



GUIDE DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE
MÉDECINE GÉNÉRALE
PROMOTION 2018 « Brès »

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



GUIDE DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE
MÉDECINE GÉNÉRALE
PROMOTION 2018 « Brès »

Président de l'Université

Mr Emmanuel TRIC

Doyen de la Faculté de Médecine

Pr Patrick BAQUE

Directeur du DERMG

Dr David DARMON

UNIVERSITÉ NICE SOPHIA – ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

28 avenue de Valombrose – 06107 NICE Cedex 2

Table des matières

1. Présentation de vos interlocuteurs	5
1.1 Trombinoscope du DERMG	6
1.2 Organigramme du DERMG	7
1.3 Le CAGE	8
1.4 Le Syndicat des internes	9
1.5 Les services universitaires	11
2. Modalités d'apprentissage et de validation	13
2.1. Organisation des enseignements et du contrôle des connaissances du troisième cycle des études médicales pour le DES de médecine générale à parti de novembre 2017	13
2.2. Schéma de synthèse du DES	20
2.3. Le port folio électronique http://jalon.unice.fr/	21
3. Les compétences du médecin généraliste	22
3.1 Consulter le référentiel métier	22
3.2 Les six grandes compétences : la marguerite	23
3.3 L'étoile des compétences	24
3.4 Les 11 grandes familles de situations cliniques	25
4. L'apprentissage en groupe	29
4.1 Des séances tutorées diversifiées	29
4.2 Objectifs et méthode du GEASP (Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles)	29
4.3 Documents ressources	32
5. L'apprentissage individuel	38
5.1 Le RSCA	38
5.2 La trace d'apprentissage en stage	51
5.3 Le rapport de progression	54
5.4 L'auto et hétéro évaluation de sa communication	58
6. L'apprentissage complémentaire	64
7. Les livrets de stage	66
8. La recherche	67
8.1 Les thèmes de recherche du DERMG	67
8.2 La thèse	67

8.3	La « cellule thèse » : des séances d'aide méthodologique	69
8.4	Les directeurs de thèse généralistes	73
8.5	Les autres ressources	74
9.	La soutenance pour l'obtention du DES	75
	ANNEXE 1 : Principes de Médecine Générale	79
	ANNEXE 2 : La pédagogie par apprentissage, pourquoi et comment ?	85
	ANNEXE 3 : Niveaux de progression pour l'étoile des compétences	90

1. Présentation de vos interlocuteurs

Message d'accueil de l'équipe enseignante

Bienvenue à tou.te.s!

Les enseignants du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG) vous souhaitent la bienvenue dans ce 3ème cycle d'enseignement. Ce cursus de formation professionnalisant va vous permettre d'obtenir le diplôme d'état de docteur en médecine ainsi que votre diplôme d'études spécialisées (DES) en médecine générale.

Un enseignement théorique facultaire ainsi que six stages cliniques en médecine ambulatoire dans les cabinets de médecins généralistes auprès des maîtres de stage des Universités ainsi qu'à l'hôpital compose l'essentiel de votre formation. Vous entrez dans ce cursus en tant que futur médecin généraliste exerçant des soins en milieu ambulatoire. Vous êtes d'ores et déjà en des professionnels de santé, des soignants, des partenaires dans les soins prodigués à nos patients. En endosserez sous la supervision de vos encadrants des responsabilités à la hauteur de votre engagement dans ce cursus. Ainsi 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 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, la continuité des soins, l'accompagnement, dans le cadre du partenariat avec les patients.

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,

Dr David DARMON, directeur du DERMG.

1.1 Trombinoscope du DERMG

Mme Laura Bruley

Laura.bruley@univ-cotedazur.fr



Dr David Darmon

david.darmon@univ-cotedazur.fr



Pr Gilles Gardon

gilles.gardon@univ-cotedazur.fr



Dr Nicolas Hogu

nicolas.hogu@univ-cotedazur.fr



Dr Céline Casta

celine.casta@univ-cotedazur.fr



Dr Fabrice Gasperini

fabrice.gasperini@univ-cotedazur.fr



Pr Brigitte Monnier

brigitte.monnier@univ-cotedazur.fr



Dr Tiphanie Bouchez

tiphanie.bouchez@univ-cotedazur.fr



Dr Jérôme Bernard

jerome.bernard@univ-cotedazur.fr



Dr Stéphane Munck

stephane.munck@univ-cotedazur.fr



Dr Johann Tetart

johann.tetart@univ-cotedazur.fr



Dr Maud Pouillon

maud.pouillon@univ-cotedazur.fr



Dr Adriaan Barbaroux

adriaan.barbaroux@univ-cotedazur.fr

1.2 Organigramme du DERMG

Gestion du DERMG	PEDAGOGIE	RECHERCHE
<p>Dr David DARMON Directeur</p> <p>Pr Gilles GARDON Pr Brigitte MONNIER Directeurs adjoints</p>	<p>Pr Gilles GARDON Responsable</p>	<p>Dr David DARMON Responsable</p> <p>Dr Céline CASTA Thèse/Publication</p> <p>Dr Tiphane BOUCHEZ Master/Doctorat/Publication</p>
<p>- Gestion du cursus</p> <ul style="list-style-type: none"> * Recrutement des enseignants * Gestion des enseignements * Planning <p>- Gestion des ressources humaines et financières</p> <ul style="list-style-type: none"> - Représentation du DERMG - Agrément des stages - Suivi des étudiants en DES <p><u>Gestionnaire pédagogique</u> Mme Laura Bruley 04 93 37 77 49 Laura.BRULEY@univ-cotedazur.fr Secrétariat du DERMG : 4ème étage – bureau 6</p> <p><u>Gestion documentaire et numérique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr Céline Casta - Dr Tiphane Bouchez - Dr Maud Pouillon - Dr Jérôme Bernard <p><u>Relations avec les internes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr Céline Casta - Dr Stéphane Munck <p><u>Relations internationales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr Pia Touboul - Dr David Darmon <p><u>Communication pédagogique et scientifique</u> : Dr Jérôme Bernard</p> <p><u>Site web</u> : Dr Jérôme Bernard</p>	<p><u>Comité de pilotage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pr Gilles Gardon - Dr Stéphane Munck <hr/> <p style="text-align: center;"><u>TROISIEME CYCLE</u></p> <p><u>Coordination des enseignants ambulatoires et universitaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr Brigitte Monnier, Dr Tiphane Bouchez, Dr Stéphane Munck <p><u>Groupe d'entraînement à l'Analyse de situations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr Brigitte Monnier <p><u>Récit de Situation Complexe et Authentique :</u> Pr Gilles Gardon</p> <p><u>Séminaires :</u> Dr Gilles Gardon</p> <p><u>Stages 3ème cycle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr Brigitte Monnier - Dr Nicolas Hogu <p><u>Formation pluridisciplinaire et enseignements complémentaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr David Darmon <hr/> <p style="text-align: center;"><u>DEUXIEME CYCLE</u> Dr Fabrice Gasperini</p> <p><u>Enseignement théorique et stages</u> Dr Gasperini, Dr Pouillon, Dr Munck, Dr Barbaroux, Dr Bernard, Dr Bouchez</p> <p><u>Stages 2ème cycle:</u> Dr F. Gasperini</p> <p><u>Conférences ECN</u> Dr Munck, Dr Tétart, Dr Barbaroux, Dr Bernard</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Formation à la direction de thèse * Suivi des études * Plan de publication * Conseil scientifique de l'UFR <p><u>Commission de pilotage recherche :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr David Darmon - Dr Tiphane Bouchez - Dr Céline Casta - Dr Stéphane Munck - Dr Maud Pouillon <p><u>Cellule d'aide méthodologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr David Darmon, Pr Pascal Staccini, Dr Pia Touboul, Dr Céline Casta, Dr Nicolas Hogu, Dr Tiphane Bouchez, Dr Stéphane Munck, Dr Johann Tétart, Dr Maud Pouillon, Dr Adriaan Barbaroux, Dr Jérôme Bernard <p><u>Formation à la recherche des étudiants et encadrants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr Tiphane Bouchez - Dr Céline Casta <p><u>Relation avec les autres disciplines et structures de recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr David Darmon

1.3 Le CAGE

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

Cette association a pour but :

- d'organiser la formation pédagogique des Maîtres 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 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

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| ● <u>Président</u> : | Dr Max Derochet | derochet.max@wanadoo.fr |
| ● <u>Vice-présidente</u> : | Dr Véronique Guerville | v.guerville@medsyn.fr |
| ● <u>Secrétaire</u> : | Dr Sandrine Garson | sandrine.garson@gmail.com |
| ● <u>Secrétaire adjoint</u> : | Dr Olivier Marcotte | marcotte.olivier@wanadoo.fr |
| ● <u>Trésorier</u> : | Dr Marc-André Guerville | ma.guerville@medsyn.fr |

1.4 Le Syndicat des internes

A Nice, les syndicats de médecine générale et de spécialité ont fusionné en un syndicat unifié afin de pouvoir vous représenter au mieux : le bureau élargi de l'Internat des Hôpitaux Niçois (BeIHN). Il est renouvelé de façon annuelle et actuellement composé d'une vingtaine d'internes, ayant chacun une mission spécifique.

La cotisation est le montant de l'adhésion à l'IHN c'est-à-dire au syndicat de l'Internat des Hôpitaux Niçois. Elle s'élève à 28 €/mois.

Cela vous apporte de nombreux avantages, ainsi que l'accès à 2 assurances essentielles à votre pratique. Les cotisations permettent une indépendance totale de l'IH, permettant de défendre vos intérêts avant tout. Cette cotisation est déductible des impôts à 66% (dans la limite des 1% de vos revenus bruts imposables). Soit après réduction d'impôt, une cotisation à 9 €/mois seulement !

Le but premier de ce syndicat est de défendre les droits des internes du point de vue local (stages, hôpitaux), régional (ARS) et national (ISNI). Pour pouvoir peser dans les discussions il est nécessaire qu'un syndicat ait de nombreux adhérents. À Nice malgré une faculté de petite taille, avec 95% d'adhérents nous représentons une force de discussion et nous pouvons faire peser vos revendications dans les délibérations, même nationales. Le syndicat est donc votre interlocuteur privilégié pour gérer vos demandes et requêtes en tout genre. Il est votre allié dans toutes les délibérations vous concernant.

L'adhésion permet au syndicat de :

- Représenter et défendre les intérêts des internes dans les diverses délibérations qui ont lieu avec l'administration de la faculté, du CHU ou encore de l'ARS
- Travailler en lien étroit avec les directions des établissements
- Représenter les internes dans les CME et au sein de la faculté
- Gérer et organiser entièrement les choix de stage (postes et terrains de stage)
- Solutionner au cas par cas les problèmes que vous pouvez rencontrer au cours de votre internat
- Organiser divers événements et soirées pour que vous puissiez profiter de Nice et ses alentours
- Vous épauler en cas de conflit au sein des stages

De plus l'adhésion permet d'accéder à de très nombreux avantages et événements différents :

- Pascale Coudeyras (secrétaire) : Aide précieuse et réponse à toutes vos questions (réservé aux internes cotisants), Transmissions des informations importantes via la mailing list de l'internat (réunion, événement, grève, revues), Gestion des logements au sein de l'internat Préparation et participation aux choix de stage tous les 6 mois pour tous les internes
- Assurance Prévoyance : garantie capital décès, garantie en couverture de prêt, garantie capital invalidité de reconversion, indemnité journalière si accident ou maladie (15euros/mois si pris à part), RCP (responsabilité civile professionnelle) : (5 euros/mois si pris à part), Assurance remplacement

- Sites : Gestion du site de pré choix ciel (Site www.beIHN.com) contenant tous les renseignements nécessaire pendant votre internat et gestion et entretien du facebook de l'IHN
- Logements : Accès aux logements fournis par l'internat Gestions des logements Réévaluation et amélioration des locaux des différents internats
- Événements : soirées de l'internat, revue de l'internat (tous les 3 ans), week end d'intégration, week-end ski, événements sportifs (foot, randonnée, plongée, wakeboard, journée ski...), forfaits de ski à tarif réduit dans les stations de la région, permis bateau à prix réduit, baptême de plongée et location de matériel à prix avantageux, prise en charge des déplacements en cas de grève & bien plus encore...
- Adhésion ISNI : inter syndicat national des internes
- Pédagogie : soirée pédagogique sur la thèse, l'installation, la fiscalité, congrès des médecins généralistes : prise en charge des trajets (places limitées), revue du praticien : gratuit pour les 1ere années puis tarif préférentiel ensuite
- Travail/stage: gestion et ouverture des postes de terrain de stage Guide de l'évaluation des terrains de stage pour les MG Tampon de remplacement offert pour tous les internes avec licence de remplacement
- Partenaires : accès à des offres ou des tarifs préférentiels auprès de nos nombreux partenaires.

Il est important de noter que tous les membres du bureau sont bénévoles et ne tirent aucun bénéfice financier de la cotisation, seule notre secrétaire Pascale Coudeyras est salariée.

La cotisation n'est, bien sûr, pas obligatoire. Cependant elle vous apporte de nombreux avantages et vous donne accès à des événements tout au long de l'internat, tout en permettant aux internats des hôpitaux Niçois de maintenir leur cohésion.

Si vous n'y souscrivez pas, pensez quand même à prendre les assurances nécessaires !

SOS IHN

Nice compte un SOS IHN, structure gérée par Laura Brocart accompagnée d'autres bénévoles, qui vous offre aide et soutien en cas de besoin (la souffrance au travail n'étant pas une fatalité !). Cette structure est indépendante et toutes les demandes sont anonymisées. Un interne bénévole rappellera rapidement suite à la prise de contact pour proposer un entretien téléphonique. Selon les besoins, une mise en contact avec d'autres professionnels de la santé pourra être proposée. Contacts : sos.ihn@gmail.com

Contacts utiles :

Pascale COUDEYRAS

Assistante coordinatrice Internat des Hôpitaux de Nice

04.92.03.88.19 secretariat.internat.de.nice@gmail.com

Pierre COLAUX

Président de l'Internat des Hôpitaux Niçois (IHN)

colaux.pierre@hotmail.fr

1.5 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^{ème} étage – bureau 6**
28, avenue Valombrose 06107 NICE Cedex 2

Laura Bruley (Gestionnaire Pédagogique)

Tél : 04 93 37 77 49 Courriel : Laura.BRULEY@univ-cotedazur.fr

Le groupe Facebook du DERMG : [DERMG Nice | Facebook](#)

Vous y trouverez les infos du DERMG, mais cette page n'a pas vocation à répondre aux demandes personnelles : pour ces demandes s'adresser à Laura Bruley (ci-dessus).

- A l'échelle de la faculté de médecine

Le service de la scolarité

en cours de restructuration

Tél : 04 93 37 70 04

Gestionnaires 3^{ème} cycle. DES - DESC

Laurence FAVERIE (DES MG)

Tel : 04 93 37 76 04 Courriel : Laurence.FAVERIE@univ-cotedazur.fr

Et

Marine GIACCHERO (DES/DESC/INTER CHU)

Tel : 04 93 37 76 33 Courriel : Marine.GIACCHERO@univ-cotedazur.fr

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

Florence GIORDANO et Nathalie SCARCIOFI

Tél : 04 93 37 76 68 Courriel : du-diu-medecine@univ-cotedazur.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 FAVERIE

Tél : 04 93 37 76 04 Courriel : laurence.FAVERIE@univ-cotedazur.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

Tél : 04 92 00 12 31 Courriel : medprev.etudiant@univ-cotedazur.fr

Le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire : BAPU

34 Bd Dubouchage

RDC Droite

06000 NICE

Tél : 04 93 87 72 78 Courriel : contact@bapunice.org

Le Service Universitaire des Activités Physiques et Sportives : SUAPS

65 avenue Valrose

06108 NICE CEDEX 2

Courriel : suaps@univ-cotedazur.fr Site internet : <http://suapsweb.unice.fr/>

2. Modalités d'apprentissage et de validation

2.1. Organisation des enseignements et du contrôle des connaissances du troisième cycle des études médicales pour le DES de médecine générale à partir de novembre 2018

2.1.1. Les Enseignements Théoriques

a) L'enseignement est obligatoire

La participation aux enseignements est obligatoire pendant les 3 années du DES selon les modalités pédagogiques suivantes : groupe de GEASP, les travaux d'écriture RSCA, les traces d'apprentissage en stage et les séminaires. 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 est basé sur la production de travaux et de traces d'apprentissage compilés dans le portfolio électronique.

b) Validation de l'enseignement théorique :

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

Participation à 9 séances par année, soit 27 séances au total. Une seule absence est tolérée, et elle doit être justifiée; la deuxième devra être compensée dans l'année par la réalisation d'une séance de bibliographie organisée par le DERMG; **à partir de 3 absences l'année de geasp sera invalidée** (avec pour conséquence directe l'impossibilité de valider la phase socle du DES).

Si non présence à la séance de bibliographie de rattrapage, l'année de geasp est invalidée.

Les travaux demandés pour valider les séances (grille d'exposé de situation et grille de synthèse de recherche) doivent être déposés sur Jalon au plus tard **7 jours** avant la séance de geasp. Un seul travail non déposé est toléré. **A partir de la deuxième absence de dépôt, chaque non dépôt sera comptabilisé comme une absence présentielle.**

Exemples :

2 absences présentielles = 1 séance de bibliographie

1 absence présentielle et 2 non dépôts de travaux = 1 séance de bibliographie

3 absences présentielles = année de geasp invalidée

4 non dépôts de travaux = année de geasp invalidée

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).

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 par un enseignant, puis conservé dans le portfolio.

Un récit doit être rédigés et validés par semestre, soit 6 au total pour le DES.

Les séminaires obligatoires :

Un programme de séminaires obligatoires sera proposé pour chaque année de DES.

Toute absence à un séminaire obligatoire 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.

En cas de suppression du séminaire l'année suivante, l'étudiant devra rattraper le séminaire par un travail sur le même thème donné par l'enseignant responsable du séminaire.

c) Les enseignements ou apprentissages complémentaires

45 crédits d'enseignement complémentaire devront être validés pendant les 3 années parmi des enseignements complémentaires proposés à l'étudiant ou qu'il pourra lui-même proposer au DERMG pour obtenir l'agrément préalable.

Chaque action sera validée par le tuteur à partir des traces d'apprentissage et attestations de présence déposés dans le portfolio sur jalon.

A la fin des 45 crédits d'enseignements, une **attestation finale** devra être demandée au tuteur pour pouvoir se présenter en commission de DES.

d) Le Tutorat et l'entretien annuel obligatoire de validation

Un référent pédagogique appelé tuteur est assigné à chaque groupe d'internes chaque début d'année. Il peut être le conducteur de geasp ou un autre enseignant du DERMG.

Un entretien individuel annuel avec le tuteur est obligatoire. 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 mémoire – document de synthèse du DES à rédiger à partir du portfolio.

2.1.2. La Formation Pratique en stage

a) Les stages de la maquette du D.E.S.

La réforme mise en place depuis la rentrée 2017 définit ainsi les exigences pour les stages :

●PHASE SOCLE (1 an) = première année de DES :

Les 2 stages de cette phase sont le stage aux **urgences** et le stage **ambulatoire de niveau 1** (ou pendant une phase transitoire si le stage ambulatoire n'est pas disponible, un stage en médecine polyvalente agréé phase socle).

●PHASE APPROFONDISSEMENT (2 ans) :

a) 1 stage en médecine polyvalente dans lieu hospitalier agréé à titre principal ou complémentaire en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux premiers semestres de la phase d'approfondissement.

b) 1 stage en santé de l'enfant : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale ;

c) 1 stage en santé de la femme : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale, et/ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en gynécologie médicale et/ou à titre complémentaire en médecine générale.

d) 1 stage en soins premiers en autonomie supervisée (SASPAS ou niveau 2), accompli auprès d'un ou plusieurs praticiens maîtres de stage des universités agréé à titre principal en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux derniers semestres de la phase d'approfondissement.

En cas de capacités de formation insuffisantes, l'étudiant peut accomplir à la place des stages visés en b) et c) :

e) 1 stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant :

- auprès de deux praticiens agréés dont l'un au moins à titre principal en médecine générale, ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale

- ou auprès d'un praticien et dans un lieu hospitalier agréés pour le premier à titre principal en médecine générale, et pour le second à titre principal en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique et/ou en pédiatrie.

- ou dans deux lieux hospitaliers agréés respectivement à titre principal en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique et en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale

f) 1 stage libre accompli de préférence auprès d'un praticien maître de stage des universités ou dans un lieu agréé à titre principal en médecine générale

Le Stage ambulatoire de niveau 1

Le stage ambulatoire de niveau 1 est un stage d'une durée de 6 mois auprès de médecins généralistes Maîtres de stage Universitaires (MSU), à effectuer dès la première année du DES (phase socle). 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, associés par binômes ou trinômes. 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.

Le SASPAS : stage chez le généraliste niveau 2

Le SASPAS - Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé - est stage en autonomie supervisée dans des cabinets de médecins généralistes Maîtres de stage Universitaires (MSU), une partie pouvant s'effectuer dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet professionnel validé par le coordonnateur de Médecine Générale. Ce stage sera effectué en 5ème ou 6ème semestre de D.E.S.

b) Modalités de validation des Stages à l'hôpital et chez le praticien

Appréciation des MSU ou des référents pédagogiques hospitaliers portée sur la grille de validation de stage

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 dans un carnet de stage.

Appréciation Qualitative et quantitative du travail personnel hors stage

Stage chez le Praticien / SASPAS	Stage Hospitalier de 6 mois
1 trace d'apprentissage à M2 et M5 en rapport avec les 11 familles de situations cliniques	
1 rapport de progression à M2 et M6 en s'aidant de l'étoile de compétences	
Stage Gyneco 3 mois + Pédiatrie 3mois	
1 trace d'apprentissage et 1 rapport de progression à fin M1 et M3 (1^{er} stage)	
Puis idem à fin M4 et M6 (2ème stage)	
Tous les semestres quel que soit le stage	
1 grille d'auto et hétéro-évaluation de la communication dans le semestre	
1 RSCA envoyé au DERMG fin Février et un fin Juillet	

Le stage ne sera validé que si les travaux et traces d'apprentissages concernant chaque stage sont rendus par l'interne et validés par les enseignants du DERMG **au plus tard le 30 avril ou le 31 octobre.**

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

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.

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.

c) Modalités particulières pour les stages

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.

d) 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, à l'étranger, ou dans le cadre d'un inter CHU une demande écrite au directeur du DERMG doit être la première démarche à effectuer. Ces stages ne peuvent intervenir qu'après la réalisation de deux semestres et sous conditions. Un contact avec le directeur du DERMG est indispensable avant de déposer son dossier de demande.

2.1.3 La validation de la phase socle

a) Principes

L'interne en fin de phase socle aura réalisé, au moins en partie, un stage de médecine générale ambulatoire de niveau 1 (SN1) et un stage d'urgences. L'évaluation doit permettre de vérifier si l'étudiant est en capacité de passer en phase d'approfondissement soit sans réserve, soit sous réserves avec des objectifs d'apprentissage à indiquer dans le contrat de formation formalisé en fin de phase socle,

ou bien de refaire un semestre en phase socle si le niveau requis n'est pas atteint. L'étudiant devra ensuite bénéficier d'un plan de formation individualisé à la fin de la phase socle, adapté à ses besoins de formation.

L'étudiant devra avoir été confronté impérativement à 4 des 11 familles de situations lors de cette phase :

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence (SN1 ou médecine adulte)
2. Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/fréquents/exemplaires (SN1 et Urgences, gardes)
3. Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties (SN1 et Urgences, gardes)
4. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan (SN1, médecine adulte et Urgences).

Les autres situations seront travaillées en fonction des lieux de stages.

L'étudiant en fin de phase socle devra être au moins au niveau Novice dans toutes les compétences et pour trois d'entre elles, plus particulièrement travaillées lors de cette phase :

- premier recours, urgence ;
- relation, communication, approche centrée patient ;
- approche globale, complexité (sauf s'il n'a pas pu réaliser son SN1, auquel cas l'attente reste au niveau novice).

b) Modalités d'évaluation

Pour évaluer les étudiants en fin de phase socle, le jury du DMG aura à croiser différentes évaluations :

- autoévaluations de l'étudiant ;
- évaluations des maîtres de stage (MdS hospitaliers et MSU) ;
- évaluations des tuteurs ;
- évaluations des conducteurs de groupes de GEASP,

Ces évaluations se feront à partir de :

- situations de supervision directe en stage (MdS hospitaliers et MSU) ;
- situations de supervision indirecte en stage et hors stage (MdS hospitaliers, MSU et tuteur) ;
- la qualité des travaux d'écriture clinique en stage et hors stage : RSCA, journaux de bord, comptes rendus de séances de groupe, etc.
- l'implication dans les séquences hors stage (assiduité et production).

c) Procédures

La décision de validation de la phase socle revient au directeur de l'UFR sur proposition du coordonnateur et du jury du DMG. Le jury vérifie que le niveau attendu est atteint et qu'il existe une implication et une progression de l'étudiant depuis son entrée dans le cursus. Il formule ensuite, dans le contrat de formation, une prescription pédagogique qui permettra l'élaboration du plan de formation de l'étudiant pour la phase suivante.

2.1.4. La Thèse

Elle devra être le résultat d'un travail personnel, qui peut faire partie d'un travail collaboratif de recherche donnant lieu à plusieurs thèses pour plusieurs internes

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.

2.1.5. Délivrance du diplôme de DES de Médecine Générale

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

- ✓ Accompli et validé la formation pratique selon la maquette réglementaire et validé les traces d'apprentissage ;
- ✓ Validé la formation théorique ;
- ✓ Soutenu un mémoire validé par la Commission Interrégionale. Le mémoire sera le document de synthèse issu du port folio. 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.

2.1.6. Les Formations Spécifiques Transversales (FST)

Dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut candidater à des FST, notamment :

- addictologie
- douleur
- expertise médicale - préjudice corporel
- médecine du sport
- médecine scolaire
- soins palliatifs

Après en être convenu avec les responsables de ces six FST, celles-ci ne seront accessibles qu'après validation de la phase d'approfondissement. De ce fait, l'éventuel stage libre de la période transitoire ne participe pas à la validation d'une FST.

Ces FST remplacent les DESC qui ont été supprimés par la réforme de 2017. Ces formations sont facultatives, de même que les formations médicales universitaires type DU ou DIU.

2.2. Schéma de synthèse du DES

DES de MEDECINE GENERALE

TUTORAT / ACCOMPAGNEMENT à

l'autoformation / l'autoévaluation
(1 entretien/an avec le tuteur)

STAGES

- Phase socle (=1ere année) :
 - Urgences
 - Stage ambulatoire niveau 1(ou si non possible : médecine polyvalente)
- Phase d'approfondissement :
 - Médecine polyvalente
 - Santé de l'enfant
 - Santé de la femme
 - SASPAS (stage ambulatoire niveau 2)(ou si non possible : possibilité d'un stage couplé « santé de la femme + santé de l'enfant » et un stage libre)

FORMATION THEORIQUE

GEASP (9/an)
RSCA (2/an)
Séminaires
Crédits d'enseignement complémentaire (45h/3ans)
Trace d'apprentissage (2/stage)
Rapport de progression (2/stage)
Grille de communication (1/stage)
Document de synthèse pour la commission de DES

THESE validée médecine générale

(=docteur en médecine)

2.3. Le port folio électronique

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** 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 (= document de synthèse, à partir du portfolio) 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.

Tous ces éléments doivent être déposés sur l'interface de l'université en vigueur.

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@univ-cotedazur.fr

Il est obligatoire de garder une version informatique supplémentaires de tous les documents déposés sur l'interface.

3. Les compétences du médecin généraliste

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.

3.1 Consulter le référentiel métier

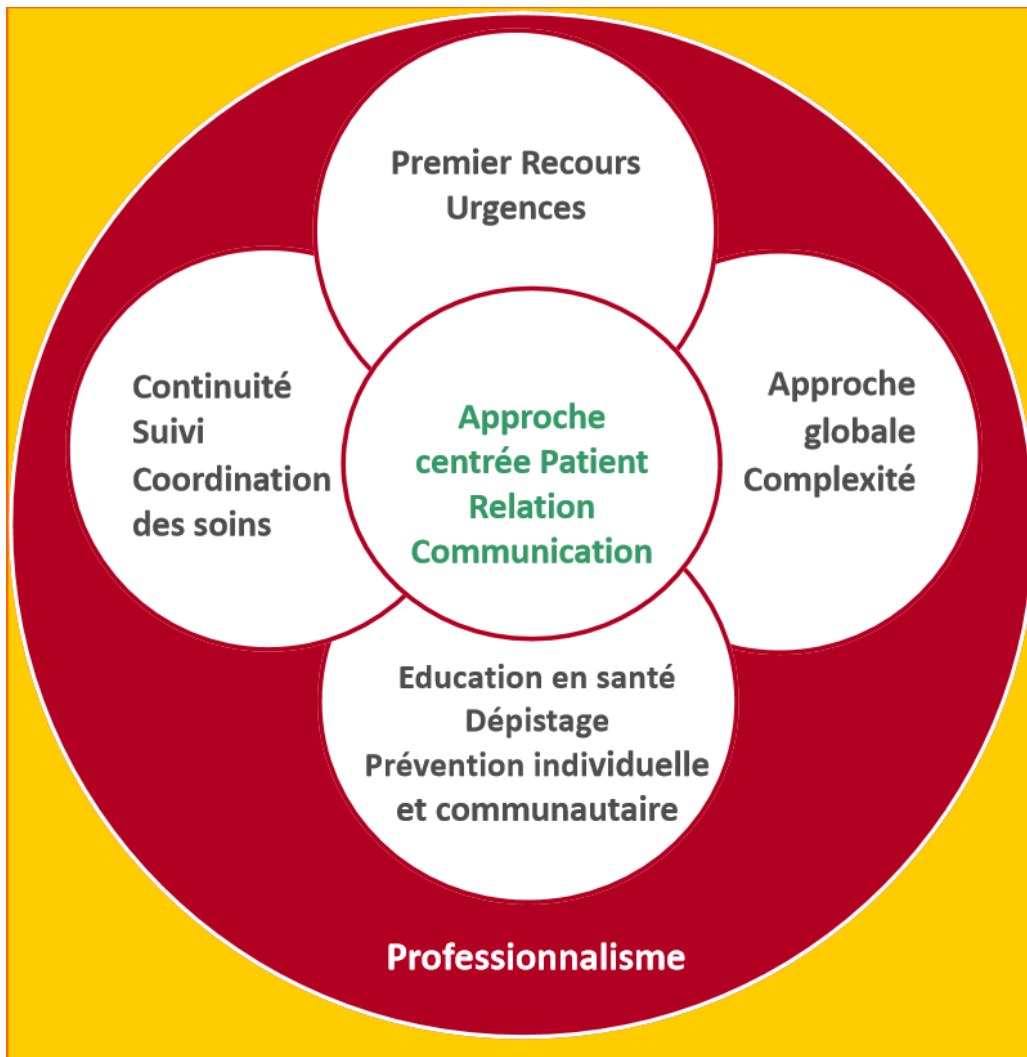
Nous vous invitons à consulter le « **Référentiel métier et compétences du médecin généraliste** ». Ce document a été élaboré sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

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

http://www.cnge.fr/les_production_scientifiques/referentiels_metiers_et_compences/

http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF

3.2 Les six grandes compétences : la marguerite

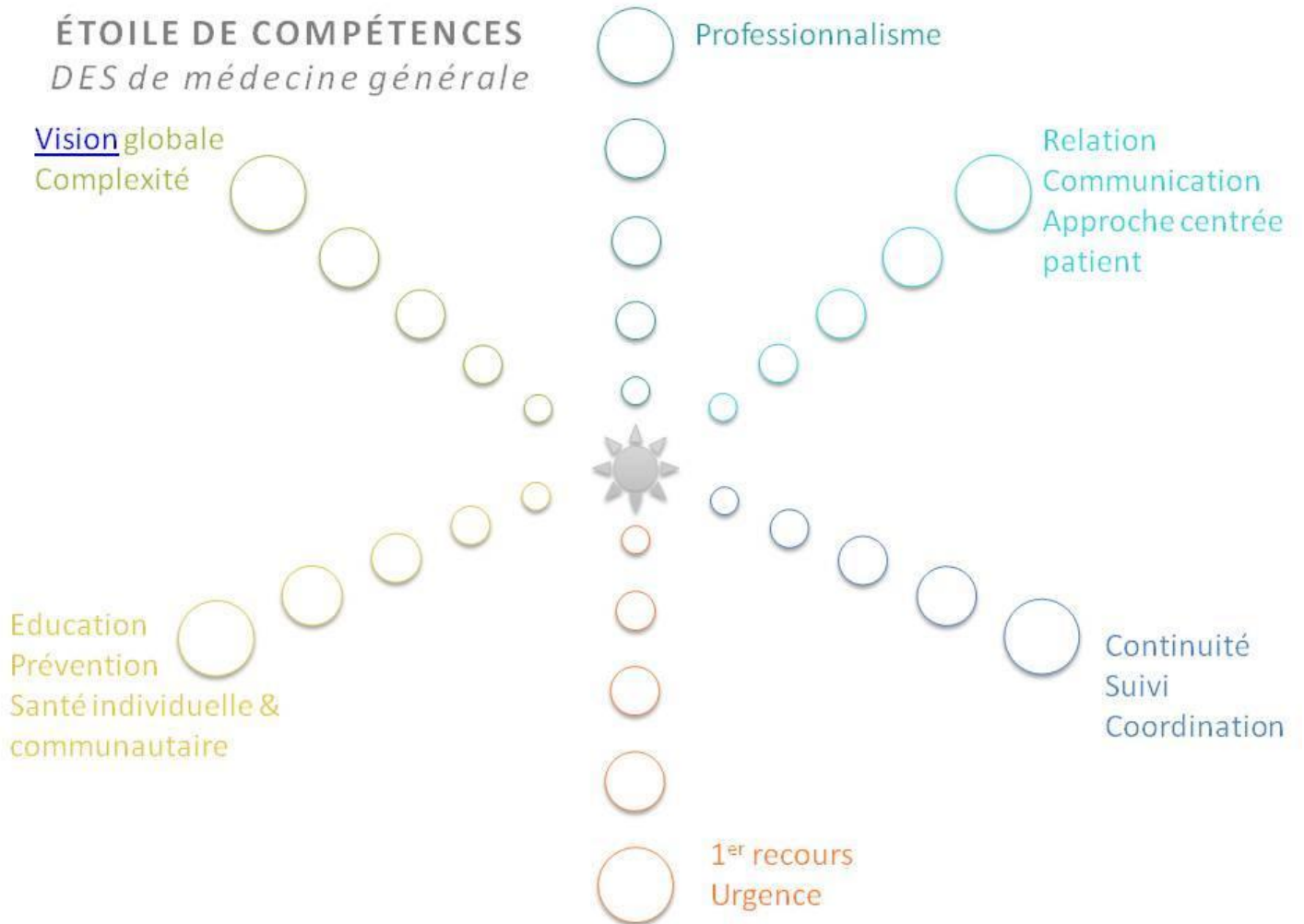


La marguerite est une représentation graphique synthétique des compétences globales du généraliste.

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 (disponible aussi sur le site du DERMG).

3.3 L'étoile des compétences



3.4 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 stades, mais essentiellement dans les stades 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 stades, mais essentiellement dans les stades 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/ médico-légaux sont au premier plan

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

4. L'apprentissage en groupe

4.1 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 une fois par an 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 de **groupe de pairs autonomes**.

4.2 Objectifs 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

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.

4.3 Documents ressources

Vous trouverez ci-après dans ce guide les documents suivants, aussi disponible sur le site du DERMG (<http://unice.fr/faculte-de-medecine/presentation/departements/medecine-generale/presentation>) :

- 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

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 cliniques

Avis médical complémentaire

Contact avec d'autres intervenants

Suivi programmé

La situation et les circonstances

Le patient

Les données scientifiques

GEASP / Analyse de la situation

TYPE DE SITUATION & COMPÉTENCES

Résumé de la situation et de ses caractéristiques

PROBLEMES IDENTIFIES & QUESTIONS SOULEVÉES

Par ce type de situation clinique

----- lors de la séance collective, les points suivants seront abordés : -----

PROPOSITIONS DISCUTÉES

Pour gérer ce type de situation ?

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 IDENTIFIÉES

Pistes pour la recherche documentaire ou la mobilisation de ressources

COMMENTAIRES & RÉFLEXIONS

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° __

Noms-Prénoms Adresses mails Téléphone	C1 - Présentation de la situation clinique	C2 - Écoute et respect de la parole de l'autre	C3 - Participation active au travail du groupe	C4 - Recherche documentaire ou de ressources : effective et valide	C5 - Réalisation d'objectifs d'apprentissage en stage	Commentaires

5. L'apprentissage individuel

5.1 Le RSCA

Principes

o 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.

o Moyens

Décrire la gestion d'une situation professionnelle complexe

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

Déterminer les besoins d'apprentissage

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

o Contenu

Récit : 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

Situation

Complexe

- 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

Authentique

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

o Critères d'évaluation

Qualité du récit

Complexité de la situation

Pertinence de l'analyse (qualité de l'auto-évaluation)

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

Le plan d'un RSCA est le suivant :

I. Récit

II. Analyse

III. Questions de recherche

IV. pour chaque question de recherche : Ressources mobilisées et Synthèse d'apprentissage

V. Transfert dans la pratique

Pour plus d'indications sur le contenu de ses parties, vous pouvez vous reporter au document « Grille d'évaluation des RSCA ».

Il sera intéressant de positionner chaque RSCA dans le “tableau de suivi de l'acquisition des 6 grandes compétences” qui devra figurer dans le document de synthèse de fin de DES (voir chapitre soutenance pour l'obtention du DES).

Ressources

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

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

**Grille d'évaluation des R.S.C.A.
l'usage des internes et des enseignants**

Nom de l'interne :

Prénom :

RSCA N°..... Lieu de stage :

Semestre :

ITEM	1 Incomplet	2 Améliorable	3 Pertinent
Complexité de la situation			x
Récit			
Analyse			
Questions de recherche			
Ressources mobilisées			
Synthèses d'apprentissage			
Transfert dans la pratique			

VALIDE : OUI/ NON

Commentaires d'évaluation :

Complexité de la situation :

Pertinent :

Les problématiques se situent dans plusieurs champs : biomédical, psycho-affectif, social, éthique, réglementaire, mais aussi relationnel, administratif, etc. Les indices de la situation n'étaient pas immédiatement disponibles et les solutions ne sont pas univoques, c'est-à-dire qu'il existe une diversité de solutions.

Améliorable :

La complexité est relative. Le nombre de champs décrits est insuffisant, il reste nécessaire d'aborder un ou plusieurs autres champs.

Incomplet :

La situation explore une problématique dans un ou deux champs seulement et/ou la situation ne soulève pas d'incertitude.

Récit :

Pertinent :

Le récit est chronologique, écrit à la première personne du singulier (rappel : l'interne doit choisir une situation où il a été directement impliqué). Il détaille les indices : paroles échangées, attitudes du patient et des intervenants, données de l'examen. Il indique la démarche réflexive – on peut suivre le raisonnement en situation.

Le récit expose :

- Les interactions patient-maladie-environnement
- Les pensées, les émotions et le ressenti
- La négociation des décisions avec le patient
- Les décisions mises en œuvre et les résultats

Améliorable :

Le rôle de narrateur (l'interne raconte ce qu'il a vécu comme en « vue subjective ») pourrait être plus marqué. Il existe des manques concernant le vécu ou des données de la situation. Il reste nécessaire d'aborder des éléments concourant à la démarche de résolution du problème, ou d'expliquer en quoi la situation est complexe.

Incomplet :

Il manque des données exploratoires, la situation est similaire à une « observation clinique » de dossier médical : description impersonnelle sans éléments permettant de comprendre la complexité de la démarche.

Analyse :

Pertinent :

L'analyse doit être rédigée, pas une liste de tirets. Elle expose les difficultés rencontrées (les incidents critiques etc.) mais aussi les points positifs (les stratégies performantes, attitudes facilitatrices). Les compétences mises en jeu sont identifiées à partir du référentiel (éventuellement en s'appuyant sur les niveaux détaillés de l'étoile des compétences). Les capacités mobilisées sont bien décrites : actuelles et à développer « *ce que je dois savoir faire pour gérer ce type de situation* ».

Améliorable :

Les problématiques sont formulées par des questions générales ne se rapportant pas exactement à la situation décrite. Les questions soulevées par la situation sont en dehors du champ de la médecine générale ou des soins premiers.

Incomplet :

L'analyse n'est pas rédigée. Les compétences ne sont pas identifiées à partir du référentiel. Les capacités à développer ne sont pas décrites.

Questions de recherche :

Pertinent :

Les questions de recherche découlent des « capacités à développer » identifiées dans la partie analyse. Les questions formulées sont précises et se terminent par un point d'interrogation (elles peuvent être présentées dans une liste de tirets). Les questions choisies répondent aux besoins d'apprentissage ressentis par l'interne et/ou sont importants pour la prise en charge du patient dans la situation.

Améliorable :

Les questions posées sont trop générales, ne se rapportant que peu à la résolution de la situation clinique. Les questions sont parfois en dehors du champ de la médecine générale.

Incomplet :

Les problèmes ne sont pas posés sous forme de question ou ne se rapportent pas à la situation décrite. Les problèmes posés sont hors champ de la médecine général.

Ressources mobilisées :

*Pour chaque **question de recherche**, l'interne doit faire figurer les **ressources mobilisées** pour cette question puis la **synthèse d'apprentissage** qui s'y rapporte.*

Pertinent :

Les références sont précisées avec leur niveau de validité et leur intérêt est apprécié en quelques mots. Les personnes ressource, les formations, etc. sont des ressources qui ont été citées. Lorsque cela est possible, les ressources sont plurielles et « croisées » (par exemple : pratiques de service « croisées » avec les recommandations, ou encore discussion avec une infirmière d'annonce « croisée » avec un ouvrage de communication).

Améliorable :

Les ressources sollicitées sont de niveau de preuve discutable ou ne permettent de répondre que partiellement aux questions posées. Les références se limitent à des recommandations ou à des sites destinés aux étudiants de second cycle, sans jamais citer d'articles princeps, de revues ou d'ouvrages spécialisés. Les références sont toujours univoques (pas de ressources plurielles et « croisées »)

Incomplet :

Les niveaux de preuve ne sont pas précisés ou sont insuffisants. Les références ne sont pas assez bien citées, c'est-à-dire ne permettent pas de retrouver facilement les sources.

Synthèses d'apprentissage

Une synthèse d'apprentissage peut être le compte-rendu d'une recherche documentaire ou d'une tâche d'apprentissage

Pertinent :

-Lorsque la réponse à la question de recherche est une RECHERCHE DOCUMENTAIRE : la synthèse d'apprentissage expose ce qu'il faut retenir des ressources mobilisées, en limitant les « copier-coller » : elle synthétise les informations utiles à la résolution de la situation.

-Lorsque la réponse à la question de recherche est une TÂCHE D'APPRENTISSAGE : la synthèse d'apprentissage expose les actions entreprises ou à entreprendre, les résultats de ces actions ou les résultats attendus.

Améliorable :

Les synthèses d'apprentissage sont incomplètes ou trop succinctes.

Incomplet :

Les synthèses d'apprentissage ne présentent pas le compte-rendu des recherches effectuées ou ne répondent pas aux questions soulevées par la situation.

Transfert dans la pratique :**Pertinent :**

L'interne identifie en quoi ce travail a modifié ou modifiera sa pratique dans les situations similaires.

Améliorable :

Le transfert dans la pratique ne reflète qu'une partie des travaux effectués ou ne sont que moyennement réutilisables.

Incomplet :

Les travaux ne sont pas réutilisables efficacement.

Note à l'attention des évaluateurs :

- Le rejet d'emblée – en 1^{ère} lecture – n'est tolérable que s'il existe un déficit avéré dans l'item complexité ou si l'interne n'est pas assez impliqué dans la prise en charge (seulement observateur des soins)
- Concernant la grille intermédiaire : une croix dans l'item « incomplet » signifie que l'interne doit apporter un travail relativement fourni pour valider une amélioration.
- Concernant la grille finale : si en 2^{ème} lecture il n'y a aucun item jugé « insuffisant » le travail peut être validé en l'état, même s'il persiste plusieurs items jugés « améliorables ».
- Garder à l'esprit de valider un travail amélioré – on regarde la progression – y compris si ce travail n'est pas totalement abouti.

« 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 : 2 RSCA par an soit 6 RSCA au total sur l'ensemble du DES.

1/ Adressez RSCA comme suit :

- envoyer par courriel à Laura.BRULEY@univ-cotedazur.fr (secrétaire du DERMG) **un RSCA avant le 28 février** et **un deuxième RSCA avant le 31 juillet** de chaque année, et le déposer sur votre portfolio(<http://jalon.unice.fr/>).

Si vous le souhaitez et sous réserve de la disponibilité de l'enseignant, vous pouvez proposer à votre tuteur et/ou à votre conducteur de GEASP de lui envoyer votre RSCA afin qu'il puisse vous accompagner à bien le construire.

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^{ère} intention, **soit invité à apporter des modifications sous 15 jours**. Si malgré les corrections apportées votre RSCA n'est pas validé, vous devrez fournir un nouveau RSCA portant sur une nouvelle situation au secrétariat.

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 pédagogique et de l'enseignement par les RSCA du Département.

Laura.BRULEY@univ-cotedazur.fr

gilles.gardon@univ-cotedazur.fr

Récit de Situation Complexe et Authentique : RSCA

Guide pour l'interne

(Version initiale : Isabelle Pourrat)

INTRODUCTION

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

Vous êtes invités à vous reporter à votre portfolio et au site de notre collègue de généralistes enseignants, le CAGE : www.nice.cnge.fr. 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 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), questions de recherche, ressources mobilisées, synthèses d'apprentissage, transfert pour la pratique (utilité pour la pratique à venir). Il est utile de bien faire apparaître le résultat des apprentissages et les changements envisagés pour gérer les situations ultérieures. Un RSCA non structuré rend difficile l'évaluation par les tuteurs et compromet sa validation. Se référer aux grilles est une stratégie recommandée.

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs plans :

« Merci de bien identifier les différentes parties de votre RSCA (le récit, l'analyse, les questions de recherches, les synthèses d'apprentissage avec les ressources mobilisées, et la réflexion finale) pour qu'une évaluation soit possible.

LE RECIT

Comment choisir une situation ? Peut-on choisir une situation aigüe ? 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 patient 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 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 analyses :

« 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 »

LES QUESTIONS DE RECHERCHE

Comment trouver les « bonnes » questions de recherche ?

Les questions de recherche sont-elles à identifier avant ou après la recherche documentaire ?

Faut-il un minimum de questions de recherche ?

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

Les questions les plus opérationnelles sont celles qui contribuent à répondre aux problèmes prioritaires à traiter dans la situation choisie et qui permettent de progresser pour gérer au mieux le maximum de situations à l'avenir.

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs questions de recherche :

« Vos questions de recherche à l'issue des problèmes soulevés par l'analyse doivent figurer en clair dans votre texte »

« Libeller précisément vos questions de recherche dans un paragraphe spécifique pour que le lecteur puisse juger de leur pertinence »

« Rédiger vos questions de recherche en débutant le libellé par un verbe d'action ; exemple : Prescrire..., Connaître..., Mobiliser..., Communiquer... Ceci afin d'éviter les trop larges questions du type « prise en charge du diabète de type 2 ».

RESSOURCES MOBILISEES POUR UNE 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. Dans tous les cas, il faut pouvoir retrouver facilement la ressource citée. L'adresse de l'accès au site permettant de retrouver directement l'article ou la recommandation citée est bienvenue.

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs ressources mobilisées :

« 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 »

SYNTHÈSE D'APPRENTISSAGE

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 synthèses :

« Les synthèses d'apprentissage 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 = « synthèse d'apprentissage » manque, rédigez-la. »

« Le chapitre « synthèse d'apprentissage est inexistant ; qu'avez-vous trouvé ou fait pour répondre à vos questions de recherche ? »

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

« Merci de compléter par des informations qui permettent d'apprécier les réponses à au moins une partie de vos questions de recherche »

TRANSFERT DANS LA PRATIQUE

Aucune question

Comment améliorer sa façon de procéder dans des situations similaires ?

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs transferts dans la pratique :

« 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 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 tuteurs avant l'envoi n'est pas nécessaire. Mais vous pouvez bien sûr discuter de vos RSCA avec vos 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 »

« Cela 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 toutes vos suggestions d'amélioration à :

gilles.gardon@univ-cotedazur.fr

5.2 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'une question de recherche, il permet de multiplier les occasions de réflexion.

L'interne devra en produire 2 par semestre pour être validé. Les traces doivent être issues de situations qui n'ont pas été utilisées pour le RSCA. Il sera intéressant positionner les traces dans le "tableau de suivi de l'acquisition des 6 grandes compétences" qui devra figurer dans le document de synthèse de fin de DES (voir chapitre soutenance pour l'obtention du DES).

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

2 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 (question de recherche)
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, plusieurs types de ressources différentes : références de bonnes pratiques, échange avec des professionnels ou des patients, articles ou ouvrages spécialisés, pratique de service éventuellement comparée à d'autres services par exemple d'un autre hôpital de la région (échange avec les 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 (question de recherche) qui dépend de la compétence à travailler en priorité.
- 5) Choix des moyens et des ressources à mobiliser. 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			

5.3 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'auto-évaluation de sa progression en début et fin de stage de 6 mois, donc au total 2 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 :

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

LE RAPPORT DE PROGRESSION

2 rapports par semestre (ou par trimestre si stage dans 2 services différents) - 1 à 2 pages maximum 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 facilitant. (*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 facilitant.
- 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			

5.4 L'auto et hétéro 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.

Cette auto-évaluation 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'auto-évaluation 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. 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'auto-évaluation 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 auto-évaluation 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. Ainsi chaque année vous effectuerez deux évaluations de votre communication : au moins une des deux devrait être effectuée avec une tierce personne qui échange son point de vue avec vous après avoir assisté à l'entretien.

N'hésitez pas à solliciter votre 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 auto-évaluation 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 COMPÉTENCE 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'entrevue médicale.

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/ Échanger 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 auto-évaluation 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 ?

6. L'apprentissage complémentaire

45 crédits d'enseignement complémentaire doivent être validés sur les 3 années du DES. Le DERMG vous propose un certain nombre de modalités différentes pour valider ces crédits d'enseignement complémentaire **obligatoires**.

Par ailleurs, chaque interne pourra lui-même proposer à son tuteur qu'une activité qu'il estime pouvoir s'intégrer dans sa formation valide certaines de ses crédits d'enseignement complémentaire obligatoires.

Ne peuvent être comptées en crédits d'enseignement complémentaire:

- Les DU ou DIU
- Les formations ou ateliers organisés dans les services pendant les heures stages (attestation remise par le MSU)
- la participation à des consultations avec des médecins spécialistes ou autres professionnels de santé
- les formations organisées par des laboratoires pharmaceutiques

Comment valider ?

Donner une **attestation de présence** et faire 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.

Votre tuteur vous demandera de remplir un tableau excel récapitulatif de toutes les crédits effectués (disponible sur le site du DERMG). A partir de cela c'est votre tuteur qui valide ces crédits et il vous délivrera une attestation de validation à la fin de votre DES (attestation nécessaire pour s'inscrire en commission de DES et à mettre dans le document de synthèse).

Le mieux est d'anticiper et de demander au préalable à votre tuteur si la formation proposée peut être validée (sauf pour les informations diffusées directement par mail par le DERMG ou sur le site du CAGE).

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). Le mieux est de demander au préalable à votre tuteur si la formation proposée peut être validée (sauf pour les informations diffusées directement par mail par le DERMG).

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.

Comment compter les crédits ?

Attention il faut répartir les crédits d'enseignement complémentaire sur des catégories variées.

Vous ne pouvez pas faire plus de 15 crédits dans chaque catégorie de formation. Par exemple l'ensemble des crédits comptés dans la catégorie « congrès » ne peut pas dépasser 15 crédits sur les 3 ans.

Voici les 7 catégories de formation :

- Aide pour la thèse et les travaux de recherche : séance de bibliographie, formations
- Mooc / e-learning
- Formations : DPC, DERMG
- Test de lecture / lecture de livre
- Congrès (nationaux, locaux)
- Production personnelle (rédaction d'article, présentation en congrès)
- Autres : groupe de pairs, groupe Balint ou de Parole, conférence débat...

Vous trouverez un tableau page suivante avec des exemples d'action pour chaque catégorie.

Catégories de crédits d'enseignement complémentaire	Modalité de validation	Décompte des crédits
1) Aides pour la thèse et les travaux de recherche		
- Séances de bibliographie organisées par le DERMG (réfèrent Dr Casta) (3 séances maximum sur les 3 années de DES)	Présentation = PPT + attestation Présence = attestation + synthèse	Présentation d'un article = 4 crédits Assister à la séance = 1 crédits
- Formation ZOTERO faite à la faculté (les ateliers du forum de la recherche)	Attestation + synthèse	2 crédits
- Formation à la recherche documentaire PUBMED (les ateliers du forum de la recherche)	Attestation + synthèse	2 crédits
2) MOOC/e-learning	Attestation du test	à déterminer en fonction du Mooc choisi
3) Formations		
- Les régionales du collège de la médecine générale	Attestation + synthèse	6 crédits la journée
- Ecole d'automne association FAYR-GP	Attestation + synthèse	12 crédits
- Journée régionale de la fédération des maisons et pôles de santé de PACA	Attestation + synthèse	6 crédits la journée
5) Test de lecture / Lecture de livre		
- Revue exercer ou Prescrire	Attestation du test	15 crédits
4) Congrès CNGE ou CMGF		
- Participation au congrès de la médecine générale France (Paris)	Attestation de présence + synthèse	3 crédits pour une demi-journée de congrès
- Participation au congrès du collège national des enseignants chercheurs (lieu changeant chaque année)	Attestation de présence + synthèse	3 crédits pour une demi-journée de congrès
6) Production personnelle		
- Rédaction d'un article issu d'une recherche dans le champ de la médecine générale	Lettre d'admission de la revue	15 crédits
- Communication oral ou écrite en congrès national (CMGF ou CNGE)	Attestation + synthèse (1-2 pages)	3 crédits pour une présentation
7) Autres :		
- Groupe de pairs	Attestation de présence + synthèse	3 crédits par soirée
- Groupe balint	Attestation de présence + synthèse	2 crédits par demi-journée

Voici les liens pour trouver des MOOCs:

- FUN : <https://www.france-universite-numerique-mooc.fr/>
- EDX : <https://www.edx.org/>
- Coursera : <https://fr.coursera.org/>
- Un site qui référence les différents MOOC : <http://mooc-francophone.com>

Un listing d'exemple des crédits d'enseignement complémentaire avec les conditions de validation est disponible sur le site du DERMG et mis à jour régulièrement (<http://unice.fr/faculte-de-medecine/presentation/departements/medecine-generale/presentation>).

7. 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.

8. La recherche

8.1 Les thèmes de recherche du DERMG

- Prévention, dépistage, éducation pour la santé, Education thérapeutique (Pr Gardon - Dr Pourrat)
- Infectiologie en soins primaires / vaccinologie (Pr Hofliger)
- Gestion des connaissances en MG : Aide à la décision, Dossier médical, nouvelles technologies de l'information en Santé (Dr Darmon)
- Pédagogie Médicale (Dr Munck, Dr Monnier, Pr Gardon)
- Inégalités sociales en santé (Dr Casta)
- Relation médecin-patient (Dr Tétart - Dr Hogu)
- Démarche Qualité et Évaluation des Pratiques Professionnelles en médecine ambulatoire (Dr Bouchez, Dr Casta et Dr Pouillon)
- Organisation des soins (Dr Munck)
- Maladies respiratoires chroniques (Dr Bouchez et Dr Darmon)
- Enfance en danger/maltraitance infantile (Dr Casta)
- Applications de la psychologie sociale en médecine générale (Dr Barbaroux)
- Relations médecins-industrie pharmaceutique (Dr Barbaroux)

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

8.2 La thèse

Dans le cadre du DES de médecine générale, les internes doivent soutenir leur thèse d'exercice. Le choix du **thème doit être obligatoirement en rapport avec la médecine générale. Il est obligatoire de faire valider son projet et son directeur de thèse par la cellule thèse organisée par le DERMG.**

Réaliser un travail de recherche permet de 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).

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 THESE D'EXERCICE

THEMATIQUE

Obligatoire

Dans le champ de la Médecine Générale

DUREE MOYENNE

12-18 mois

C'EST QUOI ?

Un travail original de recherche

Avec recueil et analyse de données



COMMENT S'Y PRENDRE ?

Dès le DES 1

Définir une thématique de recherche qui vous intéresse et l'approfondir en réalisant de la bibliographie sur le sujet

Se rapprocher des praticiens référents dans le domaine à étudier

CELLULE THESE

Aide méthodologique à la construction du projet

Validez votre projet dans le champ de la MG

Prérequis :

- Remplir la fiche de projet de thèse (disponible sur le site internet du DERMG)
- Réaliser un diaporama court de présentation (5 diapo / 5 minutes)

Fiche de projet + diaporama à envoyer à :

laura.bruley@unice.fr

Inscription en ligne sur le formulaire d'inscription en ligne envoyé par Laura Bruley, chaque mois

REDACTION DU MANUSCRIT SOUS FORMAT ARTICLE



Lien vers tous les outils nécessaires, sur le site du DERMG, dans l'onglet « thèse »

SOUTENANCE DE THESE

Délai max de 2 fois la durée du DES, Soit pour la Médecine Générale, 6 ans après l'entrée dans le DES.

Date de soutenance obligatoire avant le 31 octobre ou le 30 avril du semestre de présentation en commission de validation du DES

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

La cellule thèse est obligatoire pour valider le projet de thèse et le directeur de thèse. Elle propose aussi une aide méthodologique. Elle a lieu mensuellement.

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
- Réaliser un diaporama court de présentation (5 diapo / 5 minutes), à envoyer à Laura.BRULEY@univ-cotedazur.fr
- Remplir le questionnaire d'inscription en ligne adressé par Laura Bruley.

FICHE DE PROJET DE THESE



NOM, Prénom
e-mail
Directeur de thèse

Thème général
Thématique de
recherche et mots clés

**QUESTION DE
RECHERCHE**
Question simple, claire
et précise

**JUSTIFICATION / PROBLEMATIQUE
= INTRODUCTION**
Doit susciter l'intérêt du lecteur

Ce que l'ont sait
Ce qui est connu – avec des références
Ce que l'ont ne sait pas
Délimiter l'inconnu - Domaine non exploré
Justifie votre travail

**METHODE
= PROTOCOLE DE LA THESE**

Type d'étude
Décrire la méthode précisément
Echantillon d'étude
Critères de sélection
Plan de recueil et d'analyse de données
Démarche expérimentale précise



**OBJECTIF PRINCIPAL
OBJECTIF(S) SECONDAIRE(S)**

Clairs, concrets, atteignables
dans le cadre du projet

RESULTATS ATTENDUS
Portée et retombées éventuelles du
travail
Perspectives

Pour inscription en cellule thèse



A envoyer à :
Laura.bruley@unice.fr

FICHE DE PROJET DE THÈSE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Date de proposition :

Nom de l'interne :

Nom du directeur de recherche :

E-mail :

Résident ou DES :

E-mail :

Semestre de DES :

Spécialité et type d'exercice du directeur:

La fiche a-t-elle été validée par le directeur de thèse ? (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 PRÉVUE DE LA SOUTENANCE :

Une fois remplie adresser au secrétariat du DERMG impérativement par mail : Laura.BRULEY@univ-cotedazur.fr
Noter les éventuelles questions posées à la cellule d'aide méthodologique sur une page annexe.

ATTENTION VOUS DEVEZ INFORMER LA CELLULE THÈSE DE TOUTE MODIFICATION DE LA MÉTHODE ET/OU DE LA POPULATION ÉTUDIÉE, SURVENANT APRÈS LA VALIDATION DE VOTRE PROJET.

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 »)

8.4 Les directeurs de thèse généralistes

- S. ANDREA drandreaslim@live.fr
- AM. BARISIC ambarisic@gmail.com
- G. BAROGHEL doc.baro@orange.fr
- A. BARBAROUX adriaanbarbaroux@hotmail.com
- T. BOUCHEZ tiphanie.bouchez@univ-cotedazur.fr
- D. CAPRINI caprini@wanadoo.fr
- JC. CARAVEO caraveo.jean-claude@orange.fr
- C. CASTA celine.casta@univ-cotedazur.fr
- H. CHAN mr.chan@orange.fr
- D. COSSERAT didcos@hotmail.com
- M. DANDURAN cyann84@hotmail.com
- D. DARMON david.darmon@univ-cotedazur.fr
- M. DEROCHEZ derochet.max@wanadoo.fr
- JL. FOLACCI folaccijluc@gmail.com
- G. GARDON gilles.gardon@univ-cotedazur.fr
- S.GARSON sandrine.garson@gmail.com
- F. GASPERINI fabgasp@hotmail.fr
- N. HOGU docteur-nicolas@hotmail.fr
- R. LAURE docteur.laure.callian@wanadoo.fr
- G. MALATRASI georges.malatrasi@wanadoo.fr

- Y. MANEZ yves.manez@wanadoo.fr
- I. MELLERIN docteur.mellerin@gmail.com
- B. MONNIER brigitte.monnier@univ-cotedazur.fr
- S. MUNCK stephane.munck@univ-cotedazur.fr
- M. POUILLON maud.pouillon@univ-cotedazur.fr
- I. POURRAT pourrat.isabelle@orange.fr
- JE. RASTELLO jean-eric.rastello@orange.fr
- G. SACCO sacco.g@chu-nice.fr
- J. TETART johann.tetart@univ-cotedazur.fr

Cette liste est indicative et non limitative.

8.5 Les autres ressources

Le séminaire obligatoire sur la thèse organisé par le DERMG

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 DERMG** !

<http://unice.fr/faculte-de-medecine/presentation/departements/medecine-generale/presentation>

9. 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 d'un entretien avec le jury.

A noter que l'inscription en commission ne peut se faire que lorsque la thèse est déjà passée ou que la soutenance de thèse aura lieu avant le 31 octobre pour la commission d'octobre ou avant le 30 avril pour la commission d'avril.

L'inscription se fait auprès de Laura Bruley (Laura.BRULEY@univ-cotedazur.fr).

La présentation devant la commission 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 les documents suivants :

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

DOCUMENT DE SYNTHÈSE

Document relié et imprimé en 2 exemplaires

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

- a. Cours depuis l'externat - Formations et diplômes
- b. Expériences professionnelles (dont les remplacements),
- c. Les travaux scientifiques réalisés dans le cadre d'une Thèse, Mémoire, DEA, Master, les communications orales ou posters effectués en Congrès, Colloques, ou la participation à l'organisation de congrès ou colloques, les stages à l'étranger, les présentations effectuées lors de staff hospitaliers et/ou GEASP
- d. Implication dans la discipline : Responsabilités syndicales ou dans la vie de la Faculté

2) Listes des stages effectués pendant le DES de Médecine Générale (2 pages) :

Dans cette partie, l'interne énumérera les stages effectués en précisant ses fonctions au sein du stage et les points forts et points faibles de chaque stage. Citez les services, les noms des chefs de service et du responsable pédagogique de votre stage.

3) Listes des 45 crédits d'enseignement complémentaire (1 page) :

L'interne listera par catégorie ses enseignements optionnels (en précisant le nombre de crédits) et notera les points forts et les points faibles de chaque action.

L'attestation finale de validation fournie par votre tuteur devra être incluse dans le document de synthèse.

4) La thèse

Il devra être mis le Résumé de la Thèse : Titre, Jury, date de soutenance, résumé avec 300 mots maximum.

Une autorisation d'impression du président de jury doit être présente dans le document de synthèse (document disponible sur le site du DERMG).

5) 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.

6) 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 devra s'aider de ses rapports de progression pour compléter cette partie et devra **intégrer le tableau rempli des 6 grandes compétences et des 11 familles de situations, présenté ci après.**

7) Projet professionnel à court et moyen terme (1 page)

Le document de synthèse devra impérativement être adressé au DERMG avant la commission. **La date limite de dépôt est fixée au premier jeudi du mois de mars** pour la commission d'avril **ou le premier jeudi du mois de septembre** pour la commission d'octobre.

SUIVI DE L'ACQUISITION DES 6 GRANDES COMPÉTENCES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Ce tableau avec les 11 familles de situation en vertical et les 6 grandes compétences en horizontal devra être rempli tout au long de son cursus par l'interne grâce aux différentes traces d'apprentissage (GEASP, RSCA, ...) réalisées.

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						

Il s'agit de décrire très synthétiquement pour chacune des 11 grandes familles de situations cliniques qui couvrent le champ de la Médecine Générale, les travaux d'analyse réflexive de cas que vous avez travaillé collectivement en GEASP, Séminaires, et individuellement avec les RSCA, et les différentes compétences que cela vous a fait travailler. Voici un exemple de remplissage de ce tableau.

Vous trouverez un exemple de grille remplie page suivante.

	Approche globale complexité	Education Prévention	Premier recours Urgences	Continuité Suivi Coordination	Relation Communication Approche Centrée patient	Professionalisme
1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence	- RSCA 1 : (patient diabétique type 2 insulino-requérant) - GEASP DES 2 Séance 5 - Séminaire Complexité (Femme enceinte de 3 mois et asthmatique)	RSCA 1 - GEASP DES 2 Séance 5	- GEASP DES 2 Séance 5	RSCA 1 Séminaire Complexité	RSCA 1 Séminaire Complexité	RSCA 1 Séminaire Complexité
2. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/fréquents/exemplaires	GEASP DES 1 Séance 2				GEASP DES 1 Séance 2	
3. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties			GEASP DES 3 Séance 4			GEASP DES 3 Séance 4
4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent		RSCA 2 : Dépistage et éducation enfant de moins de 2 ans			RSCA 2	

ANNEXE 1 : 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 termes 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, entourage du malade, environnement du patient, polypathologies, 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.

ANNEXE 2 : 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^{ère} 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^{ème} 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^{ème} 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), 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.

ANNEXE 3 : Niveaux de progression pour l'étoile des compétences

Les niveaux génériques

Niveau générique	Attribut des internes
<p>L'interne Novice</p> <p><i>De l'entrée dans le D.E.S à la moitié du stage de niveau 1</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Possède des notions sur les spécificités de la discipline et les compétences nécessaires à acquérir pour exercer la MG • Accepte a minima le projet proposé • A conscience qu'il opère sur l'être humain • Est apte à supporter une part d'incertitude • A conscience de la difficulté (complexité) des problèmes auxquels il va être confronté • Envisage qu'il va devoir couvrir l'ensemble du champ de la discipline (champ et fonctions) • Montre un début de questionnement sur sa pratique antérieure et actuelle
<p>L'interne Intermédiaire</p> <p><i>De la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est en mesure de faire le lien entre théorie enseignée et la pratique observée et /ou exercer (identifie les capacités, connaissances, habiletés nécessaire à l'exercice de la compétence) • A pris conscience de ce qui est demandé et participe activement à son propre développement • Améliore sa capacité d'autonomie en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi (prenant progressivement de l'assurance)
<p>L'interne Compétent</p> <p><i>Fin de cursus/après le SASPAS</i></p>	<p>Dans les situations courantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agit en autonomie et assume ses responsabilités • Collabore efficacement avec les autres intervenants • Possède une approche centrée patient • S'interroge sur sa pratique

COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

Définition : 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.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale • Connait 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 doivent faire l'objet d'une formation. • Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « bio médicale », 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
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent 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 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

<p>Compétent</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
-------------------------	--

APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

Définition : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect bio médical aux dépens des aspects psycho sociaux. • Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement bio médicales. • Entrevoit qu'il existe des données psycho sociales, 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.
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • A 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. • A 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.
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • 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

EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

Définition : 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.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste, • Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire, • Possède des notions de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 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
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • 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
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • 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

PREMIER RECOURS, URGENCES

Définition : 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, quelque soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale..

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical. • Evoque 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.
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Etend 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. • Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • 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 situations • Evoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf suivi). • Evoque la possibilité de symptômes bio médicalement inexplicables (SBI) • Elargit 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.

CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT

Définition : 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.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • 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 basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites • Se rend disponible pour la permanence des soins.
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • 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)
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • 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

PROFESSIONNALISME

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

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevoit un projet professionnel • Accepte son rôle d'interne • Présente un engagement altruiste envers le patient • Participe aux formations théoriques et pratiques du D.E.S
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Manifeste un engagement pour la médecine générale • S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques • Prend conscience de besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences. • Définit des objectifs de formations en fonction de son projet professionnel. • Organise son temps de travail
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • 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