.2019.01.0340
16. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3e éd. Paris (FR) : Armand Colin ; 2012. doi : 10.3917/arco.paill.2012.01
17. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills (US) : Sage ; 1985.
18. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Rech Qual. 2006 ;26 :1-18. doi : 10.7202/1085369ar
19. Collège national des généralistes enseignants (CNGE). DES de médecine générale [En ligne]. CNGE ; [cité le 18 mars 2025]. Disponible : https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/
20. Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Ottawa (CA) : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ; 2015.
21. Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Référentiel métier et compétences du médecin généraliste. CNGE ; 2009.
22. Pohl JB. Doctrine du soutien médical aux engagements opérationnels. Paris (FR) : Imprimerie nationale ; 2002. p. 195.
23. Quartier général du Centre de doctrine et d'instruction de l'Armée canadienne. La fonction opérationnelle : commandement [En ligne]. Ottawa (CA) : Gouvernement du Canada ; 2018 [cité le 18 mars 2025]. 10 p. Disponible : https://www.canada.ca/fr/armee/services/ligne-mire/articles/2022/11/la-fonction-operationnelle-commandement.html
24. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. WONCA Europe ; 2002.
25. Galletti L, Picard M. Quelles compétences utilisées par les médecins correspondants SAMU en intervention (hors pathologies cardio-respiratoires), en vue de l'élaboration d'un référentiel de compétences intégrées MCS. Marseille (FR) : Université Aix-Marseille ; 2020. Disponible : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02951369
26. Cunin M. Grille d'évaluation des niveaux de compétences SASPAS auto-évaluation. Exercer. 2013 ; 108 :156-64.
27. Direction centrale du service de santé des armées, Bureau Chancellerie. Circulaire n° 500056/ARM/DCSSA/DIR/CHANC. Paris (FR) : Ministère des Armées ; 2025.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Annexe

LEADER (compétence)
Le médecin leader s'applique à diriger, prendre des décisions, motiver ses subordonnés et de les pousser à l'action en vue d'accomplir les missions assignées.
Commander une équipe *(macrocapacité)*
Être capable de connaître son équipe, former son équipe (capacité)
Être capable de gérer son équipe
Être capable de déléguer et briefer autour d'une mission
Être capable de prendre soin des membres de son équipe et d'accorder sa confiance
Être capable de comprendre et gérer les conflits, fédérer autour d'une mission commune
Planifier une action
Anticiper, organiser et ajuster un plan d'action et sa mise en œuvre
Conduire la mission
Être capable de mener une mission santé, d'ajuster les moyens en conduite
Gérer la simultanéité d'évènements
Coordonner une activité médicale et la simultanéité d'évènements à travers son rôle de trauma leader
Recourir à sa hiérarchie
Être capable de connaître et d'accepter ses limites
Être capable de rendre-compte et de recourir aux sachants
Décideur-officier
Être capable de décider, même en situation d'incertitude, de commander, de donner des ordres et de vérifier leur mise en œuvre
Être capable de féliciter, noter, sanctionner
Être capable d'accepter son positionnement de chef
SOIGNANT
« Le médecin soignant garantit une prise en charge médicale des blessés et malades « en tout temps et en tous lieux », et l'assurance, pour ces patients, de bénéficier de soins médicaux les plus adaptés à leur état de santé » (22). *Il s'appuie sur son habileté clinique et technique.*
Connaissances médicales et épidémiologiques
Être capable, grâce à des connaissances médicales solides dans les domaines de la pathologie, de l'épidémiologie, de l'urgence, d'anticiper la survenu d'une maladie et son évolution
Démarche diagnostique
Être capable d'établir un diagnostic grâce à un interrogatoire, un examen clinique orienté, le recours au dossier médical et raisonnement clinique adapté
Être capable d'évaluer la nécessité d'examens complémentaires
Être capable d'établir un degré de gravité et d'urgence

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Démarche thérapeutique
Être capable de mettre en œuvre une thérapeutique ou acte technique adaptés, sécurisés, fondés sur les données de la science et les préférences du patient
Être capable de s'appuyer sur des protocoles de soins afin de standardiser et d'harmoniser sa pratique
Suivi surveillance
Être capable d'assurer le suivi et la surveillance du patient
Être capable d'orienter le patient vers un professionnel de santé adéquat au sein d'un parcours de soins fiable et sécurisé
Approche centrée patient
Être capable de prioriser le patient à la mission
Être capable de centrer son action sur le soin au patient
Encourager l'empowerment
Être capable de communiquer efficacement avec le patient (le rassurer, lui expliquer la démarche, l'informer de ses droits, négocier une décision, comprendre ses émotions)
Connaître la population et ses comportements
Être capable d'établir une relation de confiance avec le patient en maintenant une attitude professionnelle
Être attentif à l'état émotionnel, au comportement et à la communication non verbale du patient afin de gérer ses émotions et recentrer sa prise en charge
Compétences médico-opérationnelles
Avoir des connaissances et s'entrainer sur la spécificité de la prise en charge médicale en contexte opérationnel (doctrine SSA, triage, EVASAN, SAFE MARCHE RYAN…)
Être capable de prendre en charge un ou plusieurs patients en anticipant, prenant en compte et en s'adaptant au contexte opérationnel
Capacité de synthèse/argumentation technique
Être capable de synthétiser une situation
Être capable de rester décisionnaire de son action sur le plan technique
MEDECIN DE PRÉVENTION
Le médecin de prévention veille à « maintenir et à améliorer [la santé du patient], prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psycho-sociaux » (6). *Le promoteur de soin est garant de l'éducation thérapeutique du patient et l'accompagne dans une démarche d'autonomisation.*
Anticiper un risque
Être capable d'anticiper un risque pour la population grâce à une connaissance épidémiologique, une connaissance de la population et de ses comportements et une connaissance de l'activité et du risque associé
Diminuer le risque
Être capable de diminuer le risque de survenue d'une maladie en informant la population et le commandement et en mettant en place des mesures de prévention individuelles et collectives

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Alerter, mesurer, enquêter
Être capable de détecter un phénomène de santé inhabituel, d'alerter et d'enquêter sur le phénomène
Ralentir le phénomène
Être capable de mettre en œuvre et de superviser les moyens de lutte contre le phénomène
Promoteur de soin
Réaliser une éducation thérapeutique du patient Responsabiliser le patient au sein de sa prise en charge
OPERATIONNEL - MILITAIRE
« *Le soutien médical aux engagements opérationnels est défini comme l'ensemble des actions médicales, […] et médico-administratives, conduites pendant la préparation des opérations, durant l'action opérationnelle proprement dite, et au retour de mission* » (22). *Il inclut également la mise en condition opérationnelle du médecin.*
Connaissance milieu/chaîne opérationnelle/adhésion à la culture opérationnelle
Être capable de mettre en œuvre les compétences attendues pour un militaire grâce à une connaissance du milieu opérationnel, de la chaîne opérationnelle Adhérer et s'insérer dans le système de valeurs militaires comme le soucis du compte rendu, le respect de la hiérarchie
Préparer une mission
Être capable de se préparer pour une mission opérationnelle en s'aguerrissant, en s'entrainant Être capable de préparer une mission et s'insérer dans un dispositif opérationnel Être capable d'anticiper les besoins d'une mission Être capable d'assurer la mise en condition opérationnelle médicale des militaires
Conduire une mission
Être capable de conduire une mission opérationnelle, de s'adapter aux cas non conformes, de s'assurer de sa propre sécurité et celle de son équipe Être capable de prendre en charge le patient en situation isolée, à risque, après analyse du contexte opérationnel Être capable d'organiser, optimiser et effectuer un soutien sanitaire d'une activité à risque Être capable d'anticiper, décider et organiser une évacuation sanitaire après analyse des moyens disponibles et alerter la chaine de soutien médical
Terminer la mission
Être capable d'assurer la continuité de la mission en effectuant une relève auprès de ses successeurs Être capable de tirer enseignement de la mission en effectuant un retour d'expérience
MEDECIN D'EXPERTISE
Le médecin d'expertise statue sur le niveau d'employabilité du militaire dans le but d'assurer sa mission.
Connaître et appliquer les textes et démarches réglementaires

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Être capable de connaitre et recourir procédures réglementaires qui encadrent la détermination de d'aptitude Savoir rédiger tous les documents administratifs relatifs à la détermination de l'aptitude
Connaître et comprendre l'emploi
Être capable de connaitre et prendre en compte l'emploi, ses risques et ses contraintes dans l'évaluation de l'aptitude
Connaître et comprendre le fonctionnement RH et institutionnel
Être capable de connaitre et prendre en compte les contraintes RH et institutionnelles dans l'évaluation de l'aptitude
Évaluer cliniquement l'aptitude et statuer
Être capable de mener une démarche clinique centrée sur l'appréciation de l'aptitude
Être capable de statuer sur les aptitudes et niveaux d'employabilité
Recourir au réseau de sachants
Être capable de recourir au réseau de sachants pour éclairer une décision d'aptitude
Communiquer une décision d'aptitude
Être capable de communiquer efficacement une décision d'aptitude au patient et de comprendre les implications de la décision
Connaître le système de recours
Être capable d'étudier un dossier d'expertise, en collaborant avec le médecin référent, avant présentation à une commission médicale d'expertise, afin de statuer sur une dérogation aux normes d'aptitudes
CHERCHEUR
Le médecin chercheur « contribue à l'application, à la diffusion, à la création et à l'essor de connaissances et de pratiques nouvelles dans le domaine de la santé » (20).
Établir une question
Être capable de se questionner ou questionner sa pratique
Faire de la recherche documentaire
Être capable de faire de la recherche documentaire
Questionner la pertinence/faisabilité
Être capable de questionner la pertinence de la recherche et sa faisabilité Connaître le cadre législatif et administratif de la recherche
Rédiger un protocole/planifier
Être capable de rédiger un protocole de recherche et de planifier son action
Suivre la conduite du travail
Être capable de mener la rechercher et de suivre l'avancée des travaux
Analyser les résultats
Être capable d'analyser les résultats

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Tirer enseignement de son travail/valoriser/accompagner le changement
Être capable de tirer enseignement de son travail, de le valoriser et d'accompagner le changement
Créer ou adapter un outil
Être capable de questionner un outil, de l'adapter à sa pratique ou d'en créer un pour améliorer sa pratique
Créer ou appartenir à une communauté
Appartenir ou créer un groupe
Respecter l'éthique
COLLABORATEUR - COMMUNICATEUR
Le médecin collaborateur « utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités » (24). *Il est aussi « conseiller médical du commandement » « permettant aux autorités militaires de chaque échelon d'intégrer les conséquences médicales de leurs choix opérationnels »*(22).
Favoriser les bonnes conditions de communication
Être capable de prendre en compte et faciliter les conditions d'une communication efficace
Connaître son interlocuteur et adapter sa communication
Être capable de connaître, prendre en compte les spécificités et adapter sa communication à son interlocuteur
Défendre/argumenter/exprimer un désaccord
Être capable d'exprimer, d'argumenter et défendre un point de vue
Dialogue/chercher un consensus
Être capable de dialoguer efficacement et d'obtenir un consensus
Appartenir/ recourir à un réseau
Être conscient d'appartenir à un réseau de soin et hiérarchique et être capable d'y recourir Être capable de collaborer avec ses paires
Favoriser la communication dans son équipe
Être capable de déclencher ou faciliter le dialogue au sein de l'équipe Être capable de reconnaitre et gérer un conflit d'équipe Avoir conscience et être capable de collaborer et travailler en équipe
Utiliser des techniques de communication
Connaître et être capable de mettre en œuvre efficacement des techniques de communication
Conseil au commandement
Être capable d'assurer un rôle de collaboration et de conseil au commandement basée sur une relation de confiance permettant une communication franche Être capable d'échanger avec les différentes cellules d'une unité

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

ENCADRANT
Le médecin encadrant s'applique à transmettre son savoir. Il entreprend une démarche de compagnonnage.
Concevoir et organiser la formation
Être capable de sélectionner un sujet d'enseignement utile et adapté
Être capable de préparer, organiser, créer des outils et supports de la formation
Être capable de délivrer la formation et de pérenniser son action d'enseignement
Être garant de la formation de sauvetage au combat
Approche centrée sur l'apprenant
Être capable de centrer et adapter son enseignement sur les attentes, contraintes et compétences de l'élève
Être capable de cultiver la réflexivité, l'autonomie
Être capable d'évaluer l'apprentissage
Être capable d'encadrer un étudiant au sein d'une démarche de compagnonnage et de partage d'expérience
Conscience, rigueur et identité d'enseignant
Avoir conscience de son rôle d'enseignant et faire preuve de pédagogie
Être capable d'évaluer la qualité de sa formation
LOGISTICIEN
Le médecin logisticien gère les ressources matérielles et médicamenteuses et leur approvisionnement.
Anticipation des besoins
Être capable d'anticiper les besoins matériels et logistiques en prenant en compte les contraintes liées à la mission
Gestion des stocks
Être capable de gérer les stocks en rationnalisant les coûts et les matériels
Être capable de planifier l'approvisionnement
Maîtrise des coûts et des moyens
Être capable de garantir le soin pour le groupe en rationnalisant les moyens, en prenant en compte le groupe dans les décisions
Être capable de raisonner avec la maîtrise des coûts
Adaptation du matériel
Connaître et gérer son matériel médical et l'adapter à son environnement de travail
PROFESSIONNEL
Le médecin militaire a la capacité de « développer une activité professionnelle […] par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive » et adaptable. (6) *« Il doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles »*(20). *Il lui incombe de s'acculturer à la vie militaire.*

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Appartenance au groupe SSA/compagnonnage/ambassadeur
Avoir conscience d'appartenir au groupe SSA solidaire
Être capable d'adhérer et de transmettre les valeurs de ce groupe
Posture de militaire
Avoir conscience d'appartenir à la communauté militaire et comprendre ses valeurs et son fonctionnement
Posture de soignant
Avoir conscience de son identité de soignant et comprendre ses valeurs
Identité complexe
Avoir conscience de son rôle
Être capable de concilier les différentes postures et d'accepter son rôle
Être capable de décider en prenant en compte les différentes composantes de la situation
Être capable de changer de posture fonction de la situation
Conscience professionnelle
Être capable d'analyser sa pratique, d'autoévaluer ses connaissances et ses compétences
Être capable de maintenir et acquérir de nouvelles compétences et connaissances
Vouloir améliorer sa pratique, se fixer des objectifs professionnels
Réflexif
Être capable de remettre en cause ses décisions, de douter, de se laisser le temps de la réflexion
Être capable d'accepter et de décider dans l'incertitude
Être capable d'apprendre de son expérience
Connaissance de soi
Être capable de gérer ses émotions
Être capable de gérer la dualité de sa fonction (médecin et miliaire)
Être capable de faire preuve de qualité professionnelle *(déontologie, résilience, objectivité, rigueur, compréhension, empathie, bienveillance, justesse, disponibilité, fiabilité, ingéniosité, réactivité, concentration, proactivité, autonomie)*
Maîtrise et optimisation de l'environnement de travail
Être capable de s'adapter à son environnement de travail
Être capable d'optimiser son temps et ses moyens

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908