



GUIDE DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE  
**MEDECINE GENERALE**  
PROMOTION 2015

UNIVERSITE NICE SOPHIA – ANTIPOLIS  
FACULTE DE MEDECINE DE NICE  
28 avenue de Valombrose – 06107 NICE Cedex 2



GUIDE DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE  
**MEDECINE GENERALE**  
PROMOTION 2015

Présidente de l'Université

Mme Frédérique VIDAL

Doyen de la Faculté de Médecine

Pr Patrick BAQUE

Directeur du DERMG

Pr Philippe HOFLIGER

UNIVERSITE NICE SOPHIA – ANTIPOLIS  
FACULTE DE MEDECINE DE NICE  
28 avenue de Valombrose – 06107 NICE Cedex 2

## Table des matières

Présentation de vos interlocuteurs .....	1
Trombinoscope du DERMG .....	1
Le CAGE .....	3
Le RUN .....	4
Les services universitaires .....	5
Modalités d'apprentissage et de validation .....	6
La théorie.....	7
Un schéma de synthèse.....	12
Le portfolio électronique <a href="http://jalon.unice.fr/">http://jalon.unice.fr/</a> .....	13
Principes de la médecine générale et références .....	14
La pédagogie par apprentissage : pourquoi et comment ? .....	19
Les compétences du médecin généraliste.....	23
Présentation des ressources .....	23
Les six grandes compétences : la marguerite.....	24
L'étoile des compétences .....	25
Les 11 grandes familles de situations cliniques.....	26
L'apprentissage en groupe.....	30
Des séances tutorées diversifiées .....	30
Objectif et méthode du GEASP .....	30
Modalités de validation.....	33
Documents ressources .....	33
L'apprentissage individuel .....	39
Le RSCA.....	39
La trace d'apprentissage en stage.....	50
Le rapport de progression .....	53
L'auto-évaluation de sa communication.....	57
L'apprentissage complémentaire.....	62

Les livrets de stage.....	65
La recherche.....	66
Les thèmes de recherche du DERMG .....	66
La thèse .....	66
La « cellule thèse » : des séances d'aide méthodologique .....	67
Les directeurs de thèse généralistes .....	71
Les autres ressources .....	72
La soutenance pour l'obtention du DES .....	73
ANNEXE : niveaux de progression pour l'étoile des compétences ...	76

# Présentation de vos interlocuteurs

Message d'accueil de l'équipe enseignante

## **Bienvenue !**

Les enseignants du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG) vous souhaitent la bienvenue dans ce 3ème cycle d'enseignement qui va vous permettre d'obtenir à son terme le diplôme de docteur en médecine.

Cet enseignement se compose de : six stages cliniques, à l'hôpital mais aussi en ambulatoire dans les cabinets de médecins généralistes auprès des maîtres de stage des Universités, et d'un enseignement facultaire de 200 heures réparties sur les 3 années.

Les méthodes pédagogiques seront tout à fait différentes de celles qui vous ont permis de passer l'ECN. Elles sont exposées plus loin dans ce guide.

L'objectif du programme du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale est de former des médecins généralistes compétents, en termes de qualité et de sécurité des soins, au bénéfice des patients. Nous visons à préparer au mieux le futur médecin généraliste à pratiquer une médecine globale : prévention, dépistage, diagnostic, traitement et réhabilitation des problèmes de santé, en tenant compte des aspects organiques, psychiques et sociaux, en assurant à la fois le premier contact et les soins de première ligne, l'orientation au besoin vers les autres spécialistes, ainsi que la continuité des soins.

Vous pourrez ainsi acquérir les compétences nécessaires à votre futur métier.

La certification de vos compétences se fera de façon continue et finale par l'évaluation de votre portfolio dont la synthèse servira à l'évaluation finale du DES.

Tous les enseignants de ce 3ème cycle dans l'enseignement facultaire sont des généralistes enseignants. Ils vont vous accompagner pendant 3 ans dans l'acquisition de vos compétences, mais ils seront aussi à votre écoute, et n'hésitez pas à leur faire part de vos difficultés, ils vous aideront à les résoudre.

Au nom de l'équipe,

**Pr Philippe Hofliger, directeur du DERMG.**

# Trombinoscope du DERMG - rentrée 2015

**Pr Philippe Hofliger**  
p.hofliger@wanadoo.fr



**Pr Gilles Gardon**  
gilles.gardon@unice.fr



**Dr Jean-Luc Baldin**  
j.luc.baldin@wanadoo.fr



**Mme Laura Bruley**  
Laura.bruley@unice.fr



**Dr Michel Papa**  
m.papa@wanadoo.fr



**Dr Céline Casta**  
celinecasta@hotmail.com



**Dr David Darmon**  
david.darmon@free.fr



**Dr Brigitte Monier**  
b.monnier@medsyn.fr



**Dr Stéphane Munck**  
stephanemunck@gmail.com



**Dr Tiphanie Bouchez**  
tiphaniebouchez@gmail.com



**Dr Johann Tétart**  
johann.tetart@laposte.net





**Organigramme**

Gestion du DERMG	PEDAGOGIE	RECHERCHE
<p><b>Pr Philippe HOFLIGER</b> Directeur</p> <p><b>Dr David DARMON</b> Directeur Adjoint</p>	<p><b>Pr Gilles GARDON</b> Responsable</p>	<p><b>Dr David DARMON</b> Responsable</p>
<p>- Gestion du cursus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Recrutement des enseignants</li> <li>* Gestion des enseignements</li> <li>* Planning</li> </ul> <p>- Gestion des ressources humaines et financières</p> <p>- Représentation du DERMG</p> <p>- Agrément des stages</p> <p>- Suivi des étudiants en DES</p> <p><b>Secrétariat</b>  Mme Laura Bruley  04 93 37 77 49  <a href="mailto:Laura.bruley@unice.fr">Laura.bruley@unice.fr</a></p> <p><b>Gestion documentaire et numérique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Michel Papa</li> <li>- Dr Tiphonie Bouchez</li> </ul> <p><b>Relations avec les internes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Céline Casta</li> <li>- Dr Stéphane Munck</li> </ul> <p><b>Relations internationales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Pia Touboul</li> <li>- Dr David Darmon</li> </ul> <p><b>Conseil du DERMG</b> : JL.Baldin, G.Bolla, T.Bouchez, C.Casta, , D.Darmon, M.Derochet, JG.Fuzibet, G.Gardon, P.Hofliger, B.Monnier, S.Munck, M.Papa, JL.Sadoul, J.Tétart, O.Toulalan, Représentant RUN (Axel Mignot), 1 représentant Chargé d'enseignement, 1 représentant MSU (CAGE) à désigner par le CAGE</p>	<p>Comité de pilotage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pr Gilles Gardon</li> <li>- Dr Jean Luc Baldin</li> <li>- Dr Stéphane Munck</li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;"><u>Troisième cycle</u></p> <p><b>Coordination des enseignants ambulatoires et universitaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Brigitte Monnier</li> <li>- Pr Philippe Hofliger</li> <li>- Dr Tiphonie Bouchez</li> <li>- Dr Stéphane Munck</li> <li>- Dr Johann Tétart</li> </ul> <p><b>GEASP/séances tutorées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Brigitte Monnier</li> </ul> <p><b>RSCA</b> : Pr Gilles Gardon</p> <p><b>Séminaires</b> : Dr Michel Papa</p> <p><b>Stages 3ème cycle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Brigitte Monnier</li> </ul> <p><b>Formation pluridisciplinaire et enseignements optionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr David Darmon</li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;"><u>Deuxième cycle</u> : <b>Dr Jean-Luc Baldin</b></p> <p><b>Enseignement théorique et stages</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Jean Luc Baldin</li> <li>- Dr Johann Tétart</li> <li>- Dr Stéphane Munck</li> <li>- Dr Celine Casta</li> </ul> <p><b>Conférences ECN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Stéphane Munck</li> <li>- Dr Johann Tétart</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Formation à la direction de thèse</li> <li>* Suivi des études</li> <li>* Plan de publication</li> <li>* Conseil scientifique de l'UFR</li> </ul> <p><b>Commission de pilotage recherche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pr Philippe Hofliger</li> <li>- Dr David Darmon</li> <li>- Dr Tiphonie Bouchez</li> <li>- Dr Céline Casta</li> <li>- Dr Stéphane Munck</li> </ul> <p><b>Cellule d'aide méthodologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pr Philippe Hofliger</li> <li>- Pr Pascal Staccini</li> <li>- Dr David Darmon</li> <li>- Dr Tiphonie Bouchez</li> <li>- Dr Céline Casta</li> <li>- Dr Stéphane Munck</li> <li>- Dr Pia Touboul</li> <li>- Dr Michel Papa</li> <li>- Dr Johann Tétart</li> </ul> <p><b>Formation à la recherche des étudiants et encadrants</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr David Darmon</li> <li>- Dr Tiphonie Bouchez</li> </ul> <p><b>Relation avec les autres disciplines et structures de recherche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr David Darmon</li> </ul>

## Le CAGE

Le Collège Azuréen des Généralistes Enseignants est une association de Médecins Généralistes Enseignants et/ou Maitres de Stage à la faculté de Médecine de Nice.

Cette association a pour but :

- d'organiser la formation pédagogique des Maitres de Stage des Universités (MSU)
- d'homogénéiser l'enseignement délivré par le DERMG et les MSU en cabinet de ville
- de favoriser les échanges entre :
  - Etudiants et MSU ambulatoires
  - Etudiants et DERMG
  - MSU et DERMG
- de trouver des lieux de stage hors cabinet pendant les stages chez le Praticien.

Le CAGE est aussi une ressource pour l'apprentissage en DES, à travers le site du CAGE : les étudiants et les enseignants peuvent y trouver les documents utiles pour les stages mais aussi les GEASP et autres séances tutorées, portfolio, recherche, etc.

Site à explorer en large et en travers : <http://www.nice.cnge.fr/>.

Le CAGE n'est pas :

- responsable des RSCA
- responsable des GEASP
- responsable des séminaires

Les internes peuvent à tout moment contacter l'un des membres du bureau du CAGE pour toute remarque en rapport avec la formation au sein du DES de Médecine Générale.

### Composition du Bureau

- Président : **Dr Max Derochet** (Cannes la bocca) [derochet.max@wanadoo.fr](mailto:derochet.max@wanadoo.fr)
- Vice-Présidente : **Dr Véronique Dubayle** (Antibes) [veroniquedubayle@orange.fr](mailto:veroniquedubayle@orange.fr)
- Secrétaire : **Dr Fabrice Gasperini** (Vence) [fabgasp@hotmail.fr](mailto:fabgasp@hotmail.fr)
- Secrétaire adjoint : **Dr Didier Caprini** (Menton) [didier.caprini06@orange.fr](mailto:didier.caprini06@orange.fr)
- Trésorier : **Dr Bertrand Auburtin** (Antibes) [docteur-auburtin@wanadoo.fr](mailto:docteur-auburtin@wanadoo.fr)
- Trésorier adjoint : **Dr Jean-Luc Baldin** (Nice-Falicon) [j.luc.baldin@wanadoo.fr](mailto:j.luc.baldin@wanadoo.fr)

## Le RUN



Le RUN IMG (Résident Unis Niçois) est le syndicat des internes en médecine générale de la Côte d'Azur.

Le but du syndicat est de défendre les droits des internes du point de vue local (stages, hôpitaux), régional (ARS), et national. **Le syndicat est donc un interlocuteur privilégié et un représentant pour vous**, internes nouvellement arrivés en poste.

Le RUN IMG est animé par des internes bénévoles. Le bureau actuel se compose de :

Président : MIGNOT Axel

Vice-président : CRETALLAZ Pierre

Secrétaire : FARGUE Eva

Secrétaire de l'internat : Pascale COUDEYRAS

Trésorière : NACHAR Catherine

Responsable évaluation des stages : DELBOSCO Marion / ESPARON Lucile

Responsable évènementiel : TRUCHOT VANNIER Marie Doha / ROMETTI Arthur /  
ROLLET Agnès / MARTIN Benjamin

Les actions du syndicat sont multiples :

- Discuter de l'ouverture de terrains de stage, défendre ou demander la fermeture de postes en **fonction de vos retours**
- Discuter les financements de postes avec l'ARS
- Mettre en place les choix de postes
- Promouvoir des congrès (affiches, aide financière)
- Proposer des formations continues à thème (thèse, installation, fiscalité...)
- Discuter des contrats de groupe pour vos assurances professionnelles (RCP), prévoyances
- Faire le lien entre vous et le DERMG
- Faire le lien entre vous et l'ISNAR-IMG (intersyndicale nationale des IMG)
- Etre votre voix en cas de conflit au sein de vos stages
- ...

Mais cela ne s'arrête pas là. Nous ne sommes limités que par notre nombre. Plus nous serons nombreux et motivés, plus nos actions seront développées.

N'hésitez pas à vous joindre à nous. (Facebook : RUN IMG / axel.mignot@hotmail.fr)

Axel MIGNOT

Président du RUN IMG

## Les services universitaires

- A l'échelle du DERMG

### Le secrétariat du DERMG

Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale  
Université Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine. 4<sup>ème</sup> étage  
28, avenue Valombrose 06107 NICE Cedex 2

Laura Bruley

Tel : 04 93 37 77 49 Courriel : [laura.BRULEY@unice.fr](mailto:laura.BRULEY@unice.fr)

- A l'échelle de la faculté de médecine

### Le service de la scolarité

Catherine Risso

Tel : 04 93 37 70 04 Courriel : [catherine.RISSO@unice.fr](mailto:catherine.RISSO@unice.fr)

### Responsable 3<sup>ème</sup> cycle. DES - DESC

Delphine Ferrari

Tel : 04 93 37 76 33 Courriel : [delphine.FERRARI@unice.fr](mailto:delphine.FERRARI@unice.fr)

### Formation Médicale Continue (DU - DIU - Capacité - Attestation d'Université)

Florence Giordano et Nathalie Scarciofi

Tel : 04 93 37 76 68 Courriel : [du-diu-medecine@unice.fr](mailto:du-diu-medecine@unice.fr)

### Le Service Commun de Documentation

Accueil / Prêt : 04 93 37 76 92 Secrétariat : 04 93 37 76 60 <https://www.facebook.com/busmnice>

### Le service des thèses

Laurence Tonon

Tel : 04 93 37 76 04 Courriel : [laurence.TONON@unice.fr](mailto:laurence.TONON@unice.fr)

- A l'échelle de l'université Nice Sophia Antipolis

### Le CROUS

<http://www.crous-nice.fr/contact/>

### Le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé – SUMPPS

Pôle Universitaire de Saint Jean d'Angély

24, avenue des Diables Bleus

06357 NICE CEDEX 4

Tel : 04 92 00 12 31 Courriel : [medprev.etudiant@unice.fr](mailto:medprev.etudiant@unice.fr)

### Le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire : BAPU

34 Bd Dubouchage

RDC Droite

06000 NICE

Tel : 04 93 87 72 78 Courriel : [contact@bapunice.org](mailto:contact@bapunice.org)

### Le Service Universitaire des Activités Physiques et Sportives : SUAPS

65 avenue Valrose

06108 NICE CEDEX 2

Courriel : [suaps@unice.fr](mailto:suaps@unice.fr) Site internet : <http://suapsweb.unice.fr/>

# **Modalités d'apprentissage et de validation**

Les modalités sont rassemblées dans le document « Organisation des enseignements et du contrôle des connaissances du troisième cycle des études médicales pour le DES de médecine générale » ci-après.

Ce document est le cadre réglementaire et fait foi pendant votre DES : c'est en effet celui qui a été validé par le Conseil d'Administration de la faculté de médecine et le Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire (CEVU).

# UNIVERSITE DE NICE - SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2015 / 2016

## ORGANISATION DES ENSEIGNEMENTS ET DU CONTROLE DES CONNAISSANCES DU TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES POUR LE DES DE MEDECINE GENERALE

Contrôle et Validation du 3<sup>ème</sup> cycle de Médecine Générale

### 1 - Les Enseignements Théoriques

#### 1.1 *L'enseignement est obligatoire*

200 heures d'enseignement doivent être validés parmi les enseignements obligatoires et complémentaires pendant les 3 années du DES. Il est tenu compte de l'assiduité et de la participation active pour décider de la validation des 3 années du cursus. L'enseignement est construit pour permettre à l'étudiant d'acquérir les 6 grandes compétences nécessaires à l'exercice de la Médecine Générale. Il nécessite la production de travaux et de traces d'apprentissage compilés dans le portfolio électronique.

#### 1.2 *Validation de l'enseignement théorique :*

##### 1.2.1 *Séances tutorées : Les groupes d'entraînement à l'analyse des situations professionnelles (GEASP), séances simulation/communication, séances délocalisées et de Tutorat*

Participation à 10 séances par année, soit 30 séances au total. Une seule absence par an est tolérée, et elle doit être justifiée; la deuxième devra être compensée dans l'année par la production d'un travail écrit donné par le référent-tuteur ; au-delà de 2 absences les séances devront être rattrapées en présentiel, l'année suivante, selon un calendrier défini avec l'enseignant responsable des GEASP. Les travaux effectués pour valider les séances sont conservés dans le portfolio.

Certaines de ces séances pourront être diversifiées et remplacées par le DERMG par des séances de groupe de pairs autonomes, des séances délocalisées à proximité des lieux de stage ou des séances de formation aux compétences de travail d'équipe par la simulation et aux compétences relationnelles incluant les futurs médecins, des cadres de santé et des IDE (cette liste des types de séances est non exhaustive).

##### 1.2.2 *Les récits de situation complexe authentique (RSCA)*

Il s'agit de la description d'une situation professionnelle vécue en stage et de sa prise en charge dans le temps. Le récit final sera adressé au Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG) par mail pour évaluation et validation, puis conservé dans le portfolio.

Un récit doit être rédigé par année, soit trois au total. Un sera obligatoirement produit pendant le stage chez le praticien de niveau 1 et abordera une situation de maladie chronique et un lors du stage SASPAS (de niveau 2) s'il est choisi par l'étudiant.

### *1.2.3 Les séminaires obligatoires :*

Cinq séminaires obligatoires d'une demi-journée sont organisés durant chacune des années du cursus selon les thèmes suivants :

#### DES1

- Présentation des modalités d'apprentissage et d'évaluation
- Accompagnement à la rédaction de traces
- Décider en situation d'incertitude
- Communication Relation – Comment communiquer avec un patient
- Atelier Portfolio

#### DES2

- La Thèse
- Education du patient – mener un entretien
- Démarche réflexive & Compétences : continuité, suivi, coordination des soins
- Atelier Rédaction de traces : vision globale et complexité
- Atelier Portfolio

#### DES3

- Education thérapeutique du patient
- Professionalisme - Le médecin face à l'échec
- Atelier Portfolio
- Education en santé
- Ethique et professionnalisme – Le médecin généraliste dans la société

Toute absence à un séminaire ne pourra être rattrapée qu'en présentiel lors d'une autre séance dans l'année, quand cela est possible, sinon l'année suivante. Chaque séminaire sera validé par un travail préalable, la participation active en séance et la production d'une trace d'apprentissage à conserver dans le portfolio.

### *1.2.4 Les enseignements ou apprentissages complémentaires :*

44 heures d'enseignements devront être validées pendant les 3 années parmi des enseignements complémentaires proposés à l'étudiant ou qu'il pourra lui-même proposer au DERMG pour en obtenir l'agrément préalable.

Chaque action sera validée à partir des traces d'apprentissage à conserver dans le portfolio.

### *1.2.5 Le Tutorat et l'entretien annuel obligatoire de validation :*

En complément des 10 rencontres annuelles avec le conducteur des GEASP, un entretien par an avec le référent-tuteur de l'interne est obligatoire. Le référent-tuteur est un enseignant titulaire du DERMG qui suit le groupe d'étudiants sur les 3 ans.

Cet entretien a pour but de guider l'interne dans son parcours d'acquisition des compétences .Il permettra de vérifier les obligations de production de traces d'apprentissage, des RSCA, de faire le point sur les validations des stages et de guider l'étudiant dans l'écriture du document de synthèse du DES à rédiger à partir du portfolio.

### 1.2.6 Les Obligations Annuelles Minimales :

En cas d'absences répétées et ou de non participation active aux GEASP et autres séances tutorées et/ou aux séminaires pour une même année universitaire, le DERMG se réserve la possibilité d'étudier les motifs des absences avancés par l'étudiant et de fixer un nombre limitatif de travaux écrits ou de séances de rattrapage au-delà duquel l'étudiant ne sera pas autorisé à passer dans l'année supérieure.

## 2- La Formation Pratique en stage

### 2.1 Le Stage chez le généraliste de niveau 1

La maquette du DES impose un stage d'une durée de 6 mois auprès de médecins généralistes enseignants, au cours de l'internat, entre le 2ème et le 5ème semestre. Le Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale proposera en début de chaque semestre une liste des maîtres de stage des Universités agréés, par binôme ou trinôme. L'interne effectuera un stage équivalent à 3 mois auprès de chaque médecin du binôme ou 2 mois pour un trinôme (8 demi-journées par semaine). Pendant ce stage, il effectuera aussi des périodes dans des structures d'accueil (PMI, dispensaire, tout centre de soins primaires, HAD, EHPAD, soins palliatifs, association humanitaire...) ou autres cabinets (spécialistes, paramédicaux, pharmacie...) sous proposition et supervision de ses maîtres de stage.

### 2.2 Les Stages Hospitaliers ou en soins primaires

Conformément au décret du 16 janvier 2004 et à l'arrêté du 22 septembre 2004 revu par l'arrêté du 10 août 2010 la maquette du DES impose :

1/ Deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés au titre de la discipline médecine générale :

- un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;
- un au titre de la médecine d'urgence. » ;

2/ Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :

- un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;
- un semestre libre. » ;

Un de ces stages devra avoir lieu en CHU. Une dispense pourra être acceptée par le coordonnateur du DES selon un projet professionnel.

La liste des postes et les modalités du choix sont arrêtées par l'ARS, en fonction des textes en vigueur.

### 2.3 Le SASPAS : stage chez le généraliste niveau 2

1 semestre au moins, selon le projet professionnel de l'interne de Médecine Générale, pourra être effectué en 5ème ou 6ème semestre d'internat, en Médecine Générale Ambulatoire (sous la forme d'un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé - SASPAS), une partie pouvant s'effectuer dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet professionnel validé par le coordonnateur de Médecine Générale.

A défaut, l'étudiant devra accomplir 1 semestre libre en structure hospitalière ou en structure de soins primaire agréée, dans le respect du 2-2 ci-dessus.

### 3- Contrôle Permanent des Stages à l'hôpital, chez le praticien (Maître de stage des Universités) et en structure de soins primaires

Les compétences à acquérir, ainsi que les obligations de production de traces d'apprentissage, définies et individualisées pour chaque stage, sont à disposition de l'interne et des référents pédagogiques et maîtres de stage dans un carnet de stage. Ce carnet permet aussi de guider l'évaluation et la validation des stages. Un projet pédagogique est proposé par le responsable de chaque lieu de stage et présenté à l'étudiant lors d'une séance d'accueil dans le lieu de stage.

Un RSCA sera rédigé obligatoirement lors des stages chez le praticien niveau 1 autour d'une situation de pathologie chronique et un en stage SASPAS. Ils participeront à la validation du stage.

#### Critères de validation des stages :

Stage chez le Praticien / SASPAS	Stage Hospitalier
1 trace tous les 2 mois	1 trace tous les 2 mois
1 RSCA obligatoire au moins	1 RSCA éventuel
1 grille de communication	
1 rapport de progression tous les 2 mois en renseignant l'étoile de compétences en début et fin de stage	

La validation des stages est proposée au coordonnateur régional du DES de Médecine Générale par le chef de service hospitalier, le référent pédagogique ou le maître de stage, à partir d'une grille d'évaluation conforme au modèle annexé à l'arrêté du 22 septembre 2004 et validée par le conseil du DERMG.

Le stage ne sera validé que si les travaux et traces d'apprentissages concernant chaque stage sont rendus et validés par les enseignants du DERMG au plus tard dans les 6 semaines suivant la fin du stage.

Tout stage non validé devra être recommencé lors d'un prochain choix, le cas échéant en prenant une inscription universitaire supplémentaire.

La décision définitive de validation du stage appartient au Directeur de l'UFR, sur proposition du coordonnateur du DES.

En cas de litige, le Conseil du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale sera saisi du dossier et fera part de sa position au Directeur de l'UFR.

### 4- La Thèse

(Se reporter au règlement spécifique de soutenance de thèse) :

Elle devra être le résultat d'un travail personnel, effectué au cours des 3 années de troisième cycle. Pour être admis à soutenir la thèse de Docteur en Médecine, les internes doivent avoir validé au moins 3 semestres d'internat.

A l'issue de la soutenance, l'attestation provisoire du diplôme de Docteur d'Etat en Médecine leur est délivrée. Le diplôme définitif est remis au candidat après validation complète du cursus, en application de l'article 21 du décret du 16 janvier 2004.

### 5- Modalités particulières

Quel que soit le projet professionnel ultérieur, l'inscription en D.E.S de Médecine Générale implique que les modalités de validation du DES seront applicables telles qu'elles sont décrites dans ce

document. Aucune validation dérogatoire ne sera accordée. Par ailleurs, il est rappelé qu'au cours des 3 années du D.E.S :

- La réalisation de deux stages dans le même service hospitalier n'est pas autorisée
- Il n'est pas possible d'effectuer trois stages dans la même spécialité en dehors de la médecine générale.

#### **6- Modalités particulières aux DESC**

- Une demande écrite au directeur du DERMG doit être préalable à toute inscription à un D.E.S.C.
- La réalisation préalable des stages obligatoires de la maquette du D.E.S de MG est un préalable à toute inscription en D.E.S.C : 1 stage agréé médecine polyvalente, 1 stage agréé urgence, 1 stage agréé médecine générale ambulatoire (stage chez le praticien), 1 stage dans le pôle mère enfant.
- La validation des enseignements et des traces écrites d'apprentissage des deux premières années du D.E.S est un préalable à toute inscription en D.E.S.C.
- Par ailleurs, pour accomplir la maquette de certains D.E.S.C, les internes doivent accomplir au cours de leur 3e cycle certains stages. Les stages nécessaires à la validation d'un D.E.S.C mais non agréés pour la médecine générale doivent être réalisés en post-internat ou exceptionnellement hors filière durant la dernière année du D.E.S de médecine générale après accord du directeur du DERMG.

#### **7 - Modalités particulières pour les stages hors-filières, dans les DOM-TOM ou inter CHU**

Pour pouvoir réaliser un stage "hors filière", dans les DOM TOM ou dans le cadre d'un inter CHU une demande écrite au directeur du DERMG est la première démarche à effectuer. A l'instar de l'inscription en D.E.S.C, ces stages ne peuvent intervenir que dans la dernière année du D.E.S et sous conditions : réalisation préalable des stages obligatoires de la maquette du D.E.S de MG (1 stage de médecine polyvalente, 1 stage d'urgence, 1 stage en médecine générale de niveau 1 et 1 stage dans le pôle mère enfant), validation préalable des enseignements et des traces écrites d'apprentissage des deux premières années du D.E.S.

#### **8 - Délivrance du diplôme de DES de Médecine Générale**

Pour obtenir la délivrance du Diplôme d'Enseignement Spécialisé en Médecine Générale, les internes doivent avoir :

- ✓ effectué la durée totale du DES de Médecine Générale
- ✓ accompli et validé la formation pratique selon la maquette règlementaire et les traces d'apprentissage
- ✓ validé la formation théorique
- ✓ soutenu un mémoire devant la commission locale de validation de DES. Le mémoire sera le portfolio avec document de synthèse. Il sera structuré à partir des traces d'apprentissage rédigées pendant tout le DES de façon à attester de l'acquisition des 6 grandes compétences
- ✓ soutenu la thèse avec succès

**Seul le diplôme de DES associé au Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine permet l'exercice de la médecine.**

# DES de Médecine Générale

## Approche par compétence

**ACCOMPAGNEMENT / TUTORAT** à  
Autoformation/autoévaluation

**VALIDATION DU DES**  
Portfolio = mémoire  
(référent DERMG, 1 entretien/an)

### STAGES

- Stage chez le praticien
  - Niveau 1
  - SASPAS
- Stages hospitaliers
  - Urgences
  - Gynéco-pédiatrie
  - Médecine polyvalente
- Stage(s) libre(s)

### Validation

Evaluation de stage  
+ 3 traces d'apprentissage  
+ 1 grille de communication  
commentée  
+ 3 rapports de progression  
(4 si stage 3mois/3mois)

### TRAVAUX

GEASP (10/an)  
Séminaires (5/an)  
Optionnels (44h/3ans)  
RSCA 1/an

**Thèse  
(=docteur)**

## Le portfolio électronique <http://jalon.unice.fr/>

Le portfolio (=portefeuille) est **votre dossier personnel de formation** pendant votre 3ème cycle. C'est la collection organisée de toutes vos productions pendant ces trois années et **la source pour la rédaction de votre document de synthèse dans le mémoire** à présenter devant la commission de validation du DES.

Les documents collectés rendent compte de votre travail et des progrès réalisés dans l'acquisition des compétences de votre futur métier. Ce sont des traces d'apprentissages qui vous seront utiles pour vous renseigner sur votre progression et en faire état auprès de l'institution qui va certifier vos compétences.

Le portfolio vous sert également à compiler les documents de référence utiles tout au long de votre cursus.

Le portfolio est un outil pour votre formation et la validation de votre DES de médecine générale.

Il vous permettra de :

- **Compiler des documents de référence** : présents dans ce guide et sur le site du CAGE.
- **Conserver toutes vos traces d'apprentissage obligatoires**
- **Et aussi** : expériences cliniques vécues dans vos différents stages, travaux de recherche documentaires effectués en stage, thèse, votre CV, vos compte-rendu de séminaire, de participation à des actions de développement professionnel continu (DPC), de formation médicale continue (FMC), d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) par exemple réunions de groupes de pairs, de revues de dossiers...
  
- **Mesurer la progression de votre apprentissage pendant le DES** : par l'analyse de vos comptes rendus de progression bimestriels qui vous permettra de renseigner l'étoile des compétences en début et en fin de stage.
  
- **Rédiger votre mémoire (= portfolio avec document de synthèse) pour valider votre DES** en fin de cursus grâce à la synthèse de la progression et acquisition de compétences, mémoire que vous présenterez le jour de votre passage devant la commission de validation du DES.

Un support électronique est à votre disposition. Il s'agit de l'interface Jalon : <http://jalon.unice.fr/>  
Pour y accéder, vous devez avoir vos identifiants d'accès à l'Espace Numérique de Travail de l'université. (tutoriel ici : [http://www.nice.cngc.fr/article.php3?id\\_article=500](http://www.nice.cngc.fr/article.php3?id_article=500))

Une fois inscrit, vous accédez à « **Mes cours** », où figure un **cours portant le nom de votre référent-tuteur**. Dans ce cours vous trouverez toutes les **boîtes de dépôts** nécessaires pour mettre en ligne vos travaux.

Dans le cadre de ses travaux pédagogiques, le DERMG peut utiliser, en garantissant l'anonymat de l'auteur, toutes les productions des internes déposées dans leur portfolio pour leur DES, en dehors d'un refus explicite adressé à l'attention des responsables de la recherche et de la pédagogie à l'adresse mail suivante : [laura.bruley@unice.fr](mailto:laura.bruley@unice.fr)

# PRINCIPES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

**Ce texte est celui qui fait l'ouverture du livre :  
Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris : Masson 1996:1100 pages.**

Les Savoirs de la médecine générale ont longtemps reposé sur des bases empiriques qui en faisaient un ensemble informel et subjectif. De nombreux travaux ont tenté d'apporter les notions théoriques nécessaires pour décrire et expliquer le fonctionnement de cet ensemble et en définir les concepts. L'argumentation s'est appuyée sur la notion de spécificité.

Cette formulation recouvre des éléments essentiels mais parfois insuffisamment développés. La définition plus précise de la médecine générale passe par l'identification des principes essentiels qui régissent son organisation. C'est une étape indispensable à la construction d'un modèle conceptuel et à l'émergence d'une discipline scientifique.

## DES MODÈLES RÉDUCTEURS

Pour définir la médecine générale, plusieurs modèles théoriques ont été présentés. Une première conception a fait état d'un système composé d'un fragment de chaque spécialité et la juxtaposition de ces fragments constituerait un ensemble homogène.

Dans cette optique, la médecine générale serait une discipline patchwork constituée d'un petit morceau de savoir sur tout. Cette conception est centrée sur la maladie et ne rend pas compte d'une réalité bien plus complexe.

Parallèlement, et au nom de l'unicité de la médecine, une autre définition a été proposée. La médecine générale correspondrait à l'application d'un même savoir médical mais appliqué dans un autre lieu que l'hôpital. Dans cette approche, la médecine générale ne serait qu'une discipline d'exercice. Son contenu ne serait pas différent de celui de la médecine interne par exemple, mais ses conditions d'application seraient particulières.

Cette perspective est centrée sur le médecin et ne peut recouvrir tout le champ de la pratique.

Ces deux modèles sont insatisfaisants, car ils simplifient à l'extrême l'identité de la médecine générale, "empruntent" son contenu à d'autres disciplines, et font abstraction du patient.

La question fondamentale est : existe-t-il un contenu spécifique de la médecine générale, et si oui, quels sont les éléments qui permettent de le développer ?

## HISTOIRE D'UNE PROGRESSION THÉORIQUE

Au niveau international, une réflexion est menée depuis longtemps pour définir les grands principes de la médecine générale. Dès 1974, le groupe Leeuwenhorst, qui a donné naissance à l'European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), a proposé une description de l'activité du médecin généraliste. En 1977, la Corporation professionnelle des médecins du Québec a publié une brochure sur les fonctions de l'omnipraticien. Dans le même temps, une résolution du Conseil de l'Europe a élaboré une définition de l'omnipraticien. La WONCA (World Organisation of National Colleges and Academies of General Practitioners/Family Physicians) a fait des recommandations sur le rôle du médecin de famille. La notion de polyvalence a été introduite comme principe de la médecine de famille canadienne. En 1993, M. Marinker a présenté une communication sur les tâches du généraliste et les caractéristiques de la médecine générale.

Le Royal College of General Practitioners a publié une brochure pour déterminer ce qu'est la médecine générale. Plus récemment, la conférence commune OMS-WONCA a proposé la contribution du médecin de famille pour rendre la pratique et l'enseignement médical plus en rapport avec les besoins des patients.

En France, quelques travaux ont engagé la même démarche de réflexion. Ils concernaient en particulier la description du champ d'activité ou la définition des fonctions. A partir de l'observation de la pratique, des groupes de travail ont contribué à l'analyse du contenu de la médecine générale. Le rôle primordial du médecin généraliste dans le système de soins a été développé par ailleurs. Tous ces documents posent un problème de fond : ils ne dissocient pas clairement la médecine générale et le médecin généraliste. La distinction entre les principes essentiels de la discipline et les tâches professionnelles du praticien offre un double intérêt : elle permet de définir un contenu d'enseignement spécifique et positionne la médecine générale comme une discipline à part entière.

## **LES PRINCIPES ESSENTIELS**

L'approche théorique de la médecine générale repose sur dix principes essentiels. C'est leur coexistence qui permet de définir une discipline clinique.

### **I. Une approche centrée sur le patient**

Le point de départ de la démarche clinique est le patient : ses demandes, ses besoins et sa personnalité. Il est aussi important de s'occuper du vécu de la maladie que de la maladie elle-même, car l'anamnèse centrée sur le patient améliore le résultat final. Le dénominateur commun est la personne, avec ses croyances, ses peurs, ses attentes, ses affections.

Quatre conséquences en découlent :

- la décision résulte d'une négociation avec le patient,
- la prise en compte des aspects personnels demande un travail relationnel et donc une formation adaptée,
- la relation médecin-malade qui procède de cette approche, inclut le médecin dans le processus thérapeutique, dans les études épidémiologiques,
- la primauté du patient nécessite l'utilisation de classifications à plusieurs entrées comme la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

### **II. La prise en compte de l'environnement du patient**

Les rapports entre le patient et son environnement sont permanents. Le cadre de vie, le milieu professionnel, l'origine et les habitudes culturelles, et surtout la famille interfèrent régulièrement sur les problèmes pathologiques. Le patient ne peut être isolé de son contexte et sa prise en charge intègre de multiples facteurs d'influence.

Chaque patient a une histoire personnelle et familiale et la maladie prend un sens dans cette histoire. La décision médicale tient compte des conséquences des événements de vie qui traversent l'existence du patient. Centrée sur le patient et ouverte sur son environnement, cette approche globale éclaire la signification des symptômes. La connaissance de l'environnement est facilitée par la proximité sur le terrain, et nécessite une compétence humaine développée.

### **III. Un champ d'activité défini à partir des besoins et des demandes des patients**

La médecine générale est le recours le plus accessible et le plus courant pour les problèmes de santé. Elle développe un champ d'activité déterminé par les besoins et les demandes des patients. Cette perspective recouvre des domaines variés et nécessite une polyvalence des soins. Il en découle l'acquisition de compétences adaptées et évolutives mais aussi une prise en charge à géométrie variable, chaque praticien en assurant tout ou partie. De plus, la médecine générale, placée à l'interface de la population et des structures médico-sociales, tient un rôle déterminant. La gestion simultanée des intérêts individuels et des problématiques collectives maintient un équilibre entre des sollicitations a priori opposées.

### **IV. Une réponse à la majorité des motifs de recours aux soins**

L'étude du CREDES montre que, en dehors des problèmes ophtalmologiques, obstétricaux et dermatologiques, tous les motifs de consultation sont pris en charge majoritairement en médecine générale. En particulier, un fort pourcentage concerne les maladies endocriniennes et métaboliques (91%), les affections digestives (88%), les atteintes de l'appareil cardio-vasculaire ou respiratoire (87% chacune), les lésions ostéo-articulaires ou traumatiques (86% chacune), les troubles mentaux et du sommeil (65%). Ainsi, la plupart des problèmes de santé de la population, qu'ils soient biomédicaux ou psychiques, sont traités et/ou suivis en médecine générale.

### **V. Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves**

La prévalence est le rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une maladie et l'effectif de la population concernée susceptible d'être atteinte par cette maladie. Pour les pathologies constituées, potentiellement graves ou mortelles, cette prévalence est plus faible en médecine générale qu'à l'hôpital en raison de l'absence de sélection. Or, pour le diagnostic, la valeur prédictive positive ou négative (probabilité d'être atteint ou non de la maladie) d'un signe clinique ou d'un test dépend de la prévalence de la maladie dans la population concernée. Plus cette prévalence est faible, plus la valeur prédictive positive diminue. Le même signe n'a donc pas la même valeur prédictive en ambulatoire et à l'hôpital, ce qui explique les différences de procédures décisionnelles.

En médecine générale, la faible prévalence des maladies graves impose une démarche diagnostique probabiliste qui tient compte de cette réalité statistique.

### **VI. Une intervention au stade précoce des maladies**

Le patient consulte souvent dès l'émergence des symptômes. A ce stade précoce, il est difficile de faire un diagnostic précis et définitif. A la phase d'état, les signes cliniques sont relativement évocateurs. Il n'en est pas de même pour les signes de début qui sont souvent indifférenciés. Après avoir écarté une évolution grave à court terme, la décision peut être la mise en attente jusqu'au développement éventuel de l'affection. La faible prévalence et le stade précoce des maladies ne permettent pas d'élaborer d'emblée un diagnostic complet. Le "résultat de consultation" proposé par Braun est un diagnostic de situation qui laisse une place au doute. La position diagnostique reste le plus souvent au niveau de signes cardinaux ou de groupe de symptômes, quelquefois au niveau de tableau de maladie, rarement au niveau de diagnostic complet.

## **VII. La gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples**

Le patient consulte souvent pour plusieurs motifs ou plaintes. Il présente en moyenne deux motifs de recours et ce chiffre augmente avec l'âge. Les polyopathologies sont fréquentes et concernent particulièrement les personnes âgées. La médecine générale intègre ces nombreuses sollicitations dans le temps d'un même acte médical. La réponse simultanée à la multiplicité des demandes nécessite une gestion hiérarchisée des problèmes qui tient compte à la fois des priorités du patient et de celles de la médecine.

## **VIII. La capacité de suivi au long cours**

La médecine générale développe une approche dans l'instant et dans la durée. Elle offre au patient l'opportunité d'une prise en charge régulière au long cours et la possibilité d'un suivi de la naissance à la mort. Elle assure la continuité des soins grâce à un accompagnement des patients tout au long de leur vie. Le dossier médical jalonne et facilite ce suivi, il en est la trace explicite. Il est la mémoire objective des consultations mais il n'est qu'un élément de l'histoire commune entre le patient et le médecin. La charge affective qui s'accroît souvent au fil des rencontres est un aspect peu étudié de la relation établie : c'est la compagnie d'investissement mutuel de M.Balint.

## **IX. L'aptitude à la coordination des soins**

La synthèse des diverses interventions médicales concernant le patient, la circulation de l'information, l'organisation cohérente du circuit de soins reposent sur l'existence même d'un dispositif de coordination. La médecine générale remplit ce rôle de pivot du système de soins, même si les conditions structurelles ne sont pas toujours réunies.

L'accès direct aux spécialistes et aux autres intervenants de santé complique parfois le rôle de coordination.

Le développement des filières de soins et des réseaux coordonnés permet d'envisager un travail d'équipe autour du patient, qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

## **X. Une pratique efficiente**

Le traitement des problèmes courants requiert des solutions simples et évite souvent une évolution péjorative, source de prises en charge plus complexes et onéreuses. Un plateau technique léger limite la surenchère des investigations et optimise les coûts. La proximité, la continuité et la coordination des soins, la connaissance du patient améliorent la réponse médicale. La médecine générale limite les coûts à leur réelle nécessité et propose au patient une attitude raisonnée en terme de consommation de soins médicaux. C'est une pratique efficiente, au sens économique du terme anglo-saxon, qui recouvre les concepts de coût/efficacité et de coût/utilité. La faible part de la médecine générale dans les dépenses de santé, comparée au nombre de patients soignés, atteste de cette réalité.

## **UN MODÈLE GLOBAL**

La médecine générale est construite sur un modèle théorique différent de celui de la médecine spécialisée, même s'il repose sur des connaissances biomédicales de base communes. Elle reproduit un modèle global, centré sur le patient, ouvert sur l'extérieur, considérant la maladie comme l'ensemble ou la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux. Cette conception de la santé en tant que phénomène complexe est comparable à l'approche bio-psycho-sociale de Engel.

Elle nécessite un système de formation spécifique, issu des sciences biologiques comme des sciences humaines, visant à l'acquisition de compétences scientifiques et relationnelles. Elle doit reposer sur une recherche appliquée, permettant d'affiner et de valider son contenu.

Ce modèle global intègre les fonctions spécifiques de la médecine générale : le premier recours, la prise en charge globale, la continuité et le suivi, la coordination des soins et le rôle de santé publique. Il est caractérisé par des démarches diagnostiques et des stratégies thérapeutiques spécifiques. Il détermine les tâches professionnelles qui découlent des fonctions et qui en permettent l'application sur le terrain. Il permet de décrire une discipline médicale qui se trouve à l'interface de l'individu et de la collectivité.

Le modèle global qui résulte de ces principes s'organise en un ensemble conceptuel, dont l'appropriation par la communauté généraliste, renforce la discipline dans ses dimensions de soins, d'enseignement et de recherche.

**Mots-Clés :** Concepts de médecine générale, coordination des soins, demandes des malades (répondre aux), démarche médicale (généralités sur la), entourage du malade, environnement du patient, polyopathologies, principes de médecine générale, prise en charge globale, suivi au long cours, valeur prédictive d'un signe.

## Références

1. Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. CREDES 1994;1008:66.
2. Attali C, Gay B, Mairesse JP, Rougeron C. La prise en charge globale : une réalité. Exercer 1993;20:4-6.
3. Barbaud F, Butler J de, Attali C, Molina J. Réflexions sur la continuité des soins. Exercer 1992;19:20-2.
4. Béraud C. Pourquoi et comment accroître la responsabilité des médecins généralistes. Le Concours Médical 1994;116.01:58-61.
5. Blondeau F. L'anamnèse centrée sur le malade. Can Fam Physician 1990; 36:1509-13.
6. Braun RN. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Paris :Payot 1979.
7. Butler J de. La médecine générale aujourd'hui. Exercer 1991;numéro spécial.
8. Conseil de l'Europe Comité des Ministres. Résolution (77) 30.
9. L'omnipraticien, comment le former, comment susciter cette vocation. in : Chambonet JY. La formation initiale des médecins généralistes. Tome II : perspectives européennes. Paris : CNGE 1994.
10. Corporation professionnelle des médecins du Québec. Les fonctions du médecin omnipraticien. Montréal 1977;XVII,3.
11. Engel GL. The biopsychosocial model and medical education. N Engl J Med 1982;306:802-5.
12. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. AmJ Psychiatry 1980;137;5:535-44.
13. Gallais JL et col. Actes et fonctions du médecin généraliste. Documents de recherche en médecine générale 1994;45.
14. Gallais JL. Médecine générale : de l'acte aux fonctions. La revue Agora 1994;32,33:41-7.
15. Groupe Européen d'enseignants de médecine générale, dit de Leeuwenhorst. The general practitioner in Europe, a description of the work of the general practitioner. Bruxelles 1974.
16. Jacot P. Le rôle du médecin généraliste/médecin de famille dans les systèmes de santé. La Revue du Praticien-Médecine Générale 1992;6;169:524-8.
17. MarinkerM. General practice and the changing NHS. Communication au congrès du Royal College of General Practitioners. Windermere 23-25/04/93.
18. Marleau J. La polyvalence en médecine familiale. Can Fam Physician 1992;38:1172-74.
19. Picot R, Aulanier S, de Butler J, Chataigner B. La cohérence des soins. Exercer 1994;26:8-11.
20. Rougeron C, Voilquin JP, Aulanier S, Pouchain D. La médecine générale : médecine du premier recours. Exercer 1992;17:7-10. SFMG. Dictionnaire de médecine générale. Documents de recherches en médecine générale 1992;41:1-14.
21. Sourzac R. Les résultats de consultation. Documents de recherches en médecine générale SFMG 1991;39,40:35-44.
22. Toon P. What is good general practice ? Royal College of General Practitioners. Occasional paper 1994;65.
23. Wainsten JP, Bros B, Dufour C, Huas D. Introduction aux fonctions du médecin généraliste. Exercer 1992;16:4-6.
24. WHO-WONCA. Making medical practice and education more relevant to people's needs : the contribution of the family doctor.1994.

# La pédagogie par apprentissage : pourquoi et comment ?

## Argumentaire du choix pédagogique DES de médecine générale à Nice

Isabelle POURRAT

Faculté de médecine de Nice  
Séminaire d'accueil des internes en DES 1<sup>ère</sup> année

### Qui êtes-vous ? D'où venez-vous ?

Vous n'êtes plus des étudiants, vous n'êtes pas encore des médecins avec la maîtrise de leur pratique et nous avons 3 ans à passer ensemble pour que vous puissiez vous préparer au mieux à votre métier de médecin de soins primaires.

Vous venez du 2<sup>ème</sup> cycle où la logique pédagogique est centrée sur l'enseignement et la transmission de connaissances, six ans d'études sanctionnées par un examen qui prouve que vous avez des connaissances et savez raisonner.

Le DES de médecine générale a pour but de vous préparer au métier de médecin généraliste dont le rôle est de gérer des situations professionnelles complexes en soins primaires, cf. la définition de la médecine générale.

Vous préparer à ce métier, c'est vous accompagner à acquérir, consolider, organiser vos savoirs, savoir-faire et attitudes pour qu'ils soient les plus opérationnels sur le terrain. C'est également vous aider à développer vos capacités de réflexion, d'auto formation et d'évaluation, de communication, de travail en collaboration. C'est vous permettre d'échanger sur le sens que vous donnez à votre métier de soignant, de développer des attitudes qui vous permettront d'exercer en étant en accord avec vos valeurs professionnelles et dans le respect des patients et de leur famille.

En 2<sup>ème</sup> cycle vous avez beaucoup appris, surtout pour vous préparer à un examen, mais également en stage, pour agir auprès des patients. Vous avez déjà donc pu mesurer qu'empiler des savoirs ne suffit pas pour être compétent, qu'il faut les mettre en « musique » pour qu'ils servent en pratique. Vous avez probablement constaté que des connaissances apprises sans lien avec des situations concrètes sont des connaissances inertes que l'on a du mal à utiliser.

Vous avez certainement expérimenté le fait qu'être confronté à son ignorance ou à un échec permet d'être motivé pour rechercher des solutions à une situation qui a posé problème. L'erreur est une autre façon d'apprendre. Vous apprenez alors de façon plus pertinente et plus solide puisque c'est pour agir et résoudre un problème. Une fois la situation comprise et résolue vous avez été alors plus efficace pour la gérer les fois suivantes même si ce n'était jamais tout à fait la même qui se présentait à vous. Il va donc falloir faire preuve d'adaptation voire de créativité, les contextes et les patients étant toujours singuliers.

L'illusion de croire que l'acte professionnel se résume à un problème biomédical et à une solution univoque (faire le diagnostic technique d'une maladie par un examen complémentaire et prescrire un médicament) est un obstacle majeur à la résolution des problèmes présentés par les patients dans la vraie vie et vous l'avez certainement déjà expérimenté.

Nous allons faire en sorte que le changement de modèle de formation soit le plus utile et motivant pour vous. Vous préparer à l'exercice de la médecine générale vous demandera des efforts de réajustements, adaptations voire des changements dans votre manière de penser et de faire, nous sommes là pour vous y accompagner.

### **Qui sommes-nous pour vous accompagner ?**

Nous, ce sont les généralistes enseignants, avec nos différentes fonctions de maître de stage universitaire (MSU), référent-tuteur, conducteur de GEASP mais aussi responsables du DERMG garants de la certification de vos compétences devant la société. Ce sont également tous les professionnels et les patients avec qui vous allez pouvoir échanger pendant votre formation dans les différents lieux de stages.

Vous serez également soutenus et aidés par différentes personnes ressources pendant vos stages ou vos activités de recherche: vos référents de stage hospitaliers ou de structures de soins primaires, les praticiens hospitaliers, les personnes du département de santé publique pour vos travaux de thèse ou vos stages à l'étranger, mais aussi bien d'autres personnes issues de structures avec lesquelles nous avons développé des partenariats plus ou moins formalisés : département d'information médicale, bibliothèque, autres UFR : de sociologie, de psychologie... .

L'idéal pour nous, généralistes enseignants, serait bien sûr de vous préparer à être un professionnel compétent en vous confrontant à toutes les situations auxquelles vous aurez à faire face dans votre exercice ambulatoire mais ceci est difficile du fait de la conception de votre cursus : formation majoritairement organisée et effectuée par et auprès de professionnels hospitaliers à partir de situations de soins secondaires ou tertiaires.

Compte tenu de ce contexte, nous avons fait un choix pédagogique pour votre formation qui se base sur le modèle d'une approche par compétence avec deux grands axes: vous accompagner à développer une pratique réflexive et construire des compétences professionnelles exigées par votre futur métier en regard des problèmes de santé à résoudre en soins primaires dans notre société.

Notre rôle de formateur sera de créer le contexte favorable à votre apprentissage et de mettre à votre disposition les moyens nécessaires pour que vous puissiez progresser au mieux de vos possibilités pendant votre cursus de spécialisation en médecine générale.

### **Comment allons-nous travailler ensemble ? :**

Le choix du dispositif de formation pour le DES de MG a été fait sur un modèle privilégiant l'apprentissage c'est-à-dire le rôle actif de l'étudiant qui est responsable et autonome dans la gestion de sa formation et doit gérer les problèmes qu'on lui demande de résoudre en interagissant avec ses formateurs, ses pairs et les patients. L'enseignant adopte un rôle de tuteur, de médiateur pour organiser, guider les activités et rendre l'apprentissage le plus utile et aisé possible.

Ce choix pédagogique s'appuie sur les principes actuels des sciences de l'éducation et de l'approche par compétence. La plupart des facultés de médecine françaises ont développé et mis en œuvre les

moyens de cette méthode grâce à une mutualisation des ressources et une formalisation au sein du collège national des généralistes enseignants.

Les deux intentions générales qui ont guidé le choix de la méthode générale de travail, des différentes activités et des outils sont de :

- Développer la pratique réflexive :

Notre pratique de médecin, comme toute pratique de professionnel de santé, ne se résout pas à appliquer de façon automatique des savoirs mais consiste à savoir agir en situation, c'est-à-dire percevoir et comprendre la situation à résoudre pour ensuite décider et agir en mobilisant des ressources, et cela suppose de réfléchir pendant et sur l'action. C'est aussi être capable d'alimenter ses savoirs par une réflexion sur ses expériences. Ceci est un principe essentiel à comprendre : la réflexion pendant, sur et après les actions entreprises est le seul moyen d'enrichir en permanence sa pratique, la théorie et la pratique interagissent en permanence. Apprendre à réfléchir sur ses actions et ses décisions est fondamental pour consolider et améliorer ses compétences pour savoir gérer des situations complexes floues et évolutives dans un contexte en perpétuelle évolution.

- Centrer la formation sur les compétences professionnelles : apprendre à agir en situation en combinant toutes les ressources possibles pour :

- non seulement savoir comprendre, diagnostiquer, investiguer, traiter, raisonner comme dans toute autre spécialité médicale mais également...
- développer sa capacité à travailler en coordination avec les autres acteurs de santé,
- promouvoir la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique,
- développer sa capacité de réflexion et d'adaptation
- gérer son entreprise et son activité
- baser ses décisions sur des arguments éthiques, scientifiques
- développer son identité et ses valeurs professionnelles ...

Toutes ces compétences sont détaillées dans les documents de référence détaillant les compétences contenues dans votre outil de base : le portfolio.

La compétence n'existe pas sans la pratique, elle ne peut se construire qu'en action et ne peut se révéler qu'en action. Vous ne pourrez être compétent que si vous vous apprenez en faisant et on ne jugera vos compétences qu'à partir de vos comptes rendus d'actions.

C'est en partant de situations toujours réelles, et non pas construites de façon artificielle, en identifiant les problèmes à résoudre, en développant une capacité à réfléchir et à agir au fil des rencontres et des recherches que les compétences se construisent.

- La méthode générale :

Nous allons donc travailler à partir de l'analyse des situations que vous avez vécues, comprendre quelles problématiques sont en cause, identifier les compétences à mobiliser pour les résoudre et faire le point sur ce qu'il reste à apprendre pour un meilleur résultat attendu : ceci décrit le cœur du travail que nous allons vous demander en stage, GEASP, RSCA et séminaires.

- Les activités :

Le GEASP et l'écriture des RSCA vont vous permettre, à partir de la narration d'une situation réelle de prise en charge d'un patient, d'apprendre à rendre claires toutes les données disponibles pour bien comprendre de quoi est faite cette situation. Percevoir de quoi il est question pour tenter de comprendre au mieux la situation est la base pour ne pas agir de façon inadaptée. Il s'agit ensuite d'identifier les problèmes qu'il faut résoudre et les questions auxquelles il faut répondre pour gérer ce type de situation. L'étape suivante s'attache à prendre conscience des connaissances et des capacités à mobiliser pour gérer ce type de situation. Il restera ensuite à chacun à déterminer ses objectifs d'apprentissage en fonction des compétences prioritaires à travailler, puis à rendre compte de la progression grâce à cet apprentissage par des traces de formation.

Des moments d'enseignement sont réservés à la rédaction et à la validation des traces d'apprentissage. Ces écrits sont la trace du travail effectué et rendent compte de votre capacité à résoudre les situations et à transférer ce que vous avez appris dans des situations similaires.

L'enseignant a pour fonction d'aider le groupe ou l'individu à se questionner, à raisonner, à identifier les problématiques, à analyser les compétences à mettre en œuvre, et à s'évaluer.

L'enseignant ne fait « que » créer un contexte favorable à l'apprentissage : ce n'est plus un « professeur » qui va vous présenter « sa » manière d'organiser des connaissances mais un guide qui vous accompagnera dans votre questionnement et votre progression, tout en exigeant des traces de formation.

Le travail en groupe permet d'acquérir d'autres capacités essentielles pour notre métier de médecin et en particulier de médecin de proximité : écouter l'autre, réfléchir et travailler en équipe. Il permet d'aller plus loin dans la réflexion du fait de l'interactivité avec les autres participants dans le cadre d'un moment de formation dédié à ce travail.

Le RSCA est un travail personnel qui vous permettra d'être renseigné, et de renseigner les enseignants sur votre capacité de réflexion, d'analyse, de gestion de votre formation.

- Le portfolio :

C'est l'outil qui rassemble l'ensemble de tous les documents nécessaires à votre formation et qui rendent compte de toutes vos actions, réflexions et progressions dans l'acquisition de compétences. C'est la source qui vous permettra d'élaborer votre document de synthèse dans le mémoire pour la certification finale de votre DES.

### **Conclusion :**

**Nous pourrions conclure que le schéma général qui va guider votre formation tout au long de ces 3 années peut-être résumé par la formule suivante : agir, réfléchir sur l'action, mettre en place des activités pour s'améliorer et se confronter à nouveau aux situations pour juger de sa progression.**

Nous vous souhaitons bon vent à tous, en espérant que chacun d'entre vous puisse utiliser au mieux les moyens de formation mis à disposition.

N'oubliez pas qu'il n'y a que rarement d'apprentissage sans efforts et sans obstacles, gardez le cap sur le but final qui est de devenir un professionnel de santé au service des patients mais également un individu satisfait de son métier et de son rôle social.

# Les compétences du médecin généraliste

## Présentation des ressources

Ce chapitre vise à présenter le métier de médecin généraliste dans une approche par compétence. Vous y trouverez les différents outils et ressources qui seront utilisés au cours du DES pour accompagner vos réflexions et vos progressions.

Nous vous invitons fortement à consulter le « **Référentiel métier et compétences du médecin généraliste** ».

Ce document a été élaboré sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

Il contient 16 situations de soins. Chaque situation est composée des parties suivantes :

- poser un diagnostic global de la situation
- élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient
- mettre en œuvre le projet thérapeutique
- effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge
- effectuer un suivi en temps différé.

Les 16 situations :

- Patient asthénique
- Douleurs abdominales chez un jeune adulte, signalées par un appel téléphonique
- Découvertes et prise en charge d'un diabète de type II (50 ans)
- Adolescente face à la contraception
- Hématurie aigue isolée avec brûlures mictionnelles chez une femme de 40 ans
- Homme de 65 ans obèse polyopathologique avec BPCO/HTA/épigastralgies et indication prothèse de genou pour gonarthrose
- Femme de 58 ans venant consulter pour un bilan de santé
- Enfant de 20 mois « tout le temps malade » présentant une rhinopharyngite
- Homme de 50ans souffrant d'une pathologie invalidante post accident du travail, chaudronnier
- Homme alcoololo-tabagique de 48 ans venant de perdre son travail
- Consultation pour un certificat de non contre-indication à la pratique du sport
- Homme de 70 ans avec cancer du côlon métastatique traité à domicile
- Couple octogénaire sans plainte : femme avec troubles mnésique, homme hypertendu insuffisant cardiaque
- Plaintes somatiques dans un contexte de conflit conjugal
- Patiente de 35 ans avec un tableau de dépression itérative
- Patient migrant accompagné s'exprimant mal en français

Le référentiel est disponible en version intégrale sur le site du CAGE, et vous trouverez des infos là :

[http://www.cnge.fr/les\\_production\\_scientifiques/referentiels\\_metiers\\_et\\_compences/](http://www.cnge.fr/les_production_scientifiques/referentiels_metiers_et_compences/)

[http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel\\_metier.PDF](http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF)

## Les six grandes compétences : la marguerite

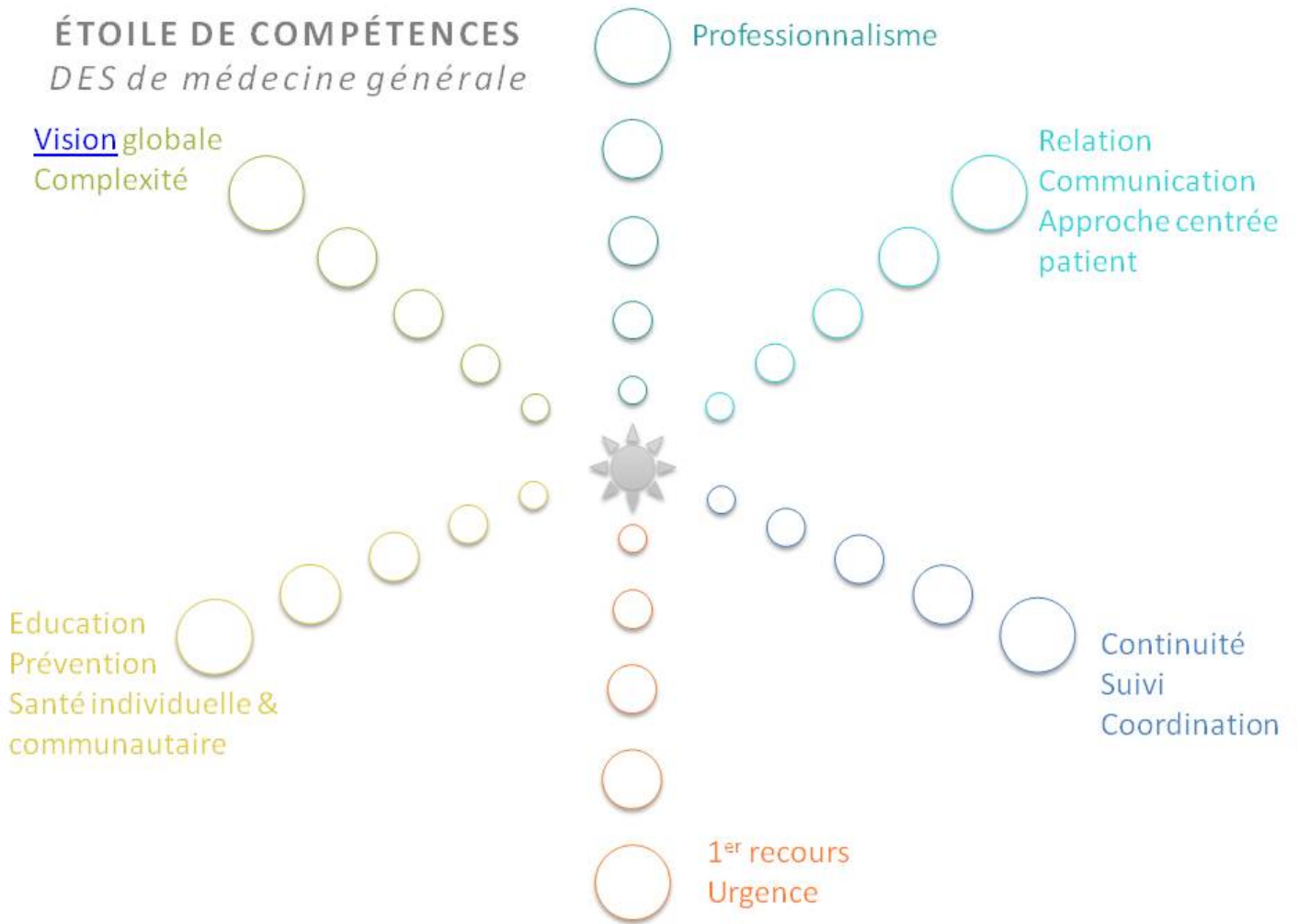


La marguerite est une représentation graphique synthétique des compétences globales du généraliste.

Ci-après figure l'étoile des compétences qui permet une vision globale du niveau de compétences et qui doit être renseignée et déposée dans le portfolio en début et fin de chaque semestre.

En annexe figure le détail de chaque compétence de la marguerite, les niveaux de progression pour l'auto-évaluation.

## L'étoile des compétences



## **Les 11 grandes familles de situations cliniques**

### **1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence**

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, à tous les âges de la vie ;
- des situations de patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court, moyen et long terme ;
- des situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels) ;
- des situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psycho actives ;
- des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie ;
- des situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses) ;
- des situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes.

### **2. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/fréquents/exemplaires**

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients présentant des plaintes médicalement inexplicables/plaintes d'origine fonctionnelle/plaintes somatiques inexplicables.

Caractéristiques de ces situations : le patient présente de nombreux symptômes physiques sans explication nette ; il est inquiet au sujet d'une maladie physique. Des symptômes associés d'anxiété et/ou de dépression sont courants. L'exploration médicale et les examens complémentaires sont souvent inutiles et fréquemment négatifs ;

- des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie.

### **3. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties**

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence.

Caractéristique de ces situations : les présentations des situations urgentes ne sont pas univoques. Il peut s'agir d'urgences « vraies » ou « ressenties », d'urgences où le risque vital est évident ou au contraire où ce risque n'est pas évident à première vue, nécessitant une analyse globale de la situation clinique. Il existe aussi des urgences psychiatriques et des urgences médicosociales pour lesquelles la démarche décisionnelle est : par nature différente.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions ;
- des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale ;
- des situations de patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties ;
- des situations de patients présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique/ou relationnelle (patient très agressif) ;

Caractéristiques de ces situations : situations dans lesquelles la relation thérapeutique peut être perturbée par la symptomatologie psychique. Le MG peut intervenir sans l'accord du patient. La demande de soins peut venir de l'entourage ou de la société. Le MG peut courir un danger personnel, et le patient peut courir un risque vital. Le MG risque de s'impliquer hors de son rôle habituel de médecin ;

- des situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide.

#### **4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent**

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de pédiatrie et d'urgence. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer

- des situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance
- des situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson ;
- des situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique, préventif, éducatif et relationnel.

#### **5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité**

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, dans les stages ambulatoires femme/enfant et dans les stages hospitaliers de gynécologie. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence ; en abordant la sexualité en fonction du contexte
  - des situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions, de repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme ;
  - des situations concernant des femmes en pérимénopause puis en ménopause, analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements ; d'aborder la sexualité dans ce contexte ;
  - des situations de demandes d'IVG dans le cadre réglementaire ;
  - des situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable ;
- des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme

## **6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple**

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : le médecin généraliste, médecin de plusieurs membres de la famille en situation de conflit peut se trouver dans une situation déontologique délicate.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations où la dynamique familiale est perturbée ;
- des situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes ;
- des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens

## **7. Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail**

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : ces situations entraînent très souvent des conflits ouverts ou larvés avec les employeurs. Dans l'intérêt du patient, la collaboration avec le médecin du travail, lorsqu'elle est possible, doit se faire en respectant le secret professionnel.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail ;
- des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle) ;
- des situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste.

## **8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médicolégaux sont au premier plan**

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. Caractéristiques de ces situations : la demande initiale peut émaner du patient ou d'une institution. Il peut exister une obligation éventuelle de signalement. L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné ;
- des situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels ;
- des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants ;
- des situations où la sécurité du patient n'est pas respectée ;
- des situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur.

## **9. Situations avec des patients difficiles/ exigeants**

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : devant des patients agressifs ou des patients qui mettent le médecin constamment en échec, le risque de rejet ou de banalisation des plaintes est fréquent et le risque d'erreur toujours possible.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif ;
- des situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique ;
- des situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention, de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs.

## **10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan**

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : elles posent le problème de la limite du champ médical et du champ social. Dans le modèle biopsychosocial, ces situations sont au moins en partie dans le champ de la médecine. Elles nécessitent une collaboration avec des travailleurs sociaux.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé ;
- des situations de patients en précarité ;
- des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation.

## **11. Situations avec des patients d'une autre culture**

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. Caractéristiques de ces situations : dans ces situations, le risque d'incompréhension est majeur (incompréhension liée à la langue mais aussi à des représentations auxquelles le IVIG n'a pas accès facilement). Des problèmes psychosociaux peuvent aggraver ces situations.

L'interne devra être mis en situation de gérer ;

- des situations de patients migrants en situation irrégulière/précaire ;
- des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine) ;
- des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France.

# L'apprentissage en groupe

## Des séances tutorées diversifiées

En plus des séances de GEASP présentées ci-après, le DERMG vous propose plusieurs autres types de séances tutorées. En voici une liste non limitative :

- les **séances délocalisées**

Elles se déroulent à proximité des lieux de stage. Ces séances réunissent les internes locaux de différentes promotions (qu'ils soient en stage en ville ou à l'hôpital) et des enseignants généralistes et hospitaliers. Nous y aborderons notamment la coordination ville hôpital. Elles pourront avoir lieu à la fin de chaque semestre en remplacement d'un GEASP.

- les **séances simulation/communication**

Ce sont des séances de formation aux compétences de travail d'équipe et aux compétences relationnelles pour les futurs médecins incluant les cadres de santé et les IDE.

- les **séances recherche documentaire** et les **séances portfolio**

- les séances de **groupe de pairs autonomes**

Par ailleurs, à partir du DES2, les **séances** dites **thématiques** suivent le modèle des GEASP mais en se limitant à un thème précis.

## Objectif et méthode du GEASP

Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles

### Préambule

La finalité de cette méthode est d'améliorer l'efficacité de la formation par l'exploitation pédagogique de situations cliniques vécues par les internes dans leurs stages. Elle leur permet d'identifier et consolider leurs compétences et d'améliorer leur démarche réflexive. Les deux points forts de cette méthode tiennent à la dynamique de groupe et au tutorat d'un senior. Il s'agit d'une méthode d'auto formation et d'auto évaluation enrichie par le regard croisé des pairs et la supervision d'un enseignant.

### Présentation de la méthode

Les tâches des internes :

- Analyser en groupe une situation professionnelle vécue par un participant dans le but d'explicitier la compréhension de la situation, la prise en charge et les décisions et les compétences mobilisées.
- Questionner, argumenter et proposer des alternatives.
- S'auto évaluer pour déterminer des objectifs d'apprentissage concernant les connaissances et savoir-faire à consolider dans ce type de prise en charge.
- Rendre compte du travail personnel effectué et de l'utilité pour la pratique et la formation.

## Règles d'or : Confidentialité Bienveillance Participation

### Déroulement en 6 étapes :

- Initialisation et choix d'une situation
- Phase d'exposition de la situation
- Phase de questionnement par le groupe
- Phase de formulation des propositions
- Phase de synthèse et de formulation des objectifs d'apprentissage
- Phase de retour des traces d'apprentissage

Durée : 2h30 à 3h00

### **1ère étape : Initialisation et choix d'une situation (5 à 10 mn)**

Chacun est invité à présenter en 1 minute la situation professionnelle qu'il a gérée et qu'il désire soumettre à l'analyse du groupe ; il est souhaitable de préciser la ou les questions dont il souhaite débattre. Au préalable chaque participant aura envoyé par courriel au conducteur la grille d'exposé de la situation dans la semaine précédant la séance.

Le conducteur choisira ou aidera le groupe à choisir une situation en fonction des critères FGP (Fréquence Gravité Problème) ou PUIGER (Prévalence Urgence Intervention Gravité Exemplarité Répercussion) et des besoins du groupe.

Prévalence	c'est une situation fréquemment rencontrée
Urgence	elle nécessite une décision rapide (en minutes ou heures)
Intervention	l'intervention médicale modifie l'évolution
Gravité	il existe un risque vital ou de handicap
Exemplarité pédagogique	permet de transférer à d'autres situations cliniques
Répercussion	sociale, professionnelle ou économique

Après le choix du narrateur, un secrétaire et un scribe sont identifiés. Le secrétaire établit un compte-rendu et l'envoie par courriel à tous les participants dans la semaine qui suit la séance. Le scribe note les données essentielles servant de support au travail du groupe sur un tableau papier.

### **2ème étape : Phase d'exposition de la situation (10 mn à 15 mn)**

Le narrateur expose sa situation en s'attachant à être le plus précis et complet possible dans la description du contexte et des actions entreprises.

Le conducteur intervient en cas de besoin pour aider à l'explicitation.

Les autres participants n'interviennent pas et prennent des notes sur la grille d'exposé et d'analyse de situation. Ils notent en particulier, les questions et réflexions qui leur viennent à l'esprit lors de la narration.

### **3ème étape : Phase de questionnement par le groupe (20 à 30 mn)**

Le conducteur rappelle la règle de typologie des questions : elles doivent être uniquement à but informatif sur l'action (comment et non pourquoi) « comment as-tu procédé pour ... ? ».

Les participants posent des questions dans le but :

- de faire préciser certains points insuffisamment renseignés (comment as-tu fait l'examen neurologique ? comment as-tu interrogé le patient pour connaître ses habitudes de vie : alcool, tabac, sexualité, comment as-tu compris qu'il était anxieux),
- de compléter l'exploration de la situation en faisant préciser les points non abordés (« comment as-tu fait pour éliminer telle hypothèse diagnostique ou comment as-tu procédé pour rechercher une cause déclenchante ? »)

Le conducteur distribue le temps de parole, vérifie la typologie de la question, la fait reformuler si nécessaire et s'assure que le narrateur y répond.

#### **4ème étape : Phase de formulation des propositions (30 à 40 mn)**

Le narrateur n'a plus la parole, elle lui sera rendue lors de la phase suivante. Il peut prendre des notes et ne devra aucunement réagir aux commentaires du groupe.

Le groupe est invité **dans un premier temps** à formuler des propositions explicatives sur ce qu'il comprend de la situation et ses interprétations par rapport à la façon dont le narrateur a géré la situation *voilà ce que j'ai compris de la situation et comment je l'interprète.*

**Ensuite** des propositions de possibilités d'actions sont faites sur des situations similaires soit « un inventaire des possibles » *ce que j'aurais fait dans une situation similaire.*

En même temps des propositions venant de l'expérience des participants ayant vécu le même type de situation seront formulées c'est à dire des propositions en résonance *ce que j'ai fait dans une situation similaire.*

Le conducteur peut reprendre une proposition qui mérite une exploitation plus en profondeur.

#### **5ème étape : Phase de synthèse et de formulation d'objectifs d'apprentissage (10mn)**

Le conducteur invite tout d'abord le narrateur à s'exprimer sur ce qu'il vient d'entendre comme propositions du groupe et ce qu'il propose de mettre en œuvre pour s'améliorer dans la gestion de ce type de situation.

Le groupe s'attache à faire une synthèse des connaissances et compétences mobilisées pour gérer ce type de situation en se détachant de la situation particulière.

Chaque participant a ensuite la parole et énonce ses propres objectifs d'apprentissage et de recherche documentaire qui seront notés sur le compte rendu.

NB 1 : en cas de présence d'un autre généraliste enseignant celui-ci a la fonction d'observateur et doit rester silencieux. A l'issue de la séance ses observations sur le travail et le fonctionnement du groupe permettent d'enrichir l'analyse de la séance et de formuler des propositions d'amélioration pour la conduite des séances suivantes.

NB 2 : Le conducteur devra s'attacher à ne pas apporter d'expertise quant au contenu des situations professionnelles et réserve son expertise au domaine pédagogique, par exemple : aide à l'explicitation des données sociales ou psychologiques, aide à l'identification et la formulation des objectifs d'apprentissage. L'expertise pourra également s'exercer pour mettre en exergue les spécificités de la discipline et de son exercice (reformuler et insister sur les compétences importantes par exemple).

#### **6ème étape : Synthèse des objectifs d'apprentissage à la séance suivante de GEASP :**

Chacun rend compte des actions entreprises, de leur utilité pour la pratique et des points essentiels à partager avec le groupe sur les grilles de synthèse prévues à cet effet. Les grilles devront être à la disposition de tous dans la semaine précédant la séance.

## **Modalités de validation**

Elles sont détaillées dans un document spécifique. Les critères d'appréciation considérés sont :

- La capacité à présenter clairement une situation clinique dans sa complexité
- L'écoute et respect de la parole de l'autre
- La recherche documentaire ou de ressources : effective et valide
- La participation active au travail du groupe
- La réalisation d'objectifs d'apprentissage en situation (patients, familles, professionnels ; référents de stage)

La validation des 10 séances s'attachera à évaluer la progression réalisée et l'atteinte des critères pour la majorité des séances ainsi que les efforts pour remplir au mieux les critères séance après séance.

## **Documents ressources**

Vous trouverez ci-après dans ce guide les documents suivants :

- Grille d'exposé et d'analyse de situation
- Grille de synthèse de recherche documentaire
- Grille de synthèse d'action d'apprentissage
- Grille d'évaluation de séance

Vous trouverez sur le site du CAGE les documents suivants :

- Validation des GEASP\_révision juillet 2013 (ce document détaille les critères de validation)

## **GEASP / Exposé de la situation (analyse au verso)**

Nom de l'interne :

Date de la séance :

### **LE PATIENT & LA SITUATION CLINIQUE**

Age Sexe Profession

Motif de consultation / demande implicite

Contexte social professionnel familial

Personnalité Comportement Attentes du patient

Antécédents personnels et familiaux

Données d'entretien

Données d'examen

Hypothèse(s) diagnostique(s)

### **LES DECISIONS & L'ARGUMENTATION selon EBM**

Prescriptions médicamenteuses et autres

Avis médical complémentaire

Contact avec d'autres intervenants

Suivi programmé

La situation et les circonstances cliniques

Le patient

Les données scientifiques

## **GEASP / Analyse de la situation**

### **TYPE DE SITUATION & COMPETENCES**

*Résumé de la situation et de ses caractéristiques*

### **PROBLEMES IDENTIFIES & QUESTIONS SOULEVEES**

*Par ce type de situation clinique*

### **PROPOSITIONS DISCUTEES**

*Pour gérer ce type de situation ?*

### **OBJECTIF D'APPRENTISSAGE RETENU**

*Qu'est-ce que chacun se propose d'améliorer en priorité ?*

### **TÂCHES d'APPRENTISSAGE**

*Qu'est-ce que chacun se propose de faire pour travailler l'objectif retenu ?*

### **SOURCES IDENTIFIEES**

*Pistes pour la recherche documentaire ou la mobilisation de ressources*

### **COMMENTAIRES & REFLEXIONS**

*En fin de séance*

## Grille de synthèse de recherche documentaire

Nom de l'interne :

Date d'élaboration :

Question de départ

Synthèse de la recherche (cheminement, réponses)

Sources utilisées

Validité / fiabilité des sources

Messages à retenir et transfert dans la pratique

## Grille de synthèse d'action d'apprentissage

Nom de l'interne

Date d'élaboration

### **Objectif d'apprentissage / Compétence**

*Qu'est-ce que je m'étais proposé d'améliorer ?*

### **Action réalisée**

*Qu'ai-je fait concrètement pour y arriver ?*

### **Commentaires sur l'action**

*Comment ça s'est passé ? Qu'est ce qui a été intéressant, difficile ?*

### **Utilité pour ma formation**

*Qu'est-ce que ce travail m'a apporté ? Qu'est-ce que j'ai appris ?*

### **Transfert dans ma pratique**

*Qu'est-ce que je me propose de faire concrètement ?*

# EVALUATION GEASP

Date :

DES \_\_ Groupe n° \_\_

<b>Noms-Prénoms Adresses mails Téléphone</b>	<b>C1 - Présentation de la situation clinique</b>	<b>C2 - Ecoute et respect de la parole de l'autre</b>	<b>C3 - Recherche documentaire ou de ressources : effective et valide</b>	<b>C4 - Participation active au travail du groupe</b>	<b>C5 - Réalisation d'objectifs d'apprentissage chez le MSU</b>	<b>Commentaires</b>

# L'apprentissage individuel

## Le RSCA

### *Principe*

- Finalité

A partir de l'analyse d'une situation clinique, prendre conscience des compétences à acquérir pour gérer les situations professionnelles et améliorer votre raisonnement clinique et vos stratégies de prise en charge.

- Moyens

Décrire la gestion d'une situation professionnelle complexe

Analyser les problématiques posées par la situation et sa prise en charge

Déterminer les objectifs d'apprentissage

Faire la synthèse des actions entreprises et de la progression de l'apprentissage

- Contenu, en bref

**R**écit : description précise de la gestion d'une situation professionnelle vécue

- les données
- les problèmes identifiés
- les prises de décisions
- les actions entreprises
- les résultats obtenus

**S**ituation

**C**omplexe

- nombreuses données
- pas disponibles immédiatement
- concernant différents domaines biomédical, psychoaffectif, environnemental, éthique, administratif, médicolegal...
- avec des alternatives de stratégies de prise en charge
- en situation d'incertitude

**A**uthentique

- situation réellement vécue, restituée avec vérité
- subjectivité (opinions et sentiments) et objectivité (faits et discours)

- Critères d'évaluation

Qualité du récit

Complexité de la situation

Pertinence de l'analyse

Qualité de la résolution des problèmes (qualité de l'auto évaluation et de l'auto formation)

## ***Ressources***

Vous trouverez ci-après dans ce guide les documents suivants :

- Guide du RSCA, élaboré à partir des questions des internes (version 2009)
- « Où et quand j'envoie mon RSCA ? »
- Grille d'évaluation des RSCA à l'usage des internes et des enseignants

Vous trouverez sur le site du CAGE les documents suivants :

- Algorithme détaillé de l'évaluation du RSCA
- Des exemples de RSCA

# Récit de Situation Complexe et Authentique : RSCA

## Guide pour l'interne

(Version 2009 Isabelle Pourrat - 6 pages)

### INTRODUCTION

Voici un guide pratique élaboré à partir des questions des internes lors de rencontres formelles, d'échanges entre référents-tuteurs et internes et des problèmes identifiés par la commission RSCA lors de l'évaluation finale pour la validation du DES en 2008/2009.

Ce guide évoluera en fonction des besoins et avec les apports des internes et des enseignants.

Les informations déjà fournies par ailleurs ne seront pas reprises ; toutefois les questions qui s'y rapportent seront identifiées par un astérisque et explicitées en annexe.

Vous êtes invités à vous reporter à votre portfolio, au site de notre collège de généralistes enseignants : [www.nice.cnge.fr](http://www.nice.cnge.fr) et aux annexes de ce texte qui comporte également une bibliographie. Dans ces sources vous trouverez également l'argumentation pédagogique qui a donné lieu à la mise en place des RSCA dans le DES et qui répond à la question essentielle formulée de différentes façons : *à quoi ça sert ? Cela nous rendra t'il meilleur praticien ? Quel intérêt supplémentaire par rapport au GEASP ?*

Le guide aborde successivement le plan et les différentes parties d'un RSCA avec pour chacune : les questions des internes, des éléments de réponse et des remarques de référents-tuteurs sur les RSCA présentés par les internes à la commission de validation.

### LE PLAN

*Comment présenter un RSCA ? Quel plan suivre ? Faut-il faire des chapitres ?  
Est-on obligé de suivre le plan proposé ?*

Chacun est libre de structurer son plan de façon plus personnelle mais il faut que les différentes parties puissent être bien identifiées par le lecteur dans un plan structuré : récit, analyse (Problèmes et questions soulevés), recherche documentaire, objectifs d'apprentissage, traces de formation, utilité pour la pratique à venir. Le plan de l'article de la revue du praticien est acceptable si dans la synthèse vous faites bien apparaître les traces de formation et les changements envisagés pour gérer les situations ultérieures. Un RSCA non structuré rend difficile l'évaluation par les référents-tuteurs et compromet sa validation. Se référer aux grilles est une stratégie recommandée.

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs récits :

*« Merci de bien identifier les différentes parties de votre RSCA (le récit, les objectifs, les recherches, la synthèse et la réflexion finale) pour qu'une évaluation soit possible.*

## LE RECIT

*Comment choisir une situation ? Peut-on choisir une situation aigue ? Pourrait-on envisager des RSCA à thème ?*

*Qu'est-ce que la complexité ? Que doit-il contenir ?*

*Quelle méthode et style de rédaction doit-on adopter ?*

*Que faut-il noter ? A quoi ça sert de tout noter ?*

*Comment rédiger simultanément notre démarche diagnostique et l'entretien avec le patient ?*

*Peut-on avoir accès aux RSCA validés ? Peut-on les consulter ?*

*Combien de mots ? Y a-t-il un nombre de pages minimum ? Maximum ?*

Toute situation, même ponctuelle, est potentiellement exploitable du moment qu'elle comporte suffisamment de données dans des champs variés : biomédical, social, psychologique, éthique, relationnel, juridique...

Il faut l'avoir gérée soi-même et de façon la plus autonome possible car c'est dans l'action que l'on se confronte à toutes les tâches à effectuer et que l'on peut ensuite en rendre compte.

Une situation qui permet d'aborder des compétences essentielles pour la pratique est à privilégier. Une stratégie intéressante est de se référer au portfolio pour identifier la situation à choisir dans le stage en cours.

Une histoire compliquée (et non complexe) de diagnostic uniquement bio médical est l'archétype d'un récit peu exploitable. Une situation gérée en stage chez le praticien concernant un patient pris en charge sur plusieurs semaines peut donner lieu à un récit très riche.

Le récit est une histoire à rapporter, avec toutes les données disponibles pour que le lecteur puisse avoir une idée la plus précise possible, de comment la situation s'est déroulée et a été vécue par les différents acteurs. Les données à rapporter sont : le contexte, le discours, les émotions, les attitudes des personnes impliquées dans la situation (médecin, patient, entourage ...) sans oublier vos propres pensées dans l'action. La description chronologique des faits est une bonne façon de procéder pour bien rendre compte des liens entre les paroles et les réactions des personnes en cause.

Les informations recherchées mais non disponibles sont également à mentionner car elles rendent compte de la démarche entreprise par le médecin.

Le récit se distingue d'une observation médicale : une observation médicale est déjà une synthèse où un tri est effectué. Certaines données recueillies par l'observation du patient, l'entretien, ne sont pas retenues car considérées comme non contributives au diagnostic médical immédiat, alors que secondairement on peut s'apercevoir de leur intérêt.

Le récit est le socle du travail demandé ; plus cette base est solide plus votre travail sera potentiellement riche.

Pour travailler une situation en profondeur, en faire l'analyse la plus complète, il faut au préalable avoir le moins de préjugés possible, recueillir le maximum de faits.

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs récits

*« la complexité de la situation a été jugée insuffisante : complexité n'est pas synonyme de situation rare et inattendue »*

*« Le récit doit être amélioré dans sa rédaction : faire des phrases construites et détailler les informations ...comment en êtes-vous arrivé à rechercher des signes de maltraitance ? Que recherchez-vous exactement comme signe ? Quelles sont les paroles, les attitudes les réactions des parents aux propositions médicales ? »*

*« Aucune donnée n'est disponible sur le discours du patient : quelles sont ses paroles pour exprimer ses symptômes, sa demande, comment vit-il cette situation ? Pas de données sur les réactions du patient aux propositions de prise en charge et sa façon de réagir à la situation. »*

*« Le patients est peu présent dans le récit : on ne sait pas qui il est vraiment, quel est son contexte de vie, comment il vit la situation, quelles sont ses attentes. »*

*« Quelles sont les paroles, les attitudes, les réactions de la patiente ? »*

*« Le récit est insuffisamment détaillé : il manque les paroles, la demande, les attitudes de la patiente. Il manque votre réaction au coup de fil du mari médecin : qu'a t'il dit ? Comment avez-vous réagi ? Comment le fait qu'il soit médecin a interféré dans votre décision ? Quelles ont été les prescriptions de suivi ? Comment la patiente a-t-elle adhéré à la décision ? Avez-vous eu l'impression d'avoir pu la rassurer ? »*

*Dans le cas où les données ne sont pas disponibles (ou que vous avez oublié de les rechercher) et qu'il est impossible de les retrouver a posteriori, indiquez le et faites en une critique.*

## **ANALYSE DE LA SITUATION**

*Comment identifier les problèmes ? Sur quels points insister ?*

*Comment être sûr d'identifier les « bonnes questions » ?*

*Comment « voir » des problèmes que l'on ne peut identifier du fait de notre manque d'expérience en médecine générale ?*

Repérer les points marquants de la situation dans les différents champs pour soulever les questions et les problèmes à résoudre.

Souvent les premiers RSCA en début de DES sont centrés préférentiellement sur les problématiques biomédicales, celle du médecin, puis progressivement l'intérêt du patient, l'éthique, le rapport bénéfice-risque des interventions, la projection dans la continuité et la coordination des soins, et la réflexion sur la pratique apparaissent.

Libeller toutes les questions et problèmes qui apparaissent, y compris ceux qui ne pourront être traités dans le cadre du RSCA. L'important pour le référent-tuteur c'est d'avoir accès à la richesse du questionnement de l'interne.

Pour enrichir l'analyse il est intéressant d'en discuter avec d'autres personnes : les pairs, un référent pédagogique, et pourquoi pas les personnes concernées, voire une personne naïve, qui vont soulever par leurs questions ou leurs commentaires des points à explorer.

Chacun de nous ne peut se représenter une situation que de son point de vue lié à son histoire personnelle, son contexte de vie, ses représentations personnelles et professionnelles. Ce point de vue

est une approche fragmentaire de la situation, il permet d'élaborer des réponses aux problèmes à résoudre sur le moment. La réflexion sur l'action et le point de vue d'un autre complète l'analyse.

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs récits :

*« L'analyse n'est pas suffisante car il manque des questionnements en regard des compétences à développer par le médecin généraliste pour prendre en charge ce type de situation ; référez-vous au référentiel de compétences pour les identifier »*

*« L'analyse est insuffisante : tout le champ de l'éducation thérapeutique est à explorer car votre situation (mettant en jeu le suivi d'un patient diabétique) ne se résume pas à gérer une consultation avec plusieurs motifs de consultation »*

## **LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE**

*Comment rédiger ? Que doit-il figurer dans cette rubrique ?*

*Faut-il faire un résumé de la bibliographie ou juste la mentionner ?*

*Comment juger du niveau de preuves obtenues ?*

Cette rubrique est constituée de deux parties : les références et la validité des références. En citant la référence il est intéressant de la compléter par une présentation courte de son contenu et surtout le niveau de fiabilité de ce qui est proposé.

Rédiger comme pour une bibliographie de travail de thèse permet de prendre de bonnes habitudes.

L'adresse de l'accès au site permettant de retrouver directement l'article ou la recommandation citée est le bienvenu.

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs récits

*« La recherche documentaire n'est pas suffisante et sa validité n'est pas explicitée »*

*« La rédaction de la recherche documentaire est imprécise, à quel article ou recommandation vous référez-vous, indiquez au moins le titre »*

*« Vous n'avez pas trouvé de références concernant la pratique en soins primaires, elles existent pourtant : rôle du médecin généraliste dans ... »*

*« Vous n'avez pas trouvé de référence à propos de la question essentielle de comment gérer une consultation en médecine générale, plusieurs textes s'y rapportent : consultez les ouvrages et les revues de la discipline »*

## LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

*Comment trouver les « bons » objectifs d'apprentissage ?*

*Les objectifs d'apprentissage sont-ils à identifier avant ou après la recherche documentaire ?*

*Faut-il un minimum d'objectifs ?*

Une stratégie possible est là aussi de se référer aux compétences de votre portfolio, aux objectifs du référentiel métier, au maître de stage ...

Les objectifs les plus opérationnels sont ceux qui contribuent à répondre aux problèmes prioritaires à traiter et qui permettent de progresser pour gérer au mieux le maximum de situations.

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs récits

*« Vos objectifs de formation à l'issue des problèmes et des questions soulevés doivent figurer en clair dans votre texte »*

*« Libeller précisément vos objectifs dans un paragraphe spécifique pour que le lecteur puisse juger de leur atteinte »*

## TRACES DE FORMATION

*Aucune question*

Résumer la réponse aux questions de pratique soulevées par la situation : ce qui a été appris et comment.

Dans cette partie une critique de la prise en charge initiale peut figurer avec des propositions de ce qui aurait été souhaitable de faire au vu de ce qui a été appris.

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs récits

*« Les traces de formation ne figurent pas dans votre texte : qu'avez-vous trouvé ? Faites un résumé succinct des réponses qui permettent de juger de l'atteinte de vos objectifs »*

*« La partie concernant le résumé de vos réponses = « traces de formation » et comment vous avez progressé dans la gestion des problèmes = « résolution de problèmes » manquent, rédigez-les. »*

*« Le chapitre « synthèse ou traces de formation est inexistant ; qu'avez-vous trouvé ou fait pour répondre à vos objectifs ? »*

*« Comment appliquer à ce patient en particulier les recommandations que vous avez synthétisées? »*

*« Merci de compléter par des informations qui permettent d'apprécier l'atteinte d'au moins une partie de vos objectifs »*

## UTILITE POUR LA PRATIQUE

*Aucune question*

Comment améliorer sa façon de procéder dans des situations similaires ?

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs récits :

*« Merci de compléter votre RSCA en indiquant comment vous projetez d'aborder des situations similaires dans le futur »*

*« Comment envisagez-vous de modifier votre façon de faire pour accompagner un patient dans ce type de situation à la suite de ce que vous avez travaillé ? »*

*« Comment estimez-vous avoir progressé à la suite de ce travail dans les compétences à consolider pour gérer ce type de situation ? »*

## LA VALIDATION

*Qui valide et comment ? Y a-t-il une grille pour évaluer la qualité d'un RSCA ?*

*A qui faut-il envoyer les RSCA ? Dans quel délai doit-on faire valider ses RSCA par rapport à la soutenance de thèse ?*

*Comment sommes-nous informés de la validation ? Dans quel délai ? A-t-on des retours si un sujet est insuffisant ?*

*Y a-t-il un recours en cas de RSCA non validé ? Peut-on présenter à nouveau le même sujet ?*

*Faut-il un accord préalable de nos référents-tuteurs avant d'envoyer nos RSCA pour validation ?*

*Combien faut-il faire de RSCA au total ?*

La grille d'évaluation et les modalités d'envoi sont présents dans le guide du DES.

L'accord des référents-tuteurs avant l'envoi n'est pas nécessaire. Mais vous pouvez bien sûr discuter de vos RSCA avec vos référents-tuteurs et conducteurs pour bénéficier de leurs commentaires et enrichir votre travail.

### **Pour terminer quelques paroles d'internes :**

*« Le RSCA c'est la même démarche qu'un GEASP mais tout seul »*

*« On s'implique plus personnellement »*

*« ça permet de s'évaluer et de décider de ses priorités de formation »*

*« C'est dur car il faut être autonome »*

**Merci de réagir à ce texte et d'envoyer toute vos suggestions d'amélioration à :**

[gilles.gardon@unice.fr](mailto:gilles.gardon@unice.fr)

## « Où et quand j'envoie mon RSCA ? » Le parcours d'évaluation

La validation du DES inclut la réalisation de plusieurs Récits de Situation Complexe et Authentique.  
Pour rappel :

- 1 RSCA en DES1 - 1 RSCA en DES2 - 1 RSCA en DES3

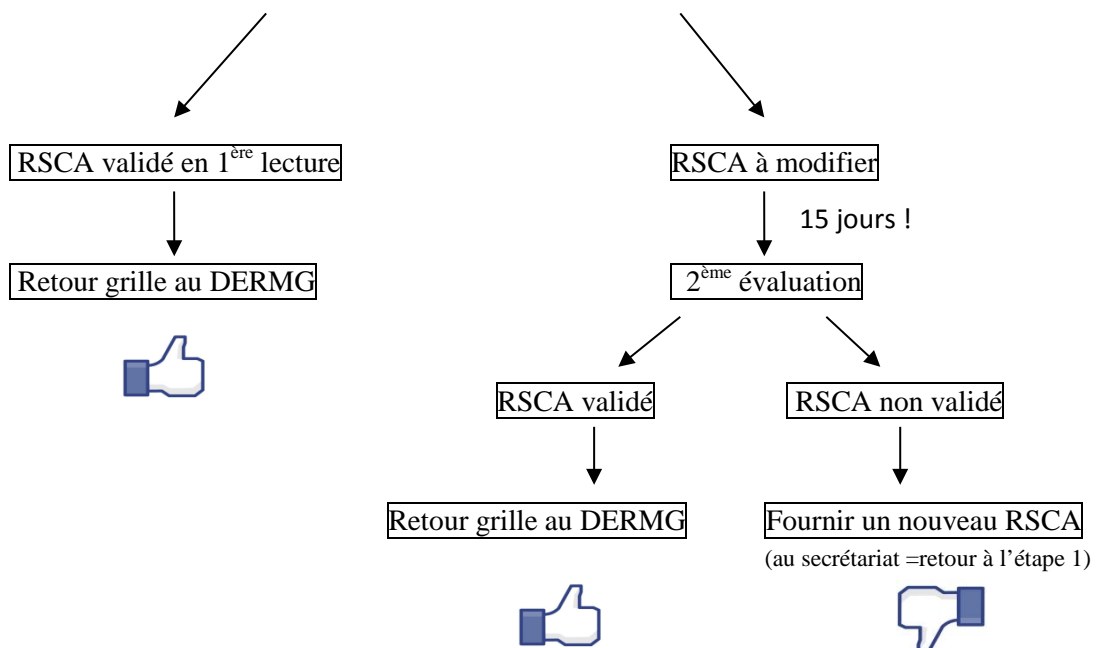
dont au moins 1 RSCA rédigé lors du stage ambulatoire de niveau 1 chez le praticien généraliste et en stage SASPAS.

### 1/ Adressez votre RSCA :

- avant le 30 avril (fin du 1<sup>er</sup> semestre) de chaque année à votre référent-tuteur et/ou à votre conducteur de GEASP afin qu'il puisse vous accompagner à bien construire votre RSCA
- puis avant le 30 octobre de chaque année par courriel à [laura.bruley@unice.fr](mailto:laura.bruley@unice.fr), secrétaire du DERMG, et le déposer sur votre portfolio (<http://jalon.unice.fr/>)

2/ **Votre RSCA sera dispatché** vers un (ou deux) évaluateur(s) pour évaluer votre travail, dans un délai qui dépend de la disponibilité des évaluateurs.

3/ **Vous serez soit validé** en 1<sup>ère</sup> intention, **soit invité à apporter des modifications sous 15 jours**.



Pour toute question relative à l'organisation de l'évaluation des RSCA, vous pouvez écrire à Mme Bruley au secrétariat en mettant en copie le Pr Gardon, responsable RSCA du Département.

[laura.bruley@unice.fr](mailto:laura.bruley@unice.fr)  
[gilles.gardon@unice.fr](mailto:gilles.gardon@unice.fr)

Pour toute question sur le contenu et la méthode du RSCA, vous pouvez d'abord consulter le site du Collège Azuréen des Généralistes Enseignants [http://www.nice.cnge.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=42](http://www.nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=42) puis si nécessaire solliciter votre conducteur de GEASP, votre référent-tuteur ou demander un entretien pédagogique auprès du Pr Gardon.

<b>Grille d'évaluation des R.S.C.A.</b> <b>A l'usage des internes et des enseignants</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------

Nom de l'interne : .....

Prénom : .....

RSCA N°..... Lieu de stage .....

Semestre.....

ITEM	1 médiocre	2 insuffisant	3 satisfaisant	4 bon	5 très bon
<b>Complexité de la situation</b>					
<b>Récit</b>					
<b>Analyse</b>					
<b>Objectifs de formation</b>					
<b>Ressources mobilisées</b>					
<b>Traces de formation</b>					
<b>Transfert dans la pratique</b>					

VALIDE : OUI / NON

Commentaires d'évaluation :

### **Complexité de la situation :**

- Les problématiques se situent dans plusieurs champs : biomédical, psycho-affectif, social, éthique, réglementaire, mais aussi administratif, etc.
- Les indices de la situation n'étaient pas immédiatement disponibles
- L'analyse de la situation est à plusieurs niveaux et les solutions ne sont pas univoques

### **Récit :**

- Il est chronologique
- Il détaille les indices : paroles, attitudes, données de l'examen, sentiments
- Il indique la démarche réflexive – on peut suivre le raisonnement en situation
- Il expose :
  - Les interactions malade-maladie-environnement
  - Les pensées et les émotions
  - La négociation des décisions avec le patient
  - Les décisions mises en œuvre et les résultats

### **Analyse :**

Elle expose les difficultés rencontrées, les incidents critiques mais aussi les points positifs, les attitudes facilitatrices, les stratégies performantes, etc.

A partir d'un résumé de la situation, elle décrit les compétences mises en jeu à partir du référentiel et les capacités mobilisées : actuelles et à développer « *ce que je dois savoir faire pour gérer ce type de situation* » à partir des niveaux détaillés de l'étoile des compétences

### **Objectifs de formation :**

Les objectifs de formation doivent être pertinents par rapport aux besoins de formation ressentis dans ce type de situation pour progresser dans les capacités à développer

### **Ressources mobilisées :**

Les références sont précisées avec leur niveau de validité et leur intérêt est apprécié en quelques mots, ainsi que les personnes ressource, les formations, etc.

### **Traces de formation :**

Elles exposent la synthèse des actions entreprises et des apports des ressources mobilisées, en limitant les « copier-coller », au minimum utile à la résolution des problèmes de cette situation

### **Transfert dans la pratique :**

On identifie en quoi ce travail a modifié ou modifiera votre pratique dans les situations similaires et quelles recommandations personnelles vous vous faites pour l'avenir.

## **La trace d'apprentissage en stage**

### ***Principe***

La trace d'apprentissage permet d'exploiter des situations rencontrées en stage pour progresser, comme le RSCA. Tout en étant moins long puisqu'il n'exige qu'un objectif d'apprentissage, il permet de multiplier les occasions de réflexion.

L'interne devra en produire 3 par semestre pour être validé. Les traces doivent être issues de situations qui n'ont pas été utilisées pour le RSCA.

### ***Ressources***

Vous trouverez ci-après dans ce guide les documents suivants :

- Fiche d'aide à la rédaction d'une trace d'apprentissage
- Fiche d'évaluation des traces d'apprentissage

# TRACE D'APPRENTISSAGE EN STAGE

---

3 traces par stage - 1 à 2 pages maxi pour chaque trace

- Résumé de la situation (stage, contexte, déroulé)
- Analyse des compétences mobilisées par cette situation  
Cf. référentiel métier, référentiel compétences.
- Analyse des problèmes et questions que soulève cette situation
- Choix d'un objectif d'apprentissage  
En fonction de la compétence qui vous semble à travailler en priorité selon votre progression.
- Choix des moyens pour y arriver et des ressources à mobiliser  
Si possible, 3 types de ressources différentes : références de bonnes pratiques, échange avec des professionnels, des patients ou entourage, des pairs...
- Bilan de l'apprentissage et du transfert dans la pratique  
Qu'est ce qui a été appris, grâce à quelles sources et comment l'utiliser concrètement par la suite ?

## EVALUATION DES TRACES D'APPRENTISSAGE EN STAGE

Une trace doit faire entre 1 et 2 pages.

- 1) Résumé de la situation avec un récit circonstancié (résumé de la situation vécue, contexte, environnement du patient, ...)
- 2) Analyse des compétences mobilisées pour cette situation.
- 3) Analyse des problèmes et questions que soulève cette question. Ne pas manquer la problématique majeure, l'enjeu principal pour le patient.
- 4) Choix d'un objectif d'apprentissage qui dépend de la compétence à travailler en priorité.
- 5) Choix des moyens et des ressources à mobiliser pour y arriver. Les ressources devront être diverses.
- 6) Bilan de l'apprentissage et du transfert dans la pratique. Comment utiliser concrètement ce que j'ai appris ?

### GRILLE D'EVALUATION

ITEM	1 Insuffisant	2 A améliorer	3 Suffisant
Plan (respect du plan)			
Cohérence (entre le récit et la situation)			
Récit circonstancié			
Présence de plusieurs compétences			
Identification de l'enjeu principal pour le patient			
Diversités ressources			

## **Le rapport de progression**

### ***Principe***

Le rapport de progression fait partie des travaux d'apprentissage à fournir chaque semestre pour valider le semestre.

Il vise à accompagner l'interne dans sa démarche d'acquisition de compétences. Rédiger les rapports de progression permet de faire le point sur sa progression et de définir des objectifs pour progresser ainsi que les moyens pour y arriver, dans le stage concerné.

Il permet aussi de communiquer avec les référents pédagogiques du stage : en se fixant des objectifs il est plus facile de mobiliser ceux qui vous entourent pour vous y aider (aller en consultation et pas seulement au bloc, accompagner l'assistante sociale une demi-journée, etc.)

L'interne doit rédiger un rapport d'autoévaluation de sa progression en début, milieu et fin de stage de 6 mois, donc au total 3 rapports. Pour les stages composés de deux secteurs d'activités différents (gynéco/pédiatrie, diététique/SSR, etc.) l'interne rédigera 4 rapports : un en début et fin de stage de chaque trimestre.

### ***Ressources***

Vous trouverez ci-après dans ce guide les documents suivants :

- Fiche d'aide à la rédaction des rapports de progression
- Fiche d'évaluation des rapports de progression

# LE RAPPORT DE PROGRESSION

---

3 ou 4 rapports par stage - 1 à 2 pages maxi pour chaque rapport

## Rapport à rédiger en s'aidant :

- **De l'étoile de compétences** pour avoir une vue globale de sa progression tout au long du DES.
- **Des 11 familles de situations** pour reconnaître les situations typiques du métier auxquelles il est nécessaire de se confronter pour construire ses compétences.
- **Du référentiel métier** qui détaille situation par situation exemplaire tout ce qu'il faut comme ressources pour gérer ce type de situation de façon satisfaisante pour les patients leur entourage et les professionnels:
  - **Les ressources internes : savoir, savoir faire ...**
  - **Les ressources externes : personnes ou structures référentes**

## 1/ Ce rapport rend compte de ce qui a été réalisé :

- Quelles situations sont rencontrées ( *dans ce stage on prend en charge surtout des problèmes chroniques des patients qui ont un cancer et des problèmes dermatologiques chroniques .... mais aussi des syndromes infectieux ...*) et quelles situations (en référence aux 11 familles de situations) j'ai gérées seul ou avec l'aide de mes seniors et de l'équipe ( *j'ai pris en charge de nombreux cas de ...*).
- Quelles compétences ont été améliorées ( *j'ai bien avancé dans la compétence coordination, car ....*)
- Quelles tâches d'apprentissage (= ce que j'ai appris en le faisant :  *j'ai pris connaissance et appliqué le protocole de sortie pour un retour à domicile d'une personne en perte d'autonomie, j'ai assisté aux consultations avec la famille pour observer comment le senior communique avec l'entourage, j'ai fait plusieurs prélèvements sanguins veineux sous supervision de l'infirmière...*)

En explicitant les difficultés, les éléments facilitants. ( *Je me suis rendu compte que je n'arrivais pas bien à ... mais que finalement ce qui peut m'aider c'est vraiment d'échanger avec mes seniors ou l'équipe ou de faire des révisions de dossiers pour m'approprier les protocoles ...*)

## 2/ L'interne prévoit pour les mois suivants, en fonction des spécificités du service :

- Les types de situations qu'il pourrait aussi prendre en charge étant donné que dans ce stage il y a aussi tel et tel type de situations et d'activités ( *... je me propose maintenant de prendre en charge aussi ... ou plus souvent .... de faire des consultations de ...*)

- Les compétences à travailler (*car cela me fera avancer dans ma compétence professionnalisme, car ça me manque et ce type de situation me permettra de progresser dans ce domaine*)

3/L'interne devra identifier dans le service, les personnes ressources qu'il pourra solliciter :

*Je vais demander à mon senior s'il accepte que je vienne à sa consultation, à l'infirmière si elle peut me montrer comment elle s'y prend pour..., aux patients de m'expliquer qu'est-ce que cela représente pour eux ,de comment ils s'y prennent pour ... Je vais discuter avec la /le psychologue du service ou de mes amis de ma question : « pourquoi les gens qui savent que ce qu'ils font va aller à l'encontre de leur santé et le font quand même » ...*

4/L'interne renseigne l'étoile des compétences 2 fois par semestre en début de stage et en fin de stage pour avoir une image de sa progression.

## EVALUATION DES RAPPORTS DE PROGRESSION

- 1) Quelles situations rencontrées ?
- 2) Quelles compétences améliorées et pourquoi ? Plusieurs compétences à développer.
- 3) Quelles tâches d'apprentissage ? (ce que j'ai appris en faisant), en développant les difficultés et les éléments facilitants.
- 4) Quels moyens trouvés pour améliorer mes compétences ? Ne pas utiliser seulement des moyens bibliographiques.
- 5) Plan de formation : Puis l'interne prévoit pour les mois suivants un plan de formation :
  - Quelles situations à prendre en charge,
  - Quelles compétences à travailler,
  - Identifier les personnes ressources dans le stage par compétence.
- 6) Respect du plan de formation.

Utilisation d'une grille d'évaluation.

ITEM	1 Insuffisant	2 A Améliorer	3 Satisfaisant
Situations rencontrées			
Compétences améliorées			
Tâches d'apprentissage			
Plan de formation			

## **L'auto-évaluation de sa communication**

### ***Principe***

L'analyse de votre communication avec un patient fait partie des activités d'apprentissage demandées en stage de DES de médecine générale. Il est nécessaire de garder une trace de votre synthèse sous l'intitulé « Rapport d'auto évaluation Communication » dans votre portfolio sur Jalon pour la validation.

Cette autoévaluation est un des moyens pour prendre conscience de vos attitudes et comportements en interaction avec les patients. Elle permet d'identifier vos aptitudes et de décider quelles actions mettre en place pour les développer et travailler les points qui sont à améliorer.

L'autoévaluation seule est essentielle mais non suffisante pour avoir une vision la plus juste possible de votre compétence, nous vous engageons donc vivement à solliciter l'aide d'un tiers pour vous aider à analyser au plus juste l'entretien que vous avez mené.

Nous vous proposons donc d'échanger avec un patient sous l'observation d'une tierce personne, un de vos collègues ou de vos seniors ou un autre professionnel du service où vous travaillez. Si personne n'est disponible et si vous le souhaitez, sollicitez l'avis du patient lui-même pour participer à cette analyse.

Il est recommandé de ne pas sélectionner le contexte ni la personne, plus les situations seront variées et plus vous aurez de données pour travailler cette compétence.

Remplissez la grille avant et après la discussion avec la personne qui vous fera part de son point de vue d'observateur. A vous ensuite d'apprécier les similitudes et les différences des points de vue et d'en faire une synthèse.

Le rapport d'autoévaluation reprendra les constatations : ce que vous savez faire, ce qui est difficile, ce qui mérite d'être travaillé et comment vous allez le faire. La fiche « Discussion autoévaluation de la grille communication » doit vous aider à structurer ce rapport. Pour chacun des stages de l'interne, une auto-évaluation sera effectuée et le rapport structuré doit être déposé dans le portfolio.

N'hésitez pas à solliciter votre référent-tuteur pour toute question ou problème.

### ***Ressources***

Vous trouverez ci-après dans ce guide les documents suivants :

- Grille d'auto-évaluation de sa compétence de communicateur en médecine générale
- Fiche « Discussion autoévaluation de la grille communication »

# Guide d'auto-évaluation

Issu de la thèse soutenue à Nice le 3 Mars 2011 par Caroline ARMENGAU

## **EVALUATION DE SA COMPETENCE DE COMMUNICATEUR EN MEDECINE GENERALE Opinions d'internes en Médecine Générale sur l'auto-évaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo**

Ce questionnaire est basé sur 2 consensus qui font référence sur la communication médecin-malade, à savoir : The Kalamazoo Consensus Statement, et le guide Calgary-Cambridge de l'entretien médical.

Nous vous demandons d'entourer la réponse qui représente le mieux votre niveau de satisfaction concernant les différents éléments de communication lors d'une entrevue médicale.

Si les énoncés ne vous paraissent pas clairs, ou si vous le souhaitez, merci de les reformuler à votre convenance, tout en conservant le sens général de la phrase.

### **1/ Débuter l'entretien :**

- *se présenter et préciser son rôle, la nature de l'entrevue*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *s'assurer que le patient est « à l'aise » et agir en cas d'inconfort évident*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *explorer la/les raison(s) de la visite*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *laisser le patient terminer son introduction sans l'interrompre*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *annoncer le déroulement de la consultation*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

## **2/ Recueillir les informations :**

- *utiliser un ensemble de questions ouvertes et fermées*  
non satisfait    peu satisfait    satisfait
- *clarifier les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions*  
non satisfait    peu satisfait    satisfait
- *obtenir suffisamment d'informations pour approcher le diagnostic*  
non satisfait    peu satisfait    satisfait

## **3/ Explorer le contexte personnel du patient :**

- *recueillir des éléments sur son contexte de vie*  
non satisfait    peu satisfait    satisfait
- *permettre au patient d'aborder ses attentes, inquiétudes, représentations...*  
non satisfait    peu satisfait    satisfait
- *accueillir les points de vue et émotions du patient, et fournir du soutien*  
non satisfait    peu satisfait    satisfait

## **4/ Echanger l'information :**

- *donner des explications claires en évitant tout jargon médical*  
non satisfait    peu satisfait    satisfait
- *s'assurer de la compréhension du patient et en tenir compte*  
non satisfait    peu satisfait    satisfait
- *encourager le patient à poser des questions*  
non satisfait    peu satisfait    satisfait

**5/ Parvenir à une entente sur le diagnostic et la prise en charge :**

- *encourager le patient à donner son point de vue*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *s'assurer du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *envisager avec le patient des obstacles et des solutions alternatives*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *discuter d'un plan mutuellement acceptable (signaler sa position ou ses préférences au sujet des options possibles, déterminer les préférences du patient)*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

**6/ Terminer la consultation :**

- *procurer l'occasion de soulever des inquiétudes et poser des questions*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *vérifier avec le patient s'il est d'accord avec le plan d'action et si l'on a répondu à ses préoccupations*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *résumer la discussion*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *proposer le maintien du contact*

non satisfait    peu satisfait    satisfait    ne s'y prête pas

**7/ Concernant le comportement non verbal, êtes-vous satisfait :**

- *du contact visuel avec le patient ?*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *de vos postures, positions et mouvements ?*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *de vos indices vocaux (débit, volume, tonalité) ?*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

- *de votre façon d'utiliser un ordinateur ou le dossier papier d'une façon qui ne gêne pas la communication ?*

non satisfait    peu satisfait    satisfait

## Discussion autoévaluation de la grille communication

Que concluez vous de l'analyse de votre pratique ?

Avez vous échangé avec un collègue ?

Quels points allez vous travailler pour vous améliorer ?

Comment ?

# L'apprentissage complémentaire

Le DERMG vous propose un certain nombre d'enseignements complémentaires.

Par ailleurs chaque interne pourra lui-même proposer à son référent DERMG qu'une activité qu'il estime pouvoir s'intégrer dans sa formation valide certaines de ses heures d'enseignements complémentaires.

Au total, sur les 3 années de son cursus, 44 heures d'enseignements devront être validées.

Exemples non limitatifs :

- Séances d'aide à la thèse
- Participation à des journées, séminaires ou soirées DPC (comme invité avec votre MSU)
- Participation à des actions d'éducation prévention en santé
- Congrès ou Colloques agréés par le DERMG
- Gestes techniques de médecine générale (en pratique libérale, lors de Congrès...)
- Collaboration avec d'autres professionnels psycho médico sociaux
- Séminaires interprofessionnels
- Participation à des entretiens et ateliers éducatifs pour les patients chroniques
- Apprentissage par l'erreur
- Participer à une méthode d'amélioration qualité
- Séminaires facultatifs du DERMG
- Test de lecture aux revues Prescrire, Exercer (attention au délai entre l'inscription à ces tests et l'émission de l'attestation faisant foi)
- Participation à des Groupes Balint ou de Parole

Vous trouverez une liste plus complète et actualisée en cours d'année sur le site du CAGE.

**Ne peuvent être comptées en heures complémentaires :**

- Les DU ou DIU
- Les formations ou ateliers organisés dans les services pendant les stages

## **Qui valide ?**

C'est votre référent DERMG qui valide ces heures.

Le mieux est de demander au préalable à votre référent DERMG si la formation proposée peut être validée (sauf pour les infos diffusées directement par mail par le DERMG ou sur le site du CAGE)

## **Comment valider ?**

Donner une attestation de présence et une synthèse sur ce que vous avez retenu d'intéressant et ce que vous vous proposez de mettre en pratique. Ces documents doivent être archivés sur Jalon dans la boîte de dépôt concernée.

## **Quel type de sujet ou de thème ?**

Obligatoirement dans le champ de la Médecine Générale de premier recours, des soins primaires (par exemple congrès ou colloques de médecine générale). A discuter avec votre référent DERMG en cas de doute.

### Comment compter les heures ?

Attention il faut répartir les heures d'enseignements complémentaires sur des catégories variées : ne pas faire plus d'un tiers des 44h demandées (c'est-à-dire 15 heures) sur un même type de formation. Par exemple l'ensemble des heures comptées dans la catégorie « congrès » ne peut pas dépasser 15heures sur les 3 ans...

Les heures d'enseignements complémentaires se comptent comme suit :

-3 heures pour :

- une demi-journée de congrès
- une soirée de formation (**mais pas financée par les laboratoires pharmaceutiques**)
- une conférence débat en lien avec la profession
- une séance de groupe de pairs, de groupe Balint ou de Parole

-15 heures pour le Test de lecture de Prescrire ou Exercer (s'inscrire à temps car l'obtention de l'attestation se fait plusieurs mois plus tard)

-Si vous animez des ateliers d'ETP par exemple : 3h par atelier avec maximum de 5 ateliers validants (pour atteindre les 15 heures maximum pour cette thématique)

Cet apprentissage complémentaire devrait être l'occasion d'un développement personnel et d'interactions constructives avec d'autres médecins ou soignants voire d'autres réseaux de prise en charge des patients.

## Les livrets de stage

Le DERMG a développé deux livrets de stage qui contiennent toutes les informations utiles, du déroulement du stage aux outils d'évaluation, de validation, de congés, etc.

A l'issue des choix de stage, si vous avez choisi un stage hospitalier le livret «stage hospitalier» vous est envoyé par courriel avant le début de votre stage. Vous devez le présenter aux responsables du service dès votre arrivée dans le service. Il doit vous servir à échanger tout au long du stage avec votre référent de stage et à construire votre projet pédagogique pour ce stage.

Si vous avez choisi un stage chez le praticien généraliste, le livret «stage chez le praticien» vous est remis en version imprimé lors d'une réunion dédiée qui a lieu avant le début du stage. Vous devez le présenter à vos 2 maîtres de stage dès votre arrivée dans leur cabinet. Il doit vous servir à échanger avec eux tout au long du stage et à construire votre projet pédagogique pour ce stage.

# La recherche

## Les thèmes de recherche du DERMG

- Prévention, dépistage, éducation pour la santé, Education thérapeutique
- Infectiologie en soins primaires / vaccinologie
- Gestion des connaissances en MG (Aide à la décision, Dossier médical, TICE)
- Pédagogie Médicale
- Inégalités sociales en santé
- Démarche Qualité et Evaluation des Pratiques Professionnelles en médecine ambulatoire
- Maladies respiratoires chroniques
- Enfance en danger/maltraitance infantile

Ainsi que les thèmes dans le cadre du partenariat DERMG avec l'Observatoire des Médecines Non Conventionnelles (OMNC).

## La thèse

Dans le cadre du DES de médecine générale à NICE, les internes doivent soutenir leur thèse d'exercice.

Le choix du thème et du sujet de la thèse est dorénavant laissé libre au futur thésard.

Il n'y a donc pas d'obligation de validation préalable du projet comme étant un projet de Médecine générale par la cellule thèse. En revanche, une aide méthodologique pourra être apportée à l'interne dans son travail de recherche si le thème de celui-ci se trouve dans les axes de recherche du département de Médecine Générale de Nice.

La réalisation de travaux de recherche fait partie de la formation universitaire des médecins généralistes dans de nombreux pays.

La recherche en médecine générale vise à développer les bases scientifiques de la discipline et à améliorer l'organisation du système de santé. Elle peut également produire des connaissances utiles aux disciplines voisines. Pour un(e) interne, faire de la recherche dans le champ de sa discipline a un intérêt pédagogique considérable. En réalisant un travail de recherche il ou elle va :

- s'approprier une problématique dans le champ de sa spécialité, améliorer sa capacité à questionner et à conceptualiser,
- comprendre les contraintes liées à la production de connaissances, développer le doute scientifique,
- acquérir les bases de la recherche documentaire, de la lecture et la rédaction scientifiques,
- se situer dans une communauté scientifique en acceptant de discuter et d'être discutée,
- mener à bien une réflexion approfondie aboutissant à un texte fini, souvent valorisable sous forme d'une publication. Découvrir la recherche en médecine générale peut conduire des internes à poursuivre leur formation scientifique (master). Certain(e)s pourront ainsi combiner activités cliniques et activités de recherche, dans le cadre d'une filière universitaire ou dans d'autres lieux (sociétés scientifiques, agences de santé). Cette compétence constituera une corde de plus à leur arc, utilisable immédiatement ou plus tard dans leur carrière.

Une thèse de Médecine Générale a pour objectif :

- L'approfondissement de la connaissance de la discipline par une description, et (ou) une analyse, et (ou) une évaluation de l'activité et des pratiques.
- La restitution de ce savoir par rapport à celui des disciplines complémentaires.
- La validation des démarches diagnostiques et stratégies thérapeutiques.

- La définition en soins primaires d'indicateurs de santé fiables permettant des choix de santé publique adaptés aux besoins de la population.
- L'élaboration d'un contenu d'enseignement homogène et argumenté.
- L'élaboration d'un référentiel spécialisé utile aux tâches spécifiques du médecin généraliste dans cette discipline.

## **La « cellule thèse » : des séances d'aide méthodologique**

La cellule thèse propose une aide méthodologique aux internes et leurs directeurs qui choisissent de faire leur travail de recherche dans un des champs de recherche du DERMG. L'aide peut commencer dès le début avec reformulation de la question de recherche, un échange sur le type d'étude, sur l'échantillon ou ses modalités de sélection, méthode qualitative ou quantitative.

La cellule thèse se tient tous les mois.

### **Vous pouvez en bénéficier si :**

- Votre projet est dans un des champs de recherche du DERMG
- Répondre à votre question de recherche devrait contribuer au développement de nouvelles connaissances utiles en médecine générale ;
- La méthode mise en œuvre, quantitative ou qualitative, a une validité scientifique reconnue dans un champ disciplinaire (en médecine, en épidémiologie, en sciences humaines ou sociales) et peut servir le développement de la recherche en médecine générale.

Pour y assister il faut, au plus tard 15 jours avant la cellule thèse :

- Rédiger une fiche de projet (ci-après) avec son directeur de thèse et un diaporama court de présentation, à envoyer à [laura.bruley@unice.fr](mailto:laura.bruley@unice.fr)
- Remplir le questionnaire d'inscription en ligne adressé par Laura Bruley

Par ailleurs, la commission recherche organise des événements réguliers permettant la diffusion des travaux de recherche en MG. C'est aussi l'occasion pour les étudiants et les directeurs de thèse de se rencontrer.

## FICHE DE PROJET DE THÈSE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

**Date de proposition :**

**Nom de l'interne :**

**E-mail :**

**Résident ou DES :**

**Semestre de DES :**

**Nom du directeur de recherche :**

**E-mail :**

**Spécialité et type d'exercice du directeur:**

La fiche a-t-elle été validée par le directeur ? (Conseillé +++ ) (1) :

THÈME (général) et sujet (précis) : (2)

ETAT DE LA QUESTION - JUSTIFICATION/PROBLEMATIQUE :\* (3)

\*Donner des références bibliographiques (5 à 10)

Pourquoi est-il important de faire ce travail de recherche ? Quel est le contexte ?

A quel problème va-t-elle tenter d'apporter une solution ou au moins un surcroît d'information ?

QUESTION : *Formuler une seule question à laquelle la recherche doit répondre. Elle doit être formulée en des termes mesurables* (4)

OBJECTIF(S) : *Ce qu'il est prévu de faire concrètement pour produire les réponses recherchées. Bien préciser le travail qui sera fait par l'interne et celui fait éventuellement par d'autres personnes*

**Objectif principal :** *ce qui se rapporte vraiment à la question*

**Objectif(s) secondaire(s) :** *ce qu'on peut tirer du travail indirectement*

**MÉTHODE(S)** : (5) *Comment s'y prendra-t-on aux différentes étapes du travail ? Présentation de la démarche*

**1) type d'étude**

- étude d'observation, étude descriptive
- enquête transversale, enquête cas-témoin, enquête de cohorte,
- étude épidémiologique, étude prospective, étude de prévalence, étude comparative,
- évaluation de procédures, de systèmes, d'organisation(s), d'intervention(s),
- analyses d'entretiens de focus group, analyses qualitatives
- autres :

**2) Décrire les différentes étapes du travail et leur durée probable**

**3) Préciser les tâches faites par l'interne et celles effectuées éventuellement par d'autres (6)**

**RÉSULTATS ATTENDUS** : (7) *leur portée et les retombées potentielles du travail (8)*

**DATE PREVUE DE LA SOUTENANCE :**

*Une fois remplie adresser au secrétariat du DERMG impérativement par mail : [laura.BRULEY@unice.fr](mailto:laura.BRULEY@unice.fr)*

*Noter les éventuelles questions posées à la cellule d'aide méthodologique sur une page annexe*

---

**ATTENTION VOUS DEVEZ INFORMER LA CELLULE THESE DE TOUTE MODIFICATION DE LA METHODE ET/OU DE LA POPULATION ETUDIEE, SURVENANT APRES LA VALIDATION DE VOTRE PROJET.**

**\* habilités à diriger une thèse de Médecine Générale**

- les Professeurs Associés, les Maîtres de Conférences Associés, les Médecins Généralistes chargés d'enseignement et les Maîtres de Stage du DPT de MG de la Faculté de Médecine de Nice ou d'autres UFR
- les Médecins Généralistes en exercice après avoir demandé et obtenu leur habilitation à la direction de thèse par le département
- Tout membre du personnel enseignant, quelle que soit sa discipline, habilité à cet effet par les Universités

## NOTES POUR AIDER AU REMPLISSAGE DE LA FICHE

(1) C'est le moment de s'interroger sur la question de recherche, la méthode, la manière dont le travail devrait se dérouler, sur qui fait quoi, sur un calendrier prévisionnel, etc... La rédaction de la fiche doit permettre d'aboutir à un projet précis et partagé avec le directeur du travail : Il est donc obligatoire qu'il valide cette fiche.

(2) Le thème qui vous intéresse peut-être défini de manière relativement large, par exemple : « La contraception chez les adolescentes, les réseaux de diabétologie, l'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques ». Le thème doit se situer dans le champ de la médecine générale ou des soins primaires.

(3) La justification est essentielle : il s'agit de montrer qu'on pose une bonne question sur un sujet important pour la santé de la population, et/ou pour la médecine générale, les soins primaires. Ici la qualité des références bibliographiques est capitale et il faut citer 5 à 10 références pertinentes pour le thème. Il faut qu'il y ait une connexion entre texte et bibliographie, avec des renvois numérotés aux références bibliographiques dans le texte (comme dans n'importe quel article scientifique), et ne pas seulement coller une suite de références à la suite d'un texte général. **L'état de la question c'est répondre à :**

*Qu'est-ce qu'on sait ? Qu'est-ce qu'on ne sait pas ?*

*Qu'est-ce que ce travail pourrait apporter dans le contexte ?*

(4) Dans une recherche quantitative la question est précise : Exemples : « *Les adolescentes sous CO savent-elles gérer un oubli de pilule ? Quelle est la qualité du suivi des patients diabétiques inclus dans un réseau de diabétologie ? Quelle est la proportion de patientes n'ayant pas eu un frottis depuis plus de 3 ans dans la patientèle des MG ? Cette proportion est-elle différente selon les catégories sociales ?* »

(4 bis) Dans une recherche qualitative le travail vise à comprendre en profondeur les logiques d'interaction, des processus de prise de décision....

Exemples : « *Le vécu du patient atteint de pathologie chronique, Le patient et son traitement anticoagulant, Représentations des femmes sur le THS, Freins et moteurs pour participer au dépistage organisé du CCR* ».

(5) La méthode présente de manière précise « *ce qu'on va faire concrètement pour répondre à la question et comment on va faire* ». Il faut préciser la population avec ses critères d'inclusion et d'exclusion, les données qui seront recueillies avec la méthode de recueil, la manière dont l'étude va se dérouler, l'analyse qui sera faite (préciser qui sera le référent méthodologique pour l'analyse).

S'il s'agit d'une méthode qualitative justifiez ce choix, la méthode retenue parmi les méthodes qualitatives, expliquez le choix du terrain, le travail préparatoire pour y accéder (par exemple : pour un travail sur adolescentes et contraception choix de 2 classes de troisième d'un collège ; passage par le proviseur qui renvoie à l'inspection académique pour avoir l'autorisation)

(6) Lorsque la thèse comprend la fabrication d'une base de données, l'interne doit le plus souvent réaliser recueil et saisie des données. Mais il ne peut s'agir là de son seul travail : il doit participer à la formulation de la question, à la définition des objectifs et de la méthode, à l'analyse des données (même si celle-ci est menée par un statisticien) et à la discussion des résultats.

(7) Que vous attendez-vous à trouver ?

(8) Mise en perspective des résultats par rapport à ... Qu'est-ce que ce travail peut apporter à la discipline Médecine générale (éviter les déclarations générales sur « *l'importance de la MG* »)

## Les directeurs de thèse généralistes

● S. ANDREA	<a href="mailto:drandreaslim@live.fr">drandreaslim@live.fr</a>
● C. ARMENGAU	<a href="mailto:armengau.c@gmail.com">armengau.c@gmail.com</a>
● JL. BALDIN	<a href="mailto:j.luc.baldin@wanadoo.fr">j.luc.baldin@wanadoo.fr</a>
● AM. BARISIC	<a href="mailto:ambarisic@gmail.com">ambarisic@gmail.com</a>
● G. BAROGHEL	<a href="mailto:doc.baro@orange.fr">doc.baro@orange.fr</a>
● T. BOUCHEZ	<a href="mailto:tiphaniebouchez@gmail.com">tiphaniebouchez@gmail.com</a>
● D. CAPRINI	<a href="mailto:caprini@wanadoo.fr">caprini@wanadoo.fr</a>
● JC. CARAVEO	<a href="mailto:caraveo.jean-claude@orange.fr">caraveo.jean-claude@orange.fr</a>
● C. CASTA	<a href="mailto:celinecasta@hotmail.com">celinecasta@hotmail.com</a>
● H. CHAN	<a href="mailto:mr.chan@orange.fr">mr.chan@orange.fr</a>
● D. COSSERAT	<a href="mailto:didcos@hotmail.com">didcos@hotmail.com</a>
● M. DANDURAN	<a href="mailto:cyann84@hotmail.com">cyann84@hotmail.com</a>
● D. DARMON	<a href="mailto:david.darmon@free.fr">david.darmon@free.fr</a>
● M. DEROCHET	<a href="mailto:derochet.max@wanadoo.fr">derochet.max@wanadoo.fr</a>
● JL. FOLACCI	<a href="mailto:folaccijluc@gmail.com">folaccijluc@gmail.com</a>
● G. GARDON	<a href="mailto:gilles.gardon@unice.fr">gilles.gardon@unice.fr</a>
● F. GASPERINI	<a href="mailto:fabgasp@hotmail.fr">fabgasp@hotmail.fr</a>
● P. HOFLIGER	<a href="mailto:p.hofliger@wanadoo.fr">p.hofliger@wanadoo.fr</a>
● N. HOGU	<a href="mailto:docteur-nicolas@hotmail.fr">docteur-nicolas@hotmail.fr</a>
● R. LAURE	<a href="mailto:docteur.laure.callian@wanadoo.fr">docteur.laure.callian@wanadoo.fr</a>
● G. MALATRASI	<a href="mailto:georges.malatrasi@wanadoo.fr">georges.malatrasi@wanadoo.fr</a>
● Y. MANEZ	<a href="mailto:yves.manez@wanadoo.fr">yves.manez@wanadoo.fr</a>
● P. MATHIEU	<a href="mailto:Philippe.mathieu15@wanadoo.fr">Philippe.mathieu15@wanadoo.fr</a>
● B. MONNIER	<a href="mailto:b.monnier@medsyn.fr">b.monnier@medsyn.fr</a>
● S. MUNCK	<a href="mailto:stephanemunck@gmail.com">stephanemunck@gmail.com</a>
● M. PAPA	<a href="mailto:m.papa@wanadoo.fr">m.papa@wanadoo.fr</a>
● I. POURRAT	<a href="mailto:pourrat.isabelle@orange.fr">pourrat.isabelle@orange.fr</a>
● G. SACCO	<a href="mailto:sacco.g@chu-nice.fr">sacco.g@chu-nice.fr</a>
● JB. SAUTRON	<a href="mailto:jean-baptiste.sautron@wanadoo.fr">jean-baptiste.sautron@wanadoo.fr</a>
● J. TETART	<a href="mailto:johann.tetart@laposte.net">johann.tetart@laposte.net</a>

## Les autres ressources

Le séminaire thèse

Le séminaire recherche documentaire

Les formations de l'URFIST <http://urfist.unice.fr/>

L'ouvrage « Initiation à la recherche clinique », guide de FAYR-GP (sous forme de fiches pratiques)

En biostatistiques :

<http://hebergement.u-psud.fr/biostatistiques/>

<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>

Et comme toujours, **le site du CAGE** ! <http://www.nice.cnge.fr/> rubrique recherche et thèse

# La soutenance pour l'obtention du DES

A l'issue de ses trois années d'apprentissage, l'interne devra soutenir devant la commission locale de validation du DES par une présentation orale de 10 minutes suivie de 10 minutes de question du jury. Cette présentation sera structurée autour de l'acquisition des 6 grandes compétences de la médecine générale.

Le jury insistera lors de ses questions sur :

- Comment l'interne se situe par rapport aux 6 grandes compétences et ce qu'il envisage de faire pour s'améliorer,
- Comment l'interne a vécu ces 3 années de DES,
- Quel est son projet professionnel.

## *Ressources*

Vous trouverez ci-après dans ce guide le document suivant :

- La structure du document de synthèse qui doit servir de base à votre soutenance
- Le tableau de suivi de l'acquisition des 6 grandes compétences

## DOCUMENT DE SYNTHÈSE

**1) Le curriculum vitae (1 à 2 pages) comprenant notamment :**

- a. Formations et diplômes
- b. Expériences professionnelles
- c. Travaux
- d. Implication dans la discipline

**2) Listes des stages effectués (2 pages) :**

Dans cette partie, l'interne énumèrera les stages effectués en précisant ses fonctions au sein du stage et les points forts et points faibles de chaque stage.

**3) Listes des 44 heures d'enseignements optionnels (1 page) :**

L'interne listera ses enseignements optionnels en précisant les points forts et les points faibles de chaque action.

**4) Commentaires sur les modalités pédagogiques du DES (1 à 2 pages) :**

L'interne délivrera dans cette partie l'apport des méthodes d'enseignement dans sa formation en détaillant les points forts et les aspects à améliorer.

**5) Progression dans l'acquisition des 6 grandes compétences (1 à 2 pages par compétence) :**

L'interne détaillera pour chaque compétence (les 6 pétales de la marguerite) :

- Sa progression à travers les stages
- Les moyens utilisés pour progresser (stage, séminaires, ...)
- Son niveau actuel
- Ce qu'il lui reste à acquérir et comment il compte y parvenir.

L'interne pourra s'aider de ses rapports de progression pour compléter cette partie et devra y intégrer le tableau rempli des 6 grandes compétences et des 11 familles de situations (cf ci-après).

**6) Projet professionnel à court et moyen terme (1 page)**

Le document de synthèse devra impérativement être adressé au DERMG avant le 15 septembre pour la commission de validation du DES d'octobre (ou avant le 15 mars pour la commission de validation du DES d'avril).

## SUIVI DE L'ACQUISITION DES 6 GRANDES COMPETENCES EN MEDECINE GENERALE

Ce tableau avec les 11 familles de situation en vertical et les 6 grandes compétences en horizontal devra être rempli par l'interne grâce aux différentes traces d'apprentissage (GEASP, RSCA, ...) à la fin du DES. Ce document sera à intégrer au document de synthèse.

ITEM	Compétence 1	Compétence 2	Compétence 3	Compétence 4	Compétence 5	Compétence 6
Famille 1						
Famille 2						
Famille 3						
Famille 4						
Famille 5						
Famille 6						
Famille 7						
Famille 8						
Famille 9						
Famille 10						
Famille 11						

## **ANNEXE : niveaux de progression pour l'étoile des compétences**

# Définition & composantes



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

C'est-à-dire en :

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

# Niveau novice



- Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'**aspect biomédical aux dépens des aspects psychosociaux**
- Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le **recueil des données principalement biomédicales**
- Entrevoit qu'il existe des **données psychosociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives** dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte
- Accepte l'idée que s'occuper du patient **ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie**, mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui
- Cherche à améliorer ses connaissances pour **trouver la bonne réponse à une situation**

## Niveau intermédiaire



- À conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique
- Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence)
- Lors d'une consultation, il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier
- Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion
- Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin
- À conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient)
- Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle

# Niveau compétent



- Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient
- Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser
- Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant
- Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient
- En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture
- Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient
- Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

# Définition & composantes



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

C'est-à-dire en :

- mettant en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie ;
- développant une posture qui place le patient en position de sujet, et s'engageant dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences ;
- déterminant le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi même, en tenant compte des possibilités de chacun ;
- partageant le suivi avec d'autres intervenants ;
- collaborant à et/ou élaborant des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation ;
- adoptant une posture réflexive sur ces actions.

# Niveau novice



- Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste
- Définit ce que recouvrent les trois niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire
- Possède des notions de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses trois niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi)
- Se sent responsable de la gestion de la santé du patient
- Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient

## Niveau intermédiaire



- Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin
- Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples
- Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant
- Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient
- Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient

# Niveau compétent



- Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient
- Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur)
- Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient
- Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient

# Définition & composantes



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

C'est-à-dire en :

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

# Niveau novice



- Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical
- Évoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats
- Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face

## Niveau intermédiaire



- Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte
- Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais peine à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient
- Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient
- Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties
- Étend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure
- Élargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé

# Niveau compétent



- Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions
- S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins
- Fait des diagnostics de situation
- Évoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf. suivi)
- Évoque la possibilité de symptômes biomédicalement inexpliqués (SBI)
- Élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient
- Gère les urgences ressenties par le patient
- Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités

# Définition & composantes



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

C'est-à-dire en :

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

# Niveau novice



- Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients
- Utilise le dossier médical
- Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin
- Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins
- Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants
- Met en place une relation médecin-malade fondée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites
- Se rend disponible pour la permanence des soins

# Niveau intermédiaire



- Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations
- Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi
- Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche
- Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi
- Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours
- Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)

# Niveau compétent



- Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi
- Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient
- Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient
- Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux
- Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient
- Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage
- Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile
- Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins, y compris lors de ses absences

# Définition & composantes



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

C'est-à-dire en :

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

# Niveau novice



- Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale
- Connaît quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication
- Connaît les caractéristiques fondamentales de la relation médecin-malade
- Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doit faire l'objet d'une formation
- Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature
- « biomédicale », y perçoit des limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique
- Utilise principalement une communication verbale
- Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient
- Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient
- Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias

# Niveau intermédiaire



- Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participe à la démarche décisionnelle
- Dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions (voir aussi approche globale et complexité)
- Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient
- Accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation
- Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles
- Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical
- Met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique

# Niveau compétent



- En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier
- Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux
- Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient
- Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci
- Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause
- Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage
- Met en œuvre, avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient

# Définition & composantes



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

C'est-à-dire en :

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

# Niveau novice



- Entrevoit un projet professionnel
- Accepte son rôle d'interne
- Présente un engagement altruiste envers le patient
- Participe aux formations théoriques et pratiques du DES



## Niveau intermédiaire



- Manifeste un engagement pour la médecine générale
- S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques
- Prend conscience du besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences
- Définit des objectifs de formation en fonction de son projet professionnel
- Organise son temps de travail

# Niveau compétent



- Assume sa responsabilité envers le patient et la société
- Collabore avec les autres soignants
- Organise son outil et son temps de travail
- Améliore ses compétences
- Prend en charge le patient avec altruisme
- S'implique dans le rayonnement de la discipline