

# 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, en bref

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

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

### Situation

#### Complexe

- nombreuses données
- pas disponibles immédiatement
- concernant différents domaines biomédical, psychoaffectif, environnemental, éthique, administratif, médico-légal...
- 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 la résolution des problèmes (qualité de l'auto évaluation et de l'auto formation)

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 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.  
A l'usage des internes et des enseignants**

Nom de l'interne : .....

Prénom : .....

RSCA N°..... Lieu de stage : .....

Semestre : .....

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

**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<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> 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

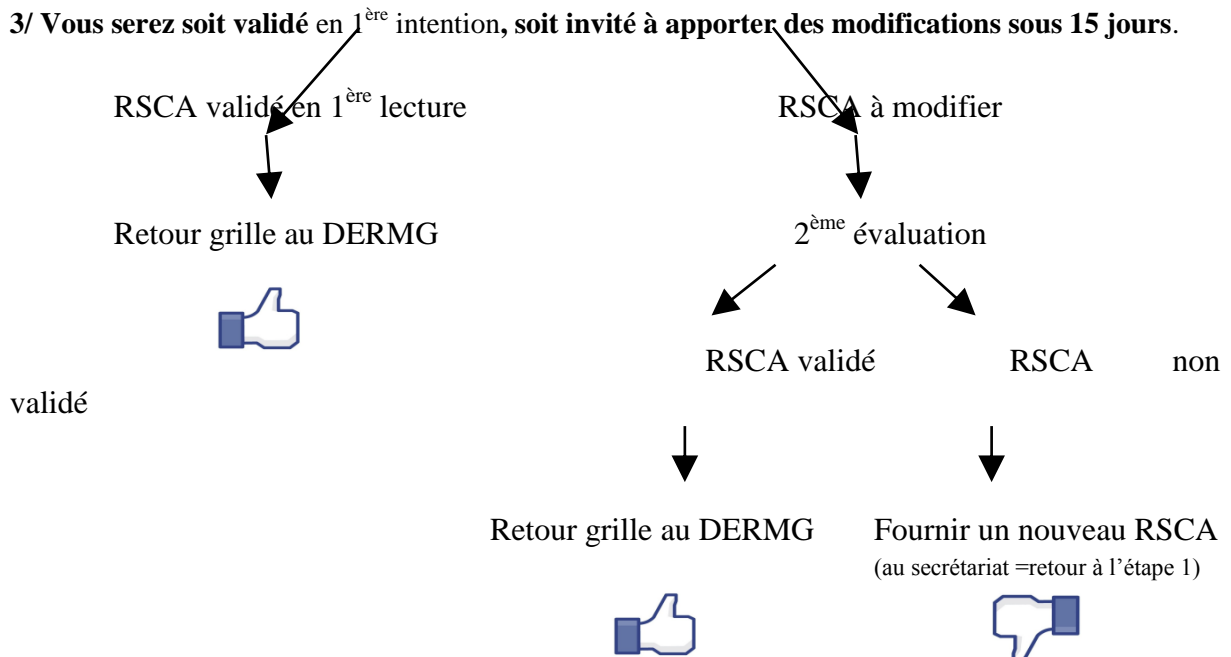
### 1/ Adressez RSCA comme suit :

- envoyer par courriel à [Laura.BRULEY@unice.fr](mailto:Laura.BRULEY@unice.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<sup>ère</sup> intention, soit invité à apporter des modifications sous 15 jours.**



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

[Laura.BRULEY@unice.fr](mailto:Laura.BRULEY@unice.fr)

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



# 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 collège de généralistes enseignants, le CAGE : [www.nice.cnge.fr](http://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 récits :

*« 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 aigue ? Pourrait-on envisager des RSCA à thème ?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs récits

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

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

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

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

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

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

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

## **ANALYSE DE LA SITUATION**

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

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

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

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

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

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

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

Chacun de nous ne peut se représenter une situation que de son point de vue lié à son histoire personnelle, son contexte de vie, ses représentations personnelles et professionnelles. Ce point de vue est une approche fragmentaire de la situation, il permet d'élaborer des réponses aux problèmes à résoudre sur le moment. La réflexion sur l'action et le point de vue d'un autre complète l'analyse.

→ Quelques remarques faites aux internes concernant leurs récits :

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

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

*« 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 »*

## **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 récits

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

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

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

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

## **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 récits :

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

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

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

## **LA VALIDATION**

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

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

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

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

*Faut-il un accord préalable de nos 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 »*

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

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

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

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

<b>7/ Concernant le comportement non verbal, êtes-vous satisfait :</b>
--

- *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 heures d'enseignements complémentaires doivent être validées sur les 3 années du DES. Le DERMG vous propose un certain nombre de modalités différentes pour valider ces heures d'enseignement complémentaires **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 heures d'enseignements complémentaires obligatoire.

Voici une liste d'exemples non limitatifs :

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

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

- Les DU ou DIU
- Les formations ou ateliers organisés dans les services pendant les heures stages (attestation remise par le MSU)

### **Qui valide ?**

C'est votre tuteur qui valide ces heures. Il vous délivrera une attestation de validation des 45h vous serez délivrée à la fin de votre DES (attestation nécessaire pour s'inscrire en commission de DES). 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 ou sur le site du CAGE).

### **Comment valider ?**

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

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

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

Attention il faut répartir les heures d'enseignements complémentaires sur des catégories variées.

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

Voici les différentes catégories de formation :

- Congrès nationaux
- DPC / et congrès local, groupe de paire, groupe Balint ou de Parole
- Mooc / e-learning
- Test de lecture / livre
- Engagement professionnel ISNAR-IMG
- Formation DERMG
- Formation RUN
- Production personnelle (rédaction d'article, présentation en congrès)

Le tableau ci dessous mentionne les modalités de validation de décompte des heures pour chaque catégorie

<i>Type d'enseignement</i>	<i>Modalité de validation</i>	<i>Décompte des heures</i>
Congrès CNGE ou CMGF	Attestation de présence + trace	3 heures pour une demi-journée de congrès
<u>Mooc</u>	Attestation du test	à déterminer en fonction du <u>Mooc</u> choisi
Test de lecture (Prescrire, Exercer)	Attestation du test	15 heures
Une soirée ou demi-journée de formation DPC	Attestation de présence + trace	3 heures
Une soirée ou demi-journée de formation optionnelle DERMG	Attestation de présence + trace	3 heures
Une conférence débat en lien avec la profession	Attestation de présence + trace	3 heures
Une séance de groupe de pairs, de groupe Balint ou de Parole	Attestation de présence + trace	3 heures
Intervention en congrès (communication orale ou poster)	Programme + support de présentation	5 heures
Lecture d'un livre	Fiche de lecture	à déterminer en fonction du livre choisi
<u>Engagement professionnel congrès de ISNAR-IMG</u>	Attestation de présence + trace	9h (3h par demi-journée)
Rédaction d'un article issue d'une recherche dans le champ de la médecine générale	Attestation de publication	15 heures

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>

## 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)

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 donc nécessaire de faire valider son projet par la cellule thèse.

En revanche, une aide méthodologique pourra être apportée à l'interne dans son travail de recherche si le thème de celui-ci se trouve dans les axes de recherche du département de Médecine Générale de Nice.

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

La cellule thèse se tient tous les mois.

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

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

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

- Rédiger une fiche de projet (ci-après) avec son directeur de thèse
- Réaliser un diaporama court de présentation (5 diapo / 5 minutes), à envoyer à [Laura.BRULEY@unice.fr](mailto:Laura.BRULEY@unice.fr)
- Remplir le questionnaire d'inscription en ligne adressé par Laura Bruley

# FICHE DE PROJET DE THESE



**NOM, Prénom**  
e-mail

Directeur de thèse

## JUSTIFICATION/PROBLEMATIQUE = INTRODUCTION

Doit susciter l'intérêt du lecteur

### Ce que l'on sait

Ce qui est connu – avec des références

### Ce que l'on 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

**Thème général**  
Thématique de  
recherche et mots clés

## QUESTION DE RECHERCHE

Question simple, claire  
et 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](mailto: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@unice.fr](mailto:Laura.BRULEY@unice.fr)  
Noter les éventuelles questions posées à la cellule d'aide méthodologique sur une page annexe.

ATTENTION VOUS DEVEZ INFORMER LA CELLULE 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](mailto:drandreaslim@live.fr)
- JL. BALDIN [jean-luc.baldin@unice.fr](mailto:jean-luc.baldin@unice.fr)
- AM. BARISIC [ambarisic@gmail.com](mailto:ambarisic@gmail.com)
- G. BAROGHEL [doc.baro@orange.fr](mailto:doc.baro@orange.fr)
- A. BARBAROUX [adriaanbarbaroux@hotmail.com](mailto:adriaanbarbaroux@hotmail.com)
- T. BOUCHEZ [tiphanie.bouchez@unice.fr](mailto:tiphanie.bouchez@unice.fr)
- D. CAPRINI [caprini@wanadoo.fr](mailto:caprini@wanadoo.fr)
- JC. CARAVEO [caraveo.jean-claude@orange.fr](mailto:caraveo.jean-claude@orange.fr)
- C. CASTA [celine.casta@unice.fr](mailto:celine.casta@unice.fr)
- H. CHAN [mr.chan@orange.fr](mailto:mr.chan@orange.fr)
- D. COSSERAT [didcos@hotmail.com](mailto:didcos@hotmail.com)
- M. DANDURAN [cyann84@hotmail.com](mailto:cyann84@hotmail.com)
- D. DARMON [david.darmon@unice.fr](mailto:david.darmon@unice.fr)
- M. DEROCHET [derochet.max@wanadoo.fr](mailto:derochet.max@wanadoo.fr)
- JL. FOLACCI [folaccijluc@gmail.com](mailto:folaccijluc@gmail.com)
- G. GARDON [gilles.gardon@unice.fr](mailto:gilles.gardon@unice.fr)
- F. GASPERINI [fabgasp@hotmail.fr](mailto:fabgasp@hotmail.fr)
- P. HOFLIGER [philippe.hofliger@unice.fr](mailto:philippe.hofliger@unice.fr)
- N. HOGU [docteur-nicolas@hotmail.fr](mailto:docteur-nicolas@hotmail.fr)
- R. LAURE [docteur.laure.callian@wanadoo.fr](mailto:docteur.laure.callian@wanadoo.fr)

- G. MALATRASI      [georges.malatrasi@wanadoo.fr](mailto:georges.malatrasi@wanadoo.fr)
- Y. MANEZ            [yves.manez@wanadoo.fr](mailto:yves.manez@wanadoo.fr)
- B. MONNIER        [brigitte.monnier@unice.fr](mailto:brigitte.monnier@unice.fr)
- S. MUNCK            [stephane.munck@unice.fr](mailto:stephane.munck@unice.fr)
- M. PAPA             [michel.papa@unice.fr](mailto:michel.papa@unice.fr)
- M. POUILLON       [maud.pouillon@unice.fr](mailto:maud.pouillon@unice.fr)
- I. POURRAT         [pourrat.isabelle@orange.fr](mailto:pourrat.isabelle@orange.fr)
- JE. RASTELLO      [jean-eric.rastello@orange.fr](mailto:jean-eric.rastello@orange.fr)
- G. SACCO            [sacco.g@chu-nice.fr](mailto:sacco.g@chu-nice.fr)
- J. TETART            [johann.tetart@unice.fr](mailto:johann.tetart@unice.fr)

Cette liste est indicative et non limitative.

**Les professionnels habilités à diriger une thèse de Médecine Générale sont :**

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

## 8.5 Les autres ressources

Le séminaire thèse

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

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

En biostatistiques :

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

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

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



## 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.

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. Cursus 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 heures d'enseignements optionnels (1 page) :**

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

**4) Le Résumé de la Thèse : Titre, Jury, date de soutenance, résumé avec 300 mots maximum**

**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 page suivante rempli des 6 grandes compétences et des 11 familles de situations.**

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

**Le document de synthèse devra impérativement être adressé au DERMG avant la commission. Une date limite de dépôt est communiquée à l'étudiant au moment de son inscription auprès de Laura Bruley ([Laura.BRULEY@unice.fr](mailto:Laura.BRULEY@unice.fr))**

## 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. Marinker M. 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<sup>ère</sup> année

### **Qui êtes-vous ? D'où venez-vous ?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nous, ce sont les généralistes enseignants, avec nos différentes fonctions de maître de stage universitaire (MSU), 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.