

Compte-rendu de la 6^{ème} Journée des post-gradués de la Faculté de Médecine de l'ULB

Y. Serroukh, T. Baudoux, B. Layeux, J. Brauner, N. Willems, C. Lemoine, F. Legrand, F. Goldberg, C. Frenkel, M. Lalmand, A. Etienne et O. Goldberg

Ce 25 novembre 2010, s'est déroulée la 6^{ème} Journée de formation et d'information des post-gradués (PG), organisée par l'Association des Médecins Intrahospitaliers en Formation de l'ULB (AMIF).

Cette réunion annuelle permet de discuter de sujets ayant trait aux conditions de travail et de formation des candidats spécialistes de notre Université. Plus important encore, elle est l'occasion de rencontres et d'échanges entre les PG du réseau.

La tenue de cette Journée constitue une des pierres angulaires de l'action de l'AMIF.

La matinée est consacrée à des exposés sur un thème choisi selon l'actualité et les faits marquants de l'année écoulée. Cette année, la thématique " Objectifs et Compétences " avait été retenue par les organisateurs.

L'après-midi est réservée aux réunions des PG de chaque spécialité qui discutent et produisent des données objectives et subjectives sur la formation dans les différents services et hôpitaux. Ces données sont transmises par les délégués de spécialisation et compilées par l'AMIF afin de produire un " rapport " annuel servant de base aux discussions avec les maîtres de stage et ayant pour vocation à terme de systématiser l'évaluation des stages par les stagiaires eux-mêmes.

Après l'accueil du Président de l'AMIF, le Dr Brice Layeux, la parole a été donnée au Doyen de la Faculté, le Pr Sylvain Meuris.

Celui-ci a réaffirmé par sa présence l'importance qu'il accorde à cette réunion, qu'il a qualifiée de " naturelle " et dont il a confirmé le caractère facultaire.

En ce qui concerne les compétences professionnelles attendues des post-gradués, une nomenclature existe. Le Doyen encourage l'ensemble des acteurs à la considérer attentivement dans chaque

spécialité. Cette nomenclature détermine en effet les objectifs et compétences minimaux pour être reconnu dans la discipline.

Les commissions d'agrément du ministère, quant à elles, sont mandatées pour acter la reconnaissance des compétences par les pairs.

La durée totale de la formation est donc déterminée par le SPF Santé publique et modulée par les commissions d'agrément. Ceci fixe un cadre temporel qui est à distinguer du volume horaire effectivement presté.

Le Doyen a ensuite énuméré une partie des outils de formation nécessaires à l'acquisition de connaissances théoriques de manière passive et active, par la mise en doute et la pratique d'activités de recherche.

Selon lui, le support académique n'est actuellement pas assez formalisé, le dépôt de plans de formation par les comités de *master* complémentaire commence à peine.

Enfin, le Doyen a rappelé la nécessité de définir " qui fait quoi ? ". L'encadrement est nécessaire, mais la qualité de la formation est aussi de la responsabilité du candidat spécialiste. La gestion des difficultés et du quotidien doit être pensée selon une logique de " *top-down* " (le maître de stage vers ses PG), puis de " *bottom-up* " (le retour des PG vers le maître de stage) avec la Faculté et le Doyen comme assistance à la mise en œuvre et harmonisation de l'ensemble.

Le Dr Thomas Baudoux a ensuite présenté les résultats du questionnaire d'appréciation des stages récolté auprès des post-gradués lors de l'édition 2009 de cette Journée. Ces données concernent l'année 2008-2009. Il rappelle d'abord ce qu'est le rapport de l'AMIF. Ce texte est une compilation des comptes-rendus des délégués des différentes spécialités, est représentatif de l'avis des PG **présents** à la Journée des PG et doit donc être vu comme une photographie

du **ressenti** des PG. Il s'agit d'une base de travail, d'une invitation au dialogue et ne saurait en aucun cas être un rapport à charge.

D'après ce rapport, il apparaît que l'arrêté Colla (arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage) est globalement respecté dans le Réseau. Il reste certains hôpitaux et/ou services irréductibles. La rémunération des prestations reste hétérogène et, souvent, ne concerne pas les gardes appelables.

Au plan de la formation, les candidats spécialistes sont globalement satisfaits de l'enseignement théorique mais se plaignent de manière récurrente du manque de supervision et d'encadrement, du coût des formations complémentaires pseudo-facultatives et de l'absence ou de l'insuffisance de définition de niveaux de compétence.

L'AMIF résume la position des post-gradués en exprimant une *volonté commune de travailler mieux, apprendre plus et réaliser des objectifs définis ensemble*.

La deuxième partie de l'exposé du Dr Baudoux concernait les méthodes d'évaluation des lieux de stage.

En guise d'introduction, il mentionne le rapport annuel du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) ayant pour but de proposer des critères de qualité pour les lieux et les maîtres de stage des candidats spécialistes et généralistes. La méthodologie utilisée comporte une revue de la littérature (définitions de critères de qualité), une enquête auprès des commissions fédérales d'agrément et du conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes ainsi qu'une évaluation de la situation dans des pays voisins (Pays-Bas, France, Suisse, Angleterre et Canada). Publié en juillet 2010, ce rapport dénonce un décalage entre la législation et la situation sur le terrain. Les critères de qualité d'évaluation des lieux de stage y sont jugés obsolètes et inadaptés. Il y est fait état d'initiatives universitaires en concurrence avec la législation fédérale, d'une absence d'évaluation sur le terrain et d'une formation insuffisante des maîtres de stage. L'autre conclusion importante du rapport est un point faible dans la structure organisationnelle ; on déplore notamment l'absence d'évaluation extérieure et indépendante des lieux de stage.

Les experts du KCE plaident donc d'une part pour la définition de critères de qualité au niveau national et local (puisque les critères génériques actuels semblent insuffisants, d'application et d'interprétation variables et les critères particuliers pour les spécialités souvent dépassés et ne tenant pas compte de l'aspect pédagogique), et dénoncent d'autre part l'absence d'évaluation dans la procédure d'agrément, procédure qui se fonde actuellement sur une auto-évaluation des maîtres de stage (respect des

critères légaux). Il est rappelé que le retrait d'agrément pour mauvaise qualité de la formation reste à ce jour exceptionnel.

Au final, le KCE ne fournit pas de recommandation concrète mais propose une évaluation externe et indépendante des lieux et des maîtres de stage, par une visite de ces lieux, une évaluation par les stagiaires et la révision de critères de qualité. (Texte intégral téléchargeable http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3456&CREF=17416).

Lors de la précédente édition de la Journée des PG, le questionnaire " PHEEM " a été testé afin de standardiser l'évaluation des stages du Réseau. Développé en 2005 aux Etats-Unis et utilisé depuis dans de nombreux pays comme le Canada, le Royaume-Uni, l'Inde, la Chine, le " *Postgraduate Hospital Education Environment Measure* " a été conçu dans le but d'évaluer le " climat éducationnel " des médecins en formation sur les lieux de stage. Il contient 40 questions auxquelles il faut répondre par un chiffre de 0 à 4, c'est-à-dire de tout à fait d'accord à pas du tout d'accord.

Le climat éducationnel est évalué selon trois " axes " principaux :

- l'environnement physique : sûreté, nourriture, chambre, etc. ;
- l'environnement émotionnel : *feedback* éducationnel, absence de harcèlement, support, etc. ;
- le climat intellectuel : participation active, encadrement, médecine factuelle, etc.

Dans le but d'évaluer le climat éducationnel sur le réseau de l'ULB, et afin de susciter le dialogue pour *in fine* améliorer ce même climat, l'AMIF a proposé aux post-gradués un questionnaire *pheem* modifié (figure 1). Les réponses aux questions étaient sous forme binaire (oui/non).

Chaque post-gradué a rempli un questionnaire par période de stage. L'anonymat est respecté ; seules des données générales sont collectées : année de formation, hôpital de stage, service de stage, spécialité.

Un total de 180 questionnaires a ainsi pu être récolté.

La répartition des répondants par année de formation est nettement asymétrique, les premières années étant beaucoup plus représentées (figure 2). Les spécialités " traditionnelles " drainant le plus de candidats spécialistes étaient logiquement plus représentées (figure 3), de même que les post-gradués de l'hôpital académique et du Réseau IRIS (figure 4).

Les données ont été analysées sans tenir compte de la spécialisation, de l'année de formation ou du lieu de stage. Il en ressort d'abord que les qualités des maîtres de stage ne sont pas remises en cause (figure 5). Cependant, environ 5 % des PG ressentent du racisme dans le service et environ 6 % des PG y

| Hôpital: | Service: | |
|-------------|---|---------|
| Spécialité: | Année de formation: | |
| n° | Questions | Oui/Non |
| 1 | Mon contrat d'emploi précise les horaires de travail | |
| 2 | Mon maître de stage a clairement fixé les attentes et les objectifs de ce stage | |
| 3 | Une partie de mon planning hebdomadaire est vouée exclusivement à l'éducation/apprentissage | |
| 4 | J'ai reçu des informations pour débuter mon stage | |
| 5 | J'ai une formation/ connaissance appropriée pour le poste que j'occupe | |
| 6 | J'ai une bonne supervision clinique à tous moments | |
| 7 | Il y a du sexisme dans le service | |
| 8 | Je dois réaliser des tâches inappropriées | |
| 9 | Il y a un livre d'information/ de référence destiné aux jeunes docteurs | |
| 10 | Mon maître de stage a de bonnes connaissances | |
| 11 | Je me sens satellié/perdu dans mon service | |
| 12 | Je suis capable de participer activement aux activités éducatives/séminaires | |
| 13 | Il y a du sexisme dans le service | |
| 14 | Il y a des protocoles clairs dans le service | |
| 15 | Mon maître de stage est enthousiaste | |
| 16 | J'ai de bons contacts avec les autres médecins post-gradués | |
| 17 | Mon maître de stage respecte l'arrêté Coia | |
| 18 | J'ai le sentiment de prodiguer des soins de qualité à mes patients | |
| 19 | Je bénéficie de conseils intéressants pour ma carrière | |
| 20 | Cet hôpital fourni un logement convenable pour les médecins de gardes | |
| 21 | J'ai accès à un programme d'éducation qui correspond à mes besoins | |
| 22 | J'ai un feedback régulier de mes supérieurs sur mon travail | |
| 23 | Mon maître de stage est bien organisé | |
| 24 | Je me sens en sécurité dans l'environnement hospitalier | |
| 25 | Il n'y a pas de culture du blâme dans ce service | |
| 26 | Il y a un service de restauration adéquat lorsque je suis de garde | |
| 27 | Il y a suffisamment d'opportunité d'apprentissage clinique pour mes besoins | |
| 28 | Mon maître de stage a de bonnes connaissances cliniques | |
| 29 | J'ai l'impression de faire partie d'une équipe | |
| 30 | J'ai la possibilité d'apprendre les compétences techniques ou pratiques de mon niveau | |
| 31 | Mon maître de stage est accessible | |
| 32 | Ma charge de travail pour ce stage est correcte | |
| 33 | Les seniors utilisent réellement les opportunités d'apprentissage pour éduquer les médecins post-gradués | |
| 34 | Ma formation me donne le sentiment d'être prêt à être résident | |
| 35 | Mon maître de stage a les bonnes qualités pour être maître de stage | |
| 36 | Je prends beaucoup de plaisir en dehors de mon travail actuel | |
| 37 | Mon maître de stage m'encourage à apprendre par moi même | |
| 38 | On fourni de bon conseils pour les médecins qui ne s'en sortent pas dans leur formation | |
| 39 | Mon maître de stage m'a donné un bon feedback à l'issu du stage en insistant sur mes points forts et mes faiblesses | |
| 40 | Mon maître de stage entretient une atmosphère de respect mutuel | |

Figure 1 : Questionnaire distribué aux post-gradués le 26/11/2009.

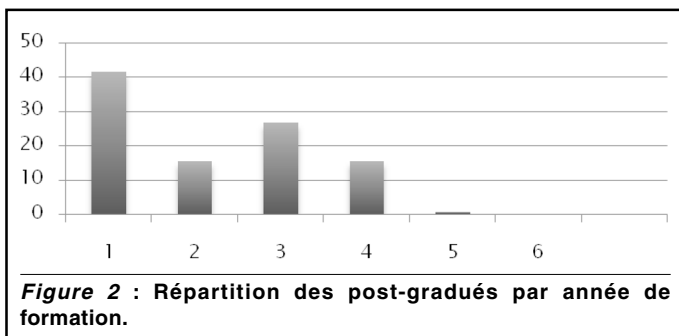


Figure 2 : Répartition des post-gradués par année de formation.

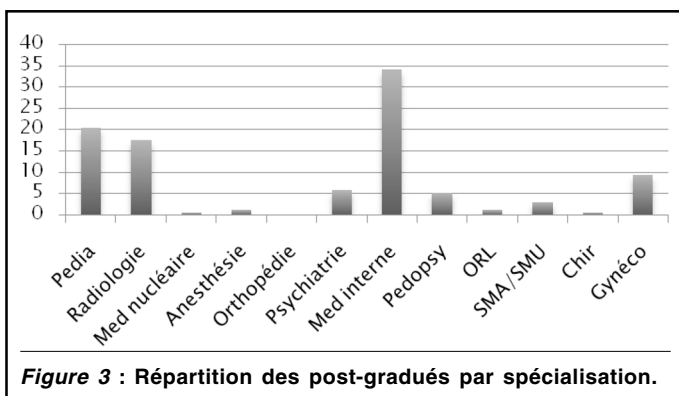


Figure 3 : Répartition des post-gradués par spécialisation.

trouvent du sexisme. Seuls 43 % des PG ont l'impression d'avoir une formation ou des connaissances suffisantes pour le poste qu'ils occupent, 53 % des PG estiment avoir une bonne supervision, environ 20 % des PG se sentent

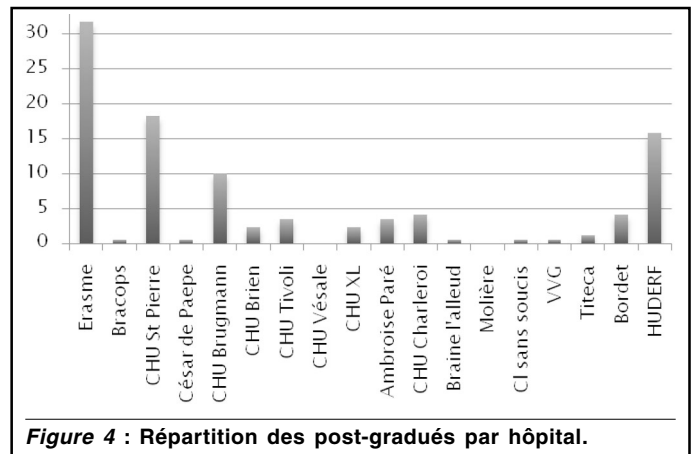


Figure 4 : Répartition des post-gradués par hôpital.

| N° question | question | % de oui |
|-------------|---|----------|
| 10 | Mon maître de stage a de bonnes connaissances | 97,18 |
| 15 | Mon maître de stage est « enthousiaste », motivant | 85,31 |
| 23 | Mon maître de stage est bien organisé | 72,67 |
| 28 | Mon maître de stage a de bonnes connaissances cliniques | 94,83 |
| 31 | Mon maître de stage est accessible | 81,40 |
| 35 | Mon maître de stage a les bonnes qualités pour être maître de stage | 78,49 |
| 40 | Mon maître de stage entretient une atmosphère de respect mutuel | 78,33 |

Figure 5 : Les qualités des maîtres de stage ne sont pas remises en cause.

“ largués ” dans leur service, environ 37 % des PG estiment que leur formation leur permettra d'être résident. Enfin, le manque de *feedback* à l'issu du stage sur les points positifs et négatifs est dénoncé par près de 60 % des post-gradués.

Les limitations du questionnaire sont importantes : le mode de réponse est réducteur et certaines questions sont sujettes à interprétation. Il permet néanmoins de conclure que les qualités des maîtres de stage ne sont pas remises en cause mais que les candidats spécialistes en formation ressentent un manque d'encadrement.

L'AMIF plaide donc pour la définition de consignes et d'objectifs avant le stage, pour une meilleure supervision et surtout pour qu'un *feedback* sur la formation soit possible pendant et à la fin du stage.

Le Pr Georges Casimir a été invité en tant que Président du Corps des Maîtres de Stage de la Faculté de médecine de l'ULB (COMASTAM).

Il a d'abord rappelé les buts de la formation médicale hospitalière :

- efficacité ;
- compétence clinique ;
- sécurité.

La finalité étant toujours le patient, certains principes sous-tendant la formation sont énoncés : “ Soigne l'autre comme tu voudrais l'être toi-même ”,

rigueur, travail d'équipe, empathie, collégialité, capacité à transmettre, enthousiasme, maîtrise technique et maîtrise du temps.

Il nous appartient de ne jamais faire de l'activité clinique une " habitude ". Nous nous devons de percevoir la détresse humaine et d'y répondre avec professionnalisme.

Dans ce contexte, des changements dans l'organisation de l'hôpital sont à envisager. Il convient d'éviter le dépeuplement des salles par les anciens au profit de la technique et de l'ambulatoire et de veiller à l'évaluation continue des pratiques (" audit permanent ").

La relation entre maître de stage (MS) et PG n'est pas simple.

Le MS est à la fois responsable et enseignant et le PG est à la fois médecin responsable et élève. L'*output* du MS et du PG étant commun (le patient et la qualité des soins), il est nécessaire de travailler à une communauté de vue sur les droits et devoirs des uns et des autres pour arriver à adapter le modèle.

L'évolution de la médecine amène de nombreux défis :

- Gestion de la complexité.
- Lourdeur des pathologies et réduction de la durée d'hospitalisation.
- Gestion de la sur-spécialisation et nécessité d'une grande culture générale.
- Nécessité de travailler de manière plus structurée avec infirmières et paramédicaux eux-mêmes plus spécialisés.
- Choix des moyens par manque de moyens.
- Evolution de la pyramide des âges.
- Définition du rôle de chacun.
- Aspects médico-légaux et administratifs.
- Plus grande place de l'économie dans les soins.
- Humilité comme base de fonctionnement.

Face à l'hôpital qui change, une réflexion sur l'**organisation** et sur la **gestion du temps collectif et individuel** s'impose. Différents éléments doivent être pris en compte :

- Trépied programme de soins - enseignement - recherche.
- Importance du *leadership* (efficacité, gestion du temps, réduction de l'entropie).
- Niveau élevé de compétence et créativité, multidisciplinarité.
- Evolution du temps de travail (5,6 ETP pour un poste de garde 24 h/24).
- Féminisation et profil d'activité.
- Adaptation du financement au profil des institutions (retard habituel du politique sur la situation du terrain).

Afin de définir des " **profils de compétence** ", un partenariat efficace entre les différents intervenants doit être mis en place. C'est dans cette optique que l'AMIF

collabore avec le COMASTAM. Il faut en effet agir au niveau politique pour éviter la prise de mesures inopportunes.

Les participants aux réunions communes ont décidé de résumer la réflexion commune COMASTAM-AMIF selon trois axes et groupes de travail :

- le **contenant** (soit l'organisation de la formation et " l'enregistrement " de celle-ci) ;
- le **contenu** (" compétences et certifications ") ;
- le **statut** pécuniaire et académique de la formation.

L'objectif est d'aboutir cette année à une feuille de route sur les thèmes choisis et de l'adapter dans les différentes filières. C'est un véritable challenge, mais une réelle nécessité pour les patients et la qualité du travail de tous

En guise de conclusion, le Pr Casimir a rappelé les valeurs de l'ULB et le caractère pionnier de la Belgique en matière de lois éthiques. Ces notions sont importantes dans la société actuelle, les défis étant toujours nombreux face à la montée des extrémismes, à l'évolution de la place de la femme et de l'enfant dans la société, au créationnisme et autres charlataneries. Il est de notre devoir de défendre les plus faibles y compris d'un point de vue économique. Le médecin a sa place comme interlocuteur politique de premier plan, en particulier compte tenu des défis écologiques.

Nous avons invité le Pr Michel Vanhaeverbeek dans le cadre de ses activités au sein du C.H.U. de Charleroi - ULB - Mons et plus particulièrement du Groupe d'épistémologie appliquée et de clinique rationnelle (GERHPAC). Il nous a présenté son expérience d'" apprentissage par projets " (APP).

L'apprentissage au raisonnement clinique (ARC) est une forme d'APP ou le raisonnement clinique figure au centre des compétences à acquérir.

La méthode, d'abord appliquée au cours d'épidémiologie de 3^{ème} BA, consiste en un travail en groupe autour d'un problème clairement énoncé. L'analyse du problème réalise des objectifs d'apprentissage (contenu et savoir-faire) préétablis et dont la réussite est objectivée par une synthèse.

L'organisation d'un atelier d'apprentissage par projets est relativement complexe : le groupe (8 étudiants) est animé par un porte-parole et catalysé par un enseignant.

Il y a trois temps : une analyse du problème et des objectifs (90 minutes), un travail personnel et une synthèse en groupe (90 minutes).

Chaque étudiant bénéficie d'une critique personnalisée à l'issue du travail.

L'expérience a été menée par trois enseignants en 3^{ème} BA à l'UMH. Il en ressort que, malgré une

infrastructure lourde en temps d'enseignement, les étudiants se sont montrés motivés. Elle a permis la transversalisation de trois enseignements autour de l'acquisition d'une compétence - le raisonnement clinique - avec réactivation des connaissances antérieures, identification des hypothèses causales et gestion de celles-ci.

En ce qui concerne l'apprentissage dans le cursus des post-gradués, l'APP-ARC est bien adapté à l'apprentissage hospitalier pour toutes les disciplines. L'ARC est adaptable au diagnostic et à la décision thérapeutique.

L'apprentissage par projet est centré sur l'apprenant. Ce dernier identifie et formalise ses propres problèmes, et les résout en développant et appliquant ses connaissances et compétences. Les buts du projet (divisé en séquences et sous-projets) sont identifiés, formulés et surtout les résultats ne sont ni pré-définis ni attendus.

L'expérience a été menée à l'hôpital André Vésale (C.H.U. de Charleroi) : l'ARC n'a pas été formalisé, mais 10 séminaires par an sont consacrés à la démarche clinique, centrés autour de cas présentés par les assistants, discutés avec les seniors et choisis pour leurs aspects pédagogiques.

L'enseignement à Vésale est centré sur une vision d'application de l'épidémiologie clinique (médecine factuelle). Au fil des années, avec l'aide des assistants qui s'y sont succédés, un projet a été construit et structuré autour de l'apprentissage à la lecture critique d'articles (projet LCA), élément central de la médecine factuelle.

Trois exposés introductifs " cadrent " le projet (couleur " épistémologie ", couleur " math ", couleur " épidémiologie "). Sept modules de deux séances sont organisés, ainsi que sept exercices d'application et enfin quatre séances au choix (recherche bibliographique, Endnote®, logiciels statistiques, compléments statistiques théoriques...).

Chaque module de deux séances est centré autour d'un thème et d'un article choisi dans ce thème, chaque module est animé par un " junior " et un " senior " et le " couple " ainsi déterminé choisit ses objectifs et ses moyens.

Le projet est adaptable selon les participants, il est bien adapté à un hôpital d'enseignement et a toujours suscité la motivation des participants.

En conclusion, il s'agit donc d'un projet évolutif, qui nécessite un travail collaboratif dans une vision commune et qui est impossible sans un soutien institutionnel fort.

Pour avoir permis la mise en place de ce projet, le Pr Vanhaeverbeek tient à remercier les PG qui se sont attelés à la construction progressive de ce projet,

au groupe GERHPAC et aux membres du groupe qui s'investissent année après année pour améliorer l'enseignement, au Gestionnaire de l'Hôpital (ISPPC) et particulièrement à son Directeur Général, le Dr Philippe Lejeune.

Le dernier orateur de la matinée est le Pr Stéphane Louryan, invité dans le cadre de ses activités à la tête de la Cellule de pédagogie médicale.

Le cadre européen de compétence prévoit que le parcours étudiant se décompose en 7 niveaux depuis le primaire jusqu'à la thèse. Ces niveaux devront qu'on le veuille ou non se décliner en objectifs et compétences, c'est l'évolution logique du processus.

Il existe un paradoxe, un conflit permanent entre deux visions des choses, entre ceux qui veulent réformer le système et ceux qui le vivent sur le terrain (la pression des classements, l'obsession de savoir si " ça compte pour des points ??? ", etc.).

Il y a différents types de connaissances :

- Les **connaissances déclaratives** nécessitent trois processus : répétition, élaboration, organisation. Exemple : " ceci est une table ".
- Les **connaissances procédurales** mènent de la condition à l'action et permettent une compilation des connaissances. Exemple : " comment faire une ponction lombaire ? ".
- Les **connaissances conditionnelles** sont l'apprentissage des concepts. Elles comprennent deux processus : la discrimination et la généralisation, ce qui implique la contextualisation et la décontextualisation. Exemple : " si... alors... ".

Il existe des stratégies d'apprentissage, tout le monde n'apprend pas de la même façon.

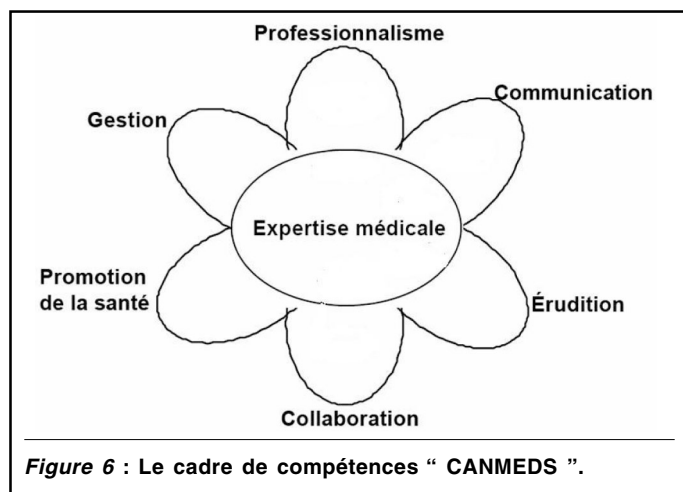
- **Stratégies cognitives :**
 - sélection ;
 - répétition ;
 - élaboration ;
 - organisation.
- **Stratégies métacognitives**
 - planification ;
 - évaluation ;
 - réajustement.
- **Stratégies affectives**
 - maintenir sa motivation ;
 - maintenir sa concentration ;
 - contrôler son anxiété ;
 - l'apprenant doit savoir comment il étudie, comment il fonctionne.
- **Stratégies de gestion**
 - gérer son temps efficacement ;
 - gérer les ressources matérielles et son environnement d'apprentissage ;
 - gérer le soutien de personnes.

Tout cela aboutit à **la nécessité d'une évaluation formative**. Juger les gens non pas pour les classer ou leur donner des points, mais pour les aider à apprendre et évoluer. L'évaluation n'est pas toujours

gratifiante et les étudiants doivent l'accepter, mais elle aide à progresser.

Une compétence peut se définir comme un " savoir-agir complexe fondé sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes se manifestant à l'intérieur d'une famille de situations ". C'est donc plutôt un groupe de décisions, d'attitudes à avoir pour résoudre des problèmes, faire face à des situations. A ce titre, on distingue la compétence de l'habileté (exemple : savoir réaliser techniquement une ponction lombaire).

Au Canada, de grands efforts ont été faits dans la définition d'objectifs et de compétences pour les PG. La figure 6 présente le cadre de compétences (" CANMEDS ") adopté dans ce pays.



Tout s'articule autour de la **notion de tâche intégratrice**, qui est une situation d'apprentissage contextualisée et complexe qui permet aux élèves d'activer et de mobiliser une ou plusieurs **compétences disciplinaires** tout en prenant en compte au moins une **compétence transversale** et un domaine d'**expérience de vie** (exemple : un malade en fin de vie), et qui favorise leur développement et leur maîtrise dans l'action.

A terme, il est nécessaire de produire et d'adapter un cadre de compétences ou " référentiel ". La mise en place d'un tel référentiel permet de valider l'évaluation des compétences. Une sanction est possible lorsqu'une faute grave est commise si et seulement si ce référentiel est connu de tous.

Le *portfolio* est l'outil proposé comme support d'application du référentiel de compétences. C'est un document libre où l'étudiant met tout ce qu'il souhaite, ses états d'âmes, ses problèmes, des séminaires, des présentations, ses attentes pour un nouveau stage. Le document, sous forme papier ou électronique, devrait le suivre de mois en mois et d'années en années, afin de réorienter continuellement sa formation et l'acquisition de ses connaissances et compétences. Cela suppose que ce *portfolio* soit regardé et discuté régulièrement, au moins au début et à la fin de chaque stage avec le MS. Les bénéfices attendus du *portfolio* sont l'amélioration de la qualité des interactions PG/MS, l'information détaillée au MS des besoins, forces et faiblesses de l'étudiant et un suivi continu avec *feedback* basé sur des éléments concrets.

L'acquisition des objectifs et des compétences définis au préalable se fait de manière progressive et implique une évaluation détaillée et motivée à chaque étape.

Il est évident qu'à l'heure actuelle, l'implémentation de ce système de formation dans le cursus des post-gradués relève plus du vœu pieux que de la réalité concrète.

C'est essentiellement dans ce sens que la salle va réagir aux interventions des deux derniers orateurs.

A cela, le Pr Louryan répond qu'il faut qu'une organisation facultaire impose certains standards même si cela ne se fera pas en un jour. Il ne faut pas tout attendre des MS et des chefs de service qui ont déjà de nombreuses prérogatives. Il faudrait des cadres intermédiaires (ASHU plus nombreux et plus disponibles), mais cela coûte cher et il n'y a que peu de soutien de la part des gestionnaires.

Le Dr Serroukh remercie enfin les quelques maîtres de stage présents malgré l'organisation difficile. Leur présence est pour nous une preuve que notre formation est une de leurs priorités. Nous sommes convaincus que c'est ensemble que l'on améliorera les choses.

La fin de la matinée a été consacrée à l'exposé du Dr Jonathan Brauner sur la nouvelle loi limitant le temps de travail des médecins salariés et au débat qui l'a suivi. Ce point fait depuis l'objet de nombreuses discussions actuellement et nous ne manquerons pas d'en informer les lecteurs de la *Revue Médicale de Bruxelles* dans un prochain numéro.