DMG Strasbourg
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Référentiel du DES de Médecine Générale

Version 2021-2022

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 4

Qu'est-ce qu'une compétence ? 4

Quelles sont les compétences spécifiques à l'exercice de la médecine générale ? 4

Pourquoi parler de « niveaux de compétences » ? 5

Les familles de situation en médecine générale 7

Quelles sont les caractéristiques de la discipline médecine générale ? 7

Les stages 8

Choix des stages 9

La validation des stages 9

Temps de travail et congés 10

Stages inter-CHU et stages à l'étranger 11

Demande de disponibilité 11

Surnombre validant et non-validant 11

La charte des MSU 11

L'évaluation des stages 12

Les visiteurs médicaux 12

Le tutorat 14

Les rencontres individuelles 14

Les rencontres collectives 14

Les groupes d'échange et d'analyse de pratique 14

Les séances d'apprentissage par problème (APP) 15

Les jurys de validation de phase 16

Le contrat de formation 17

Le portfolio 18

Les récits cliniques 19

Les récits de situation complexe authentique (RSCA) 20

Le journal de bord 21

Les traces d'apprentissage en lien avec des formations 21

Formations hors-stage 22

Les formations optionnelles 22

Les DU, DIU et masters 24

Les formations spécifiques transversales 24

La journée de fin d'internat 25

La thèse 26
En cas de difficultés 28
Votre tuteur 28
Le groupe bien-être du DMG 28
La médecine du travail 29
Votre médecin traitant 29
Contacts 30
Le service du 3e cycle 30
La direction des affaires médicales du CHU 30
ARS Grand Est 30
Les membres du DMG 30
Références 32
Annexes 34
Annexe 1 - Arrêté du 21 avril 2017 concernant le DES de médecine générale 34
Annexe 2 : grilles d'évaluation des niveaux de compétences 37
Annexe 3 : formulaire de demande de congés 46
Annexe 4 : grille REFLECT 47
Annexe 5 : grille CNGE d'évaluation des RSCA 49

Introduction

Avec la réforme de 2017 (1), le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale se divise en deux phases :

- Une phase socle correspondant à la première année,
- Une phase d'approfondissement pour les deuxième et troisième années.

Ces deux phases donneront lieu à une validation en fonction d'un niveau de compétences professionnelles attendu et du respect des obligations réglementaires locales. Ce dispositif s'inscrit dans une approche par compétences. Le détail du texte de loi se trouve en annexe n°1.

Qu'est-ce qu'une compétence ?

Une compétence est selon Jacques Tardif « *un savoir-agir complexe reposant sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes au sein d'une famille de situations* » (2).
Les compétences nécessaires aux soins nécessitent donc autant des savoirs (pour nous des connaissances médicales par exemple) qu'une utilisation judicieuse de nombreuses autres ressources matérielles, humaines, environnementales, etc… En situation clinique, la compétence peut nécessiter par exemple d'aller chercher efficacement des informations sur internet afin de prendre en charge au mieux un patient.
L'approche par compétences se focalise ainsi sur ce qui est réellement attendu d'un professionnel en situation.

Évaluer les compétences des internes de médecine générale revient donc à vérifier que ce savoir-agir complexe s'exprime en situation de pratique professionnelle.

Ces compétences vont se développer progressivement au cours du DES. Le principe de la formation est d'accompagner ce développement pour atteindre au moins un niveau minimal requis pour obtenir le DES. C'est le principe central de l'approche par compétences : le diplôme est obtenu sur la base de l'atteinte de ce niveau minimal de compétences par l'étudiant. Le diplôme est en quelque sorte une "autorisation à exercer en autonomie".

Au-delà de la formation initiale, ces compétences professionnelles continueront ensuite à se développer tout au long de la carrière professionnelle.

Le référentiel national de compétences en médecine générale définit six compétences génériques pour la formation et l'évaluation des étudiants :

- premier recours, urgence,
- relation, communication, approche centrée patient,
- approche globale, prise en compte de la complexité,
- éducation, prévention, santé individuelle et communautaire,
- continuité, suivi, coordination des soins autour du patient,
- professionnalisme.

Il n'est pas évident de comprendre le sens de ces compétences par leur intitulé. Voici leurs définitions :

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

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

Approche globale, prise en compte de la complexité : mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (Evidence Based Medicine (EBM), Engel, etc.) quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale.

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

Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

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

Comme ces compétences se développent progressivement, il est intéressant de définir des niveaux de compétences (de novice à expert) pour représenter la trajectoire de développement tout au long de la formation.
Ainsi, un étudiant qui semble développer une compétence plus rapidement qu'attendu aura besoin de moins d'accompagnement qu'un autre. Le temps nécessaire au développement des compétences est variable selon les étudiants.

Il est défini des **niveaux de compétences minimaux requis** en fin de phase socle pour valider cette phase et passer à la suivante. En fin de phase d'approfondissement, l'objectif sera de vérifier que le niveau intermédiaire est atteint pour chacune des compétences génériques du médecin généraliste. Ces niveaux minimaux sont détaillés dans les figures n°1 et n°2 ci-dessous ainsi que dans l'annexe n°2.

	Niveau de compétence novice non acquis	Niveau de compétence novice	Niveau de compétence intermédiaire
Premier recours, urgences			×
Approche globale, prise en compte de la complexité			×
Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire		×	
Continuité, suivi et coordination des soins		×	
Relation, communication, approche centrée patient			×
Professionnalisme		×	

Figure 1 : niveaux de compétences minimaux en fin de phase socle

	Niveau de compétence novice non acquis	Niveau de compétence novice	Niveau de compétence intermédiaire
Premier recours, urgences			×
Approche globale, prise en compte de la complexité			×
Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire			×
Continuité, suivi et coordination des soins			×
Relation, communication, approche centrée patient			×
Professionnalisme			×

Figure 2 : niveaux de compétences minimaux en fin de phase d'approfondissement

L'objectif du dispositif pédagogique mis en place par le Département de Médecine Générale (DMG) de Strasbourg est de permettre à la fois l'accompagnement du développement et la certification des compétences des étudiants.

L'évaluation du niveau de compétence se base sur l'utilisation des **descripteurs de niveaux** selon les grilles figurant en annexe n°2.

Le niveau de compétence « compétent » est attendu normalement en fin de phase de consolidation (4e année) mais le DES de médecine générale est pour l'instant amputé de cette phase.

Les familles de situation en médecine générale

Comme les compétences sont des savoir-agir **en situation**, le référentiel de formation du DES de médecine générale comprend 11 familles de situation. Ce sont les grands types de situations rencontrées dans la pratique :

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence
2. Situations liées à des problèmes aigus / Programmés ou non / Fréquents ou exemplaires
3. Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent
5. Situations autour de la sexualité, de la génitalité ou de la reproduction
6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple
7. Situations de problèmes de santé et/ou souffrance liés au travail
8. Situations dont les aspects légaux, règlementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan
9. Situations avec des patients perçus comme difficiles/exigeants
10. Situations où les problèmes sociaux ou la précarité sont au premier plan
11. Situations avec des patients d'une autre culture

Le principe est que pour bien gérer ces situations, l'étudiant va devoir mobiliser ses compétences génériques. Par exemple, face à un patient précaire, communiquer de manière adéquate, coordonner les soins, etc… Les spécificités de chacune de ces familles constituent un reflet de la diversité des situations rencontrées en médecine générale.
La maquette de stage doit placer l'étudiant dans des milieux de formation permettant la confrontation à ces 11 familles de situation.

Pour mieux comprendre la spécificité de la formation proposée en DES de médecine générale, il est intéressant de comprendre ce qui distingue la médecine générale des autres spécialités médicales. On peut pour cela utiliser **les caractéristiques de la discipline** énoncées par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practionners/Family Doctors), soit la société internationale de médecine générale :

1. Elle est habituellement le premier contact avec un médecin dans le système de soins, permettant une accessibilité complète aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
2. Elle utilise de façon efficiente les ressources disponibles du système de santé par la coordination des soins, le travail interdisciplinaire et multiprofessionnel en soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en situation de médiation et/ou de défenseur du patient.
3. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.
4. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin patient basée sur une communication appropriée (alliance thérapeutique).
5. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
6. Son processus décisionnel est spécifique en fonction de la prévalence et de l'incidence des facteurs de risques, troubles de santé et maladies dans la communauté.
7. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
8. Elle aborde les affections à un stade précoce et indifférencié qui pourraient éventuellement requérir une intervention diagnostique et/ou thérapeutique rapide.
9. Elle favorise la promotion de la santé et du bien-être par des interventions appropriées et effectives ajustées aux préférences et choix des personnes.
10. Elle a une responsabilité spécifique dans la communauté par un contact direct, répété et durable avec tous les âges et catégories sociales de la population.
11. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les modalités pédagogiques du DES de médecine générale doivent donc préparer les étudiants à **exercer en autonomie** en tenant compte de ces spécificités. Les six compétences énoncées plus haut renvoient alors au **profil des médecins généralistes certifiés** par la Faculté pour garantir la qualité des soins (**responsabilité sociale** de l'institution). En résumé, des médecins qui gèrent les problèmes de santé prévalents en médecine générale, qui construisent une relation médecin-patient singulière au long cours, qui mettent en œuvre une décision partagée, qui promeuvent la santé, qui assurent la coordination et la continuité des soins et qui font preuve de professionnalisme.
Nous allons détailler les modalités de ce dispositif dans les sections suivantes.

Les stages

La maquette des stages se compose en phase socle d'un semestre dans un service d'accueil des urgences (SAU) et d'un semestre en stage ambulatoire de niveau 1 chez des Maîtres de Stage des Universités (MSU).

La phase d'approfondissement se compose en première année d'un semestre en médecine polyvalente et d'un semestre dans un stage santé de l'enfant (ou santé de la femme). La deuxième année de cette phase se compose d'un semestre dans un stage santé de la femme (ou santé de l'enfant) et un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS).

La figure 1 présente la vue globale de la maquette. Nous reviendrons dans les autres sections sur les notions « d'enseignement hors-stage », de « tutorat » et de « portfolio ».

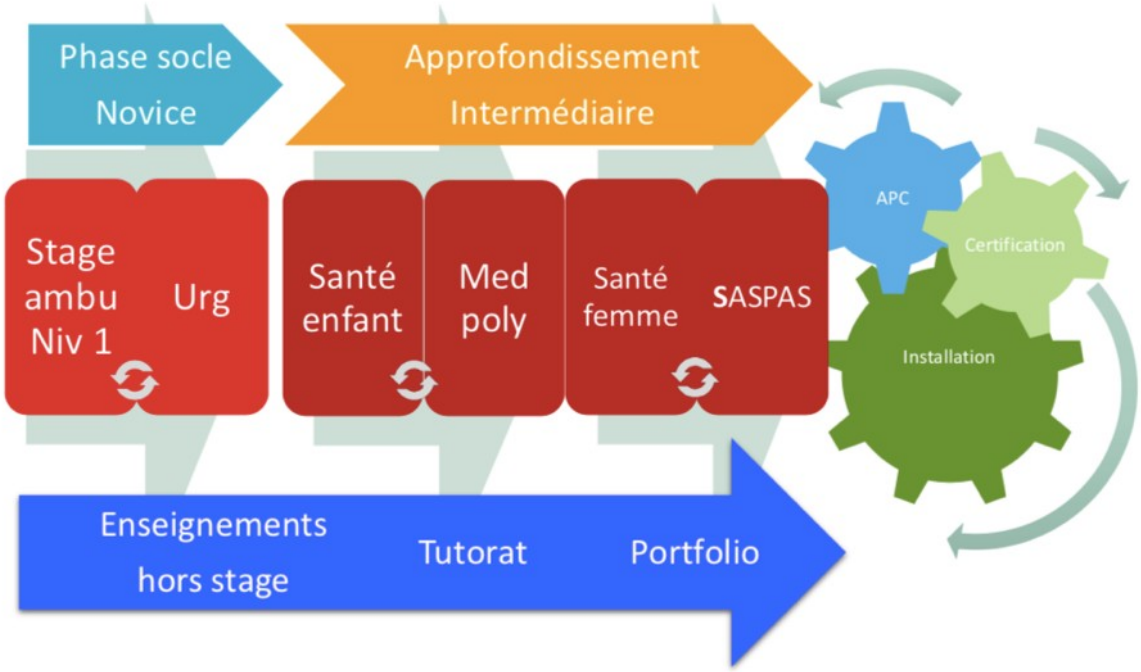


Figure 3 : maquette de stage du DES de médecine générale. APC : Apprentissage par compétences

Choix des stages

Le rang de choix des stages se fait selon deux paramètres : le nombre de semestres validés et le rang de classement aux Épreuves Classantes Nationales (ECN).
En conséquence, une disponibilité ou une non-validation d'un semestre de stage entraîne un décalage aux choix suivants. L'absence de choix de stage par l'étudiant est considérée comme un abandon de poste entraînant une radiation des études médicales en France.
Vous pouvez confier une procuration à un autre étudiant pour vous représenter au choix de stage.

La validation des stages

Les stages sont validés à la fois par le respect d'une **durée minimale de présence** sur le semestre (120 jours – 4 mois) ainsi que sur **l'évaluation du niveau de compétences** de l'interne. Il est donc au maximum toléré 2 mois d'interruption pour congés maladie, maternité etc. Sans une de ces justifications, il s'agit d'un abandon de poste.

Le responsable de stage est soit le MSU coordinateur d'un stage réalisé en ambulatoire, soit le chef de service d'un stage hospitalier. Il est demandé à ce responsable de stage de **valider administrativement** le stage. Cette procédure s'effectue **en complétant le procès-verbal de validation envoyé par mail par la faculté.**

Pour les stages hospitaliers, un référent pédagogique est désigné pour chaque interne. Ce référent pédagogique est la personne chargée de l'évaluation des compétences.

Chaque MSU pour les stages ambulatoires et chaque référent pédagogique doit réaliser au minimum une **évaluation des compétences** à la fin de chaque période de stage via la grille dédiée. Il est bienvenu de **remplir plusieurs fois** la grille d'évaluation : en début de stage, au milieu, à la fin. Si le semestre comporte plusieurs lieux de stage différents, il est **souhaitable que chaque MSU ou référent pédagogique remplisse** une grille. Cela enrichit l'évaluation des compétences.

Deux versions des grilles d'évaluation des compétences se trouvent en annexe n°2 et une version PDF est téléchargeable sur le lien suivant : http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2021/10/Evaluation-compe%CC%81tences-v2.pdf.

Temps de travail et congés

Les obligations de service de l'interne comprennent dix demi-journées par semaine dont **huit demi-journées en stage** et **deux demi-journées consacrées à la formation** : une demi-journée sous la responsabilité du coordonnateur du DES et une demi-journée de temps personnel de consolidation de ses connaissances et de ses compétences que l'interne utilise de façon autonome, **mais dans le cadre du DES de Médecine Générale.** Il peut s'agir par exemple pour ces deux demi-journées de travailler sa thèse, une trace d'apprentissage, un master ou de faire une formation optionnelle proposée par le DMG (voir le détail plus bas).

Les internes disposent de **trente jours** de congés annuels. Le samedi est compté comme un jour ouvrable. Une semaine pleine correspond donc à 6 jours de congés. Il est possible de poser au maximum 24 jours consécutifs (donc quatre semaines).

Les congés doivent être posés via les formulaires dédiés disponibles sur le site de la direction des affaires médicales du CHU de Strasbourg. **Le formulaire en annexe n°3 est celui à utiliser lors des stages ambulatoires**. Il est nécessaire d'obtenir à la fois la signature du MSU concerné par la période de congés (celui chez qui l'interne sera en stage lors des congés) et la signature du coordinateur du stage. Il faut

ensuite envoyer le document par mail à la **direction des affaires médicales** du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) dam-internes@chru-strasbourg.fr avec **copie au coordinateur de stage**.

Pour les stages hospitaliers hors-CHU, il est nécessaire d'utiliser la procédure locale en place.

Les demandes de congés doivent être déposées **au minimum deux semaines avant** leur début aux différents MSU et référents hospitaliers concernés. Le formulaire doit parvenir à la direction des affaires médicales **au moins huit jours** avant le début de vos congés.

Pour les congés de formation, il faut utiliser les mêmes procédures que pour les congés annuels. Il est nécessaire de **poser un congé de formation** (ligne dédiée du formulaire en annexe n°3) pour chacune des sessions liées au DES : tutorat, formations du DMG, rencontre avec le tuteur, master. L'envoi du "programme" ne concerne que les congrès.
De même, il est demandé de poser un congé de formation pour utiliser la demi-journée hebdomadaire de formation autonome **dans le cadre du DES de Médecine Générale** (travailler sa thèse, les traces d'apprentissages du portfolio, etc.).
Ces congés de formation **ne peuvent pas être refusés** par le responsable de stage.

Les **diplômes universitaires** (DU) et **diplômes interuniversitaires** (DIU) sont reconnus comme formations hors-DES et doivent faire l'objet de demande de **congés annuels.** Les congés de formation ne sont donc pas utilisables dans ce cas.

Stages inter-CHU et stages à l'étranger

Il est possible de réaliser des stages en inter-CHU (dans une autre subdivision) ainsi qu'à l'étranger pendant la **phase d'approfondissement** du DES. Il faut solliciter le bureau du 3e cycle pour retirer un dossier. Il faut habituellement faire la demande 6 mois avant. La décision est prise par une commission facultaire.

Demande de disponibilité

Un semestre de disponibilité peut être demandé 6 mois auparavant. La demande doit être adressée à la direction des affaires médicales du CHU avec copies à l'ARS Grand-Est et au bureau du 3e cycle de la faculté.

Surnombre validant et non-validant

Les surnombres sont des demandes à réaliser en cas de grossesse ou de maladie. Un surnombre est dit validant si l'étudiant est présent au moins 120 jours sur le semestre (4 mois). Les surnombres liés à une grossesse permettent de conserver l'ancienneté des semestres aux choix suivants.

La charte des MSU

Afin d'accueillir des internes en stage, les MSU signent une charte décrivant leurs obligations envers les étudiants. Les MSU doivent s'engager à suivre régulièrement des formations pédagogiques, respecter les dispositions réglementaires concernant le travail des internes, effectuer les formalités administratives nécessaires.
Cette charte est consultable sur le site du Collège Régional des Généralistes Enseignants d'Alsace (CRGEA).
Les MSU qui ne respecteraient pas ces engagements n'obtiendront pas de renouvellement d'agrément.

L'évaluation des stages

A la fin de chaque semestre, les étudiants reçoivent une invitation à compléter un questionnaire en ligne anonyme pour évaluer leurs terrains de stage.
Cette évaluation se compose de quatre affirmations à évaluer sur une échelle allant de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord ».

Les affirmations sont :

- Ce stage est formateur pour la médecine générale
- Ce stage respecte les dispositions légales concernant le temps de travail des internes (repos de garde, congés de formation, etc....)
- Les séniors ou MSU assurent un niveau de supervision adapté
- Je choisirais à nouveau ce stage si c'était à refaire

Une zone de commentaires libres sur les points positifs et négatifs accompagne cette évaluation.

En cas de multiples terrains de stage, les étudiants complètent une évaluation par terrain de stage. A la fin d'une évaluation, apparaît la question suivante : « votre stage s'est-il déroulé dans un deuxième terrain de stage ? ». Et ainsi de suite jusqu'au maximum possible de cinq terrains de stage.

Ces évaluations ne seront pas communiquées avant au minimum 18 mois aux terrains de stage afin de permettre de grouper les évaluations pour garantir l'anonymat aux répondants (minimum 3 réponses par terrain de stage).
Les évaluations signalant un problème grave peuvent par contre être utilisées dès le semestre suivant en cas de mise en danger des étudiants.

Ces évaluations sont indépendantes de celles proposées par le Syndicat Autonomie des Internes d'Alsace (SAIA).

Le système du tutorat permet un signalement précoce d'éventuelles difficultés, il s'agit de la voie à privilégier en amont des évaluations de stage.

En tant que futurs médecins, les étudiants sont particulièrement ciblés par les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques. Nombre de travaux scientifiques (3,4) ont montré l'influence de ces visites sur les prescriptions inadéquates des médecins généralistes.
Les étudiants sont invités à éviter de recevoir ces visiteurs médicaux et de ne pas participer aux évènements organisés par les laboratoires pharmaceutiques sous couvert d'actions de formation. Ce principe a été renforcé par l'Ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé (5).
Il ne peut en aucun cas être reproché à un étudiant cette attitude d'évitement des visiteurs médicaux lors de son stage.

Le tutorat

Un système de tutorat est mis en place pour les internes en DES de médecine générale. Chaque étudiant se voit attribuer un tuteur pour la durée de son DES. Ce tuteur est chargé d'accompagner l'étudiant dans le développement de ses compétences, de le conseiller sur ses besoins de formation et d'être le premier recours en cas de difficultés liées au DES (problème en stage, difficultés personnelles retentissant sur le DES, etc).

Chaque tuteur s'occupe de trois étudiants au maximum par promotion. Les tuteurs sont regroupés au sein d'un trinôme qui comporte habituellement neuf étudiants. La composition des trinômes s'effectue habituellement comme suit : un tuteur est membre du DMG, un autre est MSU et le troisième est un jeune médecin diplômé (ou un autre MSU).

Les rencontres individuelles

Selon les besoins des étudiants, deux à trois rencontres individuelles sont organisées par an avec le tuteur. Ces rencontres individuelles sont l'occasion de faire connaissance, de préciser le projet professionnel, les besoins de formation et le développement des compétences.

Une autoévaluation des compétences est souvent demandée à l'étudiant pour apprécier sa progression et confronter ces données aux hétéro-évaluations.

Les rencontres collectives

Des rencontres collectives, sous la forme de groupes d'échange et d'analyse de pratique (GEAP) ou de séances d'apprentissage par problème (APP) ont lieu une dizaine de fois par an.

Les groupes d'échange et d'analyse de pratique

Ces rencontres sont animées à tour de rôle par un des membres du trinôme de tuteurs. Un rapporteur est désigné en début de séance et chargé de rédiger un compte-rendu à inclure dans le portfolio de chaque participant.

Le principe de base du GEAP est d'échanger autour de situations vécues par l'un des étudiants. Cette situation est soit tirée au sort (par exemple : ramenez votre deuxième consultation de la veille) soit thématisée (ex : amenez une situation d'un patient souffrant de dépendance à l'alcool). Un participant énonce la situation et raconte sa prise en charge, les éventuelles difficultés et questions en suspens. Le groupe questionne la prise en charge, en déduit des problématiques et en discute.
Les apprentissages ainsi réalisés sont rattachés à une situation pratique authentique et sont plus facilement transférables en contexte de stage. De plus, l'analyse élaborée en groupe **renforce la réflexivité** et **optimise le développement des compétences sollicitées**.

La présence aux rencontres collectives (GEAP) est obligatoire.
Une absence peut être excusée sur présentation au trinôme de tuteurs d'un justificatif officiel (arrêt maladie). Les congés maternité, paternité et deuil peuvent également excuser une absence sur présentation d'un justificatif. Ne sont pas des motifs d'absence valables les congés annuels, un conflit avec une date de DU/DIU, master, l'exigence d'une présence en stage.

Les séances d'apprentissage par problème (APP)

A partir de la promotion 2021-2022, les séances de GEAP de phase socle (première année) sont remplacées par des séances d'apprentissage par problème (APP).
Une première séquence appelée « aller » consiste en une présentation d'un problème clinique comportant une part d'incertitude et de complexité. Les étudiants doivent déterminer quelles sont les données manquantes pour résoudre la situation et quelles sont les recherches qu'ils devraient effectuer pour résoudre la problématique. Cette phase dure environ 1h30 selon la complexité de la situation et l'habitude du groupe de cette méthode.
Une deuxième phase consiste entre les séances en une phase de recherche individuelle focalisée sur les objectifs déterminés par le groupe. Cette phase est appelée « étude ». L'étude peut consister en une recherche documentaire, consulter des recommandations, discuter avec des experts. Tout le monde réalise individuellement cette étude (pas de partage des tâches).
Une dernière phase nommée « retour » consiste en la présentation des résultats de cette étude avec résolution de la problématique. Cette phase dure également 1h30. Le retour doit survenir maximum une semaine après l'aller.

Les étudiants tirent de cette APP une trace d'apprentissage collective où ils rapportent les résultats de la phase aller (nature de la situation, définition des problématiques, objectifs de la recherche), de l'étude (nature des ressources consultées, résultats) et du retour (réponses aux questions). Un étudiant prend le rôle de secrétaire pour rédiger cette trace d'apprentissage collective.
Les étudiants sont invités à faire le lien dans une future trace d'apprentissage du journal de bord entre les apprentissages réalisés dans la séance d'APP et une situation clinique vécue en stage. Il s'agit d'expliciter quels apprentissages réalisés dans la séance d'APP ont été mobilisés face à un patient.
La littérature indique que l'APP permet des apprentissages plus profonds (plus utiles en pratique) que les modalités d'enseignement classiques. Elle explore les connaissances antérieures de l'étudiant, l'invite à identifier lui-même (en groupe) ses besoins d'apprentissages, nécessite de collaborer avec ses pairs pour résoudre la situation.
Cette modalité pédagogique est hautement cohérente avec les principes des théories de l'apprentissage que nous portons dans une approche par compétences (andragogie, socioconstructivisme).

Il y a sept paires de séances d'APP en première année (sept séances aller, sept séances retour) et neuf séances en deuxième année.

Les cas cliniques abordés en APP sont les situations du référentiel métier du médecin généraliste :

1. Patient asthénique
2. Douleurs abdominales chez un jeune adulte, signalées par un appel téléphonique
3. Découverte et prise en charge d'un diabète de type II (50 ans)
4. Adolescente face à la contraception
5. Hématurie aiguë isolée avec brûlures mictionnelles chez une femme de 40 ans
6. Homme de 65 ans obèse poly pathologique avec BPCO, HTA, épigastralgies et indication de prothèse pour gonarthrose
7. Femme de 58 ans venant consulter pour un bilan de santé
8. Enfant de 20 mois « tout le temps malade »... présentant une rhino-pharyngite récurrente
9. Homme de 50 ans souffrant d'une pathologie invalidante post accident du travail, chaudronnier
10. Homme alcoolo tabagique de 48 ans venant de perdre son travail
11. Consultation pour un certificat de non contre-indication à la pratique du sport
12. Homme de 70 ans atteint d'un cancer du côlon métastatique traité au domicile
13. Couple octogénaire sans plainte, femme avec troubles mnésiques, homme hypertendu, insuffisant cardiaque
14. Plaintes somatiques dans un contexte de conflit conjugal
15. Patiente de 35 ans avec un tableau de dépression itérative
16. Patient migrant accompagné s'exprimant mal en français

Les cas cliniques d'APP ne suivront pas cet ordre, ils seront proposés par l'animateur des séances dans un ordre visant une complexité croissante selon le moment de la formation.

Les jurys de validation de phase

A la fin du mois d'août/début septembre, se réunit le trinôme de tuteurs pour examiner la validation de la phase socle (ou de la phase d'approfondissement).

Les jurys de phase sont l'occasion pour l'étudiant de présenter une **auto-évaluation argumentée de son niveau de compétences** pour chacune des six compétences du référentiel. L'argumentation se base sur les descripteurs de niveaux de compétence des grilles d'évaluation utilisées.
Le jury examine en complément le niveau de compétences atteint sur les évaluations de stage, les retours des MSU et responsables pédagogiques hospitaliers, les traces d'apprentissages du portfolio, les données des entretiens individuels et des rencontres collectives/GEAP.

Lors des jurys de phases, les étudiants se voient proposer une invalidation dans les cas suivants :

1. Non atteinte du niveau minimal de compétences attendu à ce stade de la formation pour au moins une des compétences du référentiel. Critère estimé à partir des évaluations de stage et de l'auto-évaluation argumentée de l'étudiant.
2. Non validation d'au moins un stage de la maquette du DES
3. Non-respect des obligations pédagogiques : Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA) manquant ou rendu trop tard ; absence non justifiée à une séance d'APP, de GEAP ou de Sciences Humaines et sociales (SHS) ; comportement non-professionnel de l'étudiant dans les séances

d'APP/GEAP/SHS ; non-réalisation des formations obligatoires en phase socle, non-respect des prescriptions pédagogiques du contrat de formation ou du jury DMG

Les étudiants invalidés se voient proposer de passer devant un jury DMG. Selon le motif d'invalidation proposé, le jury DMG réalise un certain nombre de prescriptions pédagogiques adaptées à la situation de l'étudiant :

1. Stage supplémentaire fléché (semestre entier)
2. RSCA supplémentaire
3. Rattrapage de séances d'APP, de GEAP ou de SHS
4. Réalisation de Formations Optionnelles (FO)
5. Rédactions de traces d'apprentissage dans le journal de bord

A l'issue du jury de phase socle, l'étudiant signe un contrat de formation contenant si nécessaire un ensemble de prescriptions pédagogiques pour la suite du DES.

En cas de proposition de non-validation ou de doute, un jury composé uniquement de membres du DMG recevra l'étudiant pour la **validation de la phase d'approfondissement**.
Ce jury « secondaire » échangera avec l'étudiant à partir des évaluations de stage comparativement à une auto-évaluation des compétences. Une des 11 familles de situation clinique sera ensuite **tirée au sort** et l'étudiant devra choisir une trace d'apprentissage de son portfolio se rapportant à cette famille, la présenter et l'argumenter au jury.

Le contrat de formation

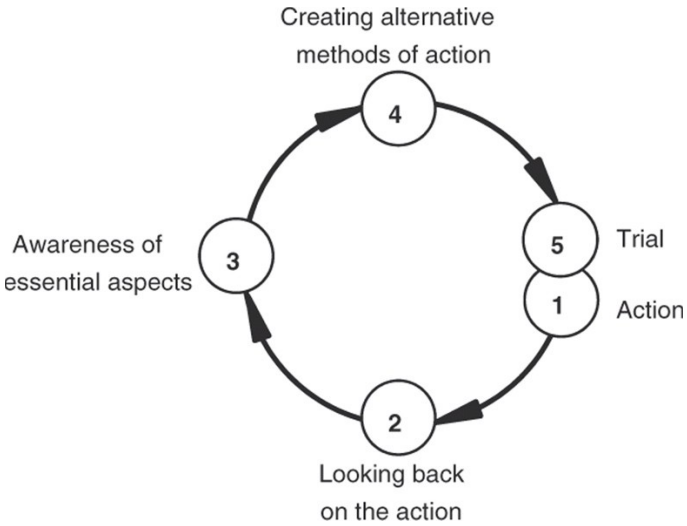
A l'issue de la phase socle, il est signé entre l'étudiant, le tuteur et le coordonnateur local un contrat de formation définissant les modalités pédagogiques pour la suite du DES : formations à suivre en priorité, axes de travail personnel, etc…
Ce contrat est essentiellement un outil d'accompagnement pédagogique personnalisé pour l'étudiant. Il n'a pas de caractère coercitif mais peut comporter des prescriptions pédagogiques, dont le respect sera un des éléments de la validation de la phase d'approfondissement.

Le portfolio

Le portfolio de l'étudiant peut être défini selon Paulson et Meyer comme "*une* ***collection réfléchie*** *de travaux de la part d'un étudiant,* ***une sélection qui démontre*** *ses efforts, ses progrès et ses réussites dans un ou plusieurs domaines*" (6). C'est selon Naccache *et al.* "*une* ***collection organisée et cumulative*** *de travaux et de réflexions d'un étudiant,* ***qui rassemble des informations sur les compétences*** *qu'il a développées au cours d'une période plus ou moins longue d'apprentissage*" (7).

Dans le DES de médecine générale, c'est le développement de ces compétences spécifiques à cette formation que l'étudiant va documenter dans le portfolio. Autant que le résultat, c'est le **cheminement** (la progression) qu'il est intéressant d'illustrer dans un portfolio.
Ce portfolio sert deux finalités dans le DES de Médecine Générale : être un **support des apprentissages** et un moyen de **démontrer le développement de ses compétences** afin d'obtenir son diplôme.

Comment le portfolio permet-il de favoriser les apprentissages ? Il stimule le développement de la réflexivité et invite ainsi à tirer profit des expériences vécues en stage, des informations issues de formations, de lectures, etc…
Le modèle ALACT (action-looking back-awareness-creating alternative methods-trial) (8), propose la figure ci-dessous afin d'illustrer le rôle de la réflexivité dans la boucle d'apprentissage.



Ainsi, à partir d'une situation vécue en stage par exemple, prendre un moment d'y repenser permet de réfléchir aux aspects essentiels de cette situation. Cette réflexion se prolonge par une auto-évaluation de sa performance dans la situation. Cela passe par des questions comme "qu'est-ce qui s'est bien passé ?", "qu'est-ce qui s'est mal passé ?" et "qu'aurais-je pu faire différemment ?". Cela conduit en fonction des réponses à ces questions à parfois essayer d'autres approches dans une situation ultérieure similaire.
Le portfolio favorise cette démarche réflexive. Le passage par l'écrit pour raconter la situation vécue, en expliciter les aspects essentiels et ce qui pourrait être fait différemment à l'avenir permet de tirer profit de ses expériences.

On parle de **traces d'apprentissage** pour désigner les récits de situations vécues en stage ou les réflexions sur les formations suivies qui vont être déposés dans le portfolio. En se référant aux définitions du portfolio ci-dessus, ce terme illustre que ces éléments vont documenter les apprentissages réalisés par l'étudiant dans sa formation.

Concernant les promotions jusqu'en 2021, le portfolio devait contenir obligatoirement :

- 1 RSCA par semestre
- En fin d'internat : une trace d'apprentissage portant sur chacune des 11 familles de situation

Pour les promotions à partir de novembre 2021, le portfolio devra contenir obligatoirement :

- 1 RSCA par semestre (sauf pour le semestre d'urgence et pour le 6ème si une date de soutenance de thèse à réservée au bureau des thèses avant la fin du 5ème semestre)
- Les traces d'apprentissage collectives des séances d'APP
- Les traces d'apprentissage du journal de bord

Les récits cliniques

Ces traces d'apprentissage comportent un **court récit** de situation sous forme d'une narration, à la première personne du singulier, d'une situation rencontrée en stage par l'étudiant. Ex : « J'ai rencontré en stage une patiente de 52 ans qui présentait une douleur du gros orteil droit depuis la veille […] ».
Le récit est accompagné d'une **analyse** de la situation qui peut illustrer les difficultés ressenties dans la situation et la perception des enjeux (diagnostic de situation). Ex : « je ne savais pas si ces symptômes étaient compatibles avec une crise de goutte ». Cette analyse dégage une ou plusieurs problématiques à explorer en rapport avec la situation. Exemples :

- Quels étaient les éléments à l'interrogatoire qui étaient en faveur d'une crise de goutte chez cette patiente ?
- Était-il justifié de prescrire des anti-inflammatoires à cette patiente en regard de la situation ?

Une partie d'**auto-formation** vient tenter de répondre à cette ou ces problématiques. Cela peut consister en une recherche de recommandations, une lecture d'articles scientifiques, des échanges avec les pairs, l'avis d'un sénior ou un recoupement de plusieurs de ces sources. Davantage que de rapporter mot pour mot les données trouvées, c'est surtout **ce que l'étudiant a retenu** et **comment cela s'applique à la situation racontée** qui est le cœur de la trace d'apprentissage.
Quelques phrases de **synthèse** sur ce qui serait fait à l'identique et ce qui serait fait différemment dans une situation similaire à l'avenir vient conclure la trace d'apprentissage.

Les **références bibliographiques** sont insérées dans le corps du texte en norme Vancouver et le détail est présenté dans une section « références ». La formation « recherche bibliographique et Logiciel de gestion de la bibliographie – Zotero » est réalisée pendant le premier semestre de la phase socle pour aider les étudiants face à ces exigences bibliographiques. La formation peut être répétée.

Une fois par semestre, une trace d'apprentissage **particulièrement réflexive** est demandée sous la forme d'un **récit de situation complexe authentique (RSCA)**. Le principe est le même que pour les autres récits de situation mais le récit est particulièrement détaillé (émotions du patient et de l'étudiant, interactions entre les participants, reflet des processus mentaux de raisonnement clinique) et **l'analyse de la situation prend en compte toute la globalité de cette situation ainsi que ses différents éléments de contexte**.
Deux à quatre problématiques doivent être dégagées et peuvent s'intéresser **à explorer** des champs divers : biomédical, psycho-social, environnemental (environnement de soins, dont l'entourage), médico-légal, administratif et éthique. C'est le fait que la situation comporte des **problématiques de plusieurs champs différents** qui démontre la complexité de la situation.

Les RSCA sont des traces d'apprentissage de 10 à 20 pages en moyenne. La qualité ne se mesure cependant pas au nombre de pages… La durée de rédaction d'un RSCA varie en moyenne de 4 à 10 heures (en comprenant les recherches de l'autoformation).

Ces RSCA permettent de démontrer plus finement le **développement des compétences** ainsi que la **réflexivité** de l'étudiant.
La réflexivité est définie ici comme le fait de « *s'engager dans des interactions attentives, critiques, exploratoires et itératives avec ses pensées, ses actions et leurs cadres conceptuels sous-jacents dans la perspective du changement* » (9). C'est donc la **capacité pour l'étudiant de réfléchir sur sa pratique dans le but de l'améliorer**. On parle de trace d'apprentissage réflexive. La grille REFLECT (10) en annexe n°4 est un outil permettant d'identifier ce qui constitue un RCSA pleinement réflexif.

La qualité du RSCA est évaluée sur la base de la grille en annexe n°5 :

1. La narration (détails, explicitation du raisonnement clinique, émotions, emploi de la première personne du singulier)
2. La problématisation (diagnostic de situation, adéquation des problématiques avec les compétences de la médecine générale)
3. Qualité de la recherche (pertinence, analyse critique)
4. Identification des apprentissages (compétences, connaissances)

Cette grille est téléchargeable à l'adresse : http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2012/09/grille-RSCA-DES-CNGE.pdf

Le RSCA semestriel doit être **validé par le tuteur avant la fin du semestre**. Les éventuelles corrections demandées devront donc avoir été effectuées. Il est donc demandé que le RSCA soit rendu au tuteur **au moins un mois avant la fin du semestre**. Il est enfin recommandé d'adresser la partie récit et l'ébauche des problématiques au tuteur avant de rédiger l'intégralité du travail afin d'avoir un premier avis.

A partir de la promotion 2021-2022, **il n'est plus exigé de RSCA lors du stage au service d'accueil des urgences** (SAU) en phase socle. De même, **les étudiants ayant soutenu leur thèse** ou ayant fixé une date de soutenance **avant la fin du 5e semestre** ne seront pas tenus de rendre un RSCA lors du sixième et dernier semestre.

Le journal de bord

Le journal de bord est une collection de petits récits de situations (quelques lignes souvent) sur une ou deux problématiques rencontrées en stage. Il est proche du carnet de stage utilisé sous format papier pour prendre des notes en deuxième cycle. Le contenu est libre, il n'existe pas de quantité minimale exigée.
Un journal de bord régulièrement rempli est un moyen intéressant de réaliser des apprentissages en stage en prenant ce temps d'autoformation en lien avec les situations vécues. C'est aussi un moyen de démontrer une rigueur de travail gage de qualité dans l'exercice de la médecine.

Le journal de bord peut être partagé avec les enseignants (tuteur, MSU…). Ce partage du journal de bord avec les enseignants n'est pas obligatoire. Il reste propre à l'étudiant.

Les traces d'apprentissage en lien avec des formations

Après avoir assisté à une formation, une trace d'apprentissage peut être déposée dans le portfolio. Il s'agit, comme pour la partie « autoformation » des récits de situation, d'éviter de simplement recopier le contenu de la formation. C'est en quelques lignes la présentation du contexte de formation et des apprentissages réalisés dans l'optique de la pratique de la médecine générale qui est l'intérêt de ces traces d'apprentissage. Il faut décrire les nouveaux apprentissages (ce que je ne savais pas), les apprentissages « confirmatoires » (ce que je savais déjà et que cette formation a renforcé) et les apprentissages « correctifs » (ce que je pensais savoir mais qui était erroné).

Cet exercice est à réaliser de préférence le jour même ou rapidement à l'issue de la formation afin d'optimiser les apprentissages. Cet exercice vous permettra de mieux mémoriser ce qui est important pour votre pratique clinique.

Formations hors-stage

Les formations proposées lors du DES se composent de formations sur les lieux de stage (formations en stage : cliniques ou théoriques) et de formations dites « hors-stage ».
Ces formations hors stage prennent la forme en premier lieu des groupes d'échange et d'analyse de pratique détaillées dans la section « tutorat ». Par ailleurs, le DMG propose un vaste panel de formations optionnelles sur divers aspects de la médecine générale.

Les formations optionnelles

Les formations optionnelles sont des formations hors-stage habituellement présentielles. Quelques formations optionnelles en ligne sont également proposées. L'offre des formations optionnelles sera amenée à évoluer dans le temps.
Leur durée varie entre 3h et deux jours. La liste actuelle des formations proposées est :

- FO1a Formation CPAM phase socle
- FO1b Formation CPAM phase d'approfondissement
- FO2 Relation médecin-patient
- FO3 Outils numériques en santé
- FO4a ContraceptionS
- FO4b Gestes techniques locomoteurs
- FO4c Gestes techniques vertiges
- FO5 Éducation thérapeutique et entretien motivationnel
- FO6 Suivi de grossesse
- FO7 Santé mentale en médecine générale
- FO8 Iatrogénie
- FO10a Recherche qualitative
- FO10b Recherche quantitative
- FO11 Réunion de thèse
- FO12a Recherche bibliographique niveau 1 et Zotero
- FO12b Recherche bibliographique niveau 2
- FO12d Cochrane
- FO13 Formations hors DMG
- FO14 Groupes Balint
- FO15 Pédagogie de l'erreur médicale
- FO16 Activité physique et santé
- FO17 Précarité et santé
- FO18 Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre
- FO20a Pathologies du sommeil adulte
- FO20b Pathologies du sommeil enfant
- FO22 Soins palliatifs
- FO23 Violences conjugales et maltraitance

- FO24 Interprétation des ECG en médecine générale (en ligne)
- FO25 Remplacement en libéral
- FO26 L'adolescent en consultation
- FO27 Rester un bon médecin : des pistes pour l'après DES
- FO28a Traces d'apprentissage/RSCA
- FO29 Médecine légale
- FO30 Santé de l'enfant
- FO31 Découverte de l'empathie
- FO32 Découverte de l'échographie en médecine générale
- FO33 Séances d'apprentissage par problème sur les situations prévalentes en médecine générale
- FO34 Aide à l'installation : visite du "showroom" de la CPAM
- FO35 Pathologies cutanées prévalentes en médecine générale

Les inscriptions se font via la **plateforme KATLA** : https://katla.med.unistra.fr/etudiant/connexion.php
La connexion s'effectue avec **vos identifiants sur la plateforme ERNEST**, l'environnement numérique et social de travail de l'Université de Strasbourg. Il est possible de se désinscrire jusqu'à une semaine avant la formation. **Il est impératif que les étudiants inscrits soient présents à la formation**.

A l'issue de la formation et après avoir signé une liste d'émargement, vous pourrez télécharger une attestation de réalisation de la formation sur la plateforme KATLA.

Les formations FO12a (recherche documentaire et Zotero) et FO28a (RSCA/traces d'apprentissage) sont à réaliser dans le premier semestre de la phase socle. Le détail de la procédure vous sera communiqué par mail (inscriptions d'office ou nécessité de s'inscrire sur KATLA). Ces deux formations vous permettront de commencer à produire des traces d'apprentissage de qualité et de vous approprier les techniques de recherche bibliographique.

La formation optionnelle en ligne FO24 "**Interprétation des ECG en médecine générale**" et la FO35 "**Pathologies cutanées prévalentes en médecine générale**" nécessitent une procédure particulière. Elles sont disponibles en ligne en permanence. Tous les étudiant inscrits en DES de MG reçoivent une fois par an un **lien unique par mail** sur leur adresse etu.unistra. Ce courriel est envoyé en général en début d'année universitaire. Il est donc parfois nécessaire de rechercher ce courriel sur la boîte de réception (utilisez par exemple le mot-clé « ECG »).
Pour obtenir une attestation de formation (en général inutile), il est alors nécessaire de s'inscrire sur KATLA avant de débuter la formation et de contacter la scolarité à l'issue de la formation.

Les formations optionnelles sont évaluées par un questionnaire en ligne envoyé aux participants (sauf les FO24 et 35 qui comportent directement une partie évaluation en fin formation). Ce feedback est très important pour améliorer ces formations.

Les DU, DIU et masters

La faculté de médecine, de maïeutique et de sciences de la santé et l'université de Strasbourg offrent un vaste choix de DU, DIU et de masters selon vos souhaits de formation.
Les masters sont des parcours orientés « recherche » qui sont à privilégier dans la perspective d'une telle activité ultérieure. Cela est notamment souhaité pour postuler à un poste de Chef de Clinique des Universités en Médecine Générale (CCU-MG).

L'offre des Diplômes Universitaires (DU)/Diplômes Inter Universitaires (DIU) est à consulter sur le site de la faculté de médecine à l'adresse http://med.unistra.fr/fre/Formations/Formation-medicale-continue et l'offre des masters à l'adresse http://med.unistra.fr/fre/Formations/Masters-M1-M2.

Les inscriptions se font habituellement à partir de la fin du printemps via le bureau des DU et masters.

Les formations spécifiques transversales

Les formations spécifiques transversales (FST) sont des formations théoriques et cliniques supplémentaires auxquelles les étudiants de **3ème cycle de DES** de médecine générale - comme les étudiants de l'ensemble des DES - peuvent candidater. Elles sont à réaliser en cas de projet professionnel particulier (ex : exercice principal ou exclusif dans le champ de l'addictologie).

Six FST sont reconnues utiles pour les étudiants en DES de médecine générale :

- Addictologie
- Douleur
- Expertise médicale/préjudice corporel
- Médecine du sport
- Médecine scolaire
- Prise en charge des soins palliatifs

Cependant, rien n'interdit dans la loi de réaliser les autres FST. L'intérêt et la cohérence en regard de la formation est certainement plus discutable pour certaines autres FST.

Les étudiants de troisième cycle accomplissent la FST, par principe, au cours de la phase d'approfondissement de la spécialité qu'ils poursuivent.
L'étudiant confirme au coordonnateur local de la spécialité ses vœux d'options ou de formations spécialisées transversales au plus tard deux mois après le début du semestre précédant celui pendant lequel il pourra suivre cette formation. Il lui transmet dans le même délai une lettre de motivation exposant son projet professionnel.

Néanmoins, la commission locale de coordination du DES ne pourra donner d'avis favorable à une candidature d'inscription à une FST que si l'étudiant est en Phase d'Approfondissement : Le 1er vœu d'inscription devra donc se faire durant les premiers mois du 3ème semestre d'Internat. Vous pouvez présenter deux candidatures consécutives à une FST donnée.

Les vœux de FST sont ensuite transmis en commission locale de coordination de médecine générale qui est chargée de l'instruction des dossiers de candidature et de l'audition des candidats qu'elle a présélectionnés sur la base des dossiers transmis. Elle établit la liste de classement par FST des étudiants susceptibles d'être autorisés à s'inscrire et la transmet au directeur de l'unité de formation et de recherche compétent qui valide celle-ci en dernier ressort et inscrit l'étudiant dans la FST dans la limite du nombre de places fixées par arrêté.

La journée de fin d'internat

Lors du dernier semestre du DES est organisée une journée de fin d'internat.
Cette journée consiste en une série d'ateliers autours des thématiques de l'installation et des remplacements. Seront abordés la comptabilité libérale, les obligations réglementaires (Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), etc ...), les différents modes d'installation, les assurances en libéral, etc ....

La présence à cette journée est obligatoire.

La thèse

La thèse est un travail de recherche qui doit être en lien avec la Médecine Générale. Les critères ci-dessous explicitent ce qu'est un travail avec un tel lien. Un sujet est considéré comme relevant de la Médecine Générale s'il comporte au moins un critère de chaque case.

La population étudiée est recrutée parmi	Les résultats du travail peuvent modifier
• des patients consultant en médecine générale ou en soins primaires • la population générale • les soignants exerçant en soins primaires • des étudiants ou enseignants en santé	• les pratiques des médecins généralistes (hors mode d'exercice particulier) • les comportements des usagers en santé • les pratiques pédagogiques en santé

Le sujet ainsi que le projet méthodologique doivent être soumis avant la fin de la première année de la phase d'approfondissement (habituellement fin de deuxième année du DES) au trinôme de tuteurs. Pour cela, l'étudiant doit compléter le questionnaire en ligne à l'adresse http://sondages.unistra.fr/limesurvey/index.php/854921?lang=fr
A la fin du questionnaire, l'étudiant peut exporter un fichier PDF de ses réponses. Il doit **envoyer ce PDF par mail à son trinôme de tuteurs**. Le trinôme doit alors répondre à la question « **le sujet est-il en lien avec la médecine générale ?** ». Si la réponse à cette question est « oui », la thèse sera autorisée à être soutenue pour le DES de médecine générale.
En cas de modifications majeures dans la thématique ou la méthodologie de la recherche, une nouvelle fiche projet devra être soumise selon la même procédure. Lors de l'inscription pédagogique à la soutenance de la thèse, une attestation émanant du tuteur du DMG certifiant que **votre sujet de thèse est en conformité avec votre fiche projet** sera exigée. A défaut, la soutenance ne sera pas autorisée et vous devrez soumettre une nouvelle fiche projet au trinôme de tuteurs.

A la fin de la phase d'approfondissement, le sujet et le directeur doivent être connus et une fiche projet définitive élaborée (selon la même procédure).

Vous trouverez beaucoup de réponses aux questions que vous vous posez dans la FAQ des thèses sur le site du DMG :
http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2021/08/FAQ-Re%CC%81unions-de-the%CC%80se-V4.pdf

Il est possible de soutenir sa thèse dès le début du DES. Il est possible de la soutenir jusqu'à **six ans après le début du DES.**

La soutenance se fait sous forme d'une présentation orale de 15 minutes accompagnée d'un diaporama. L'étudiant répond ensuite aux questions du jury.

Pour les étudiants nouveau régime : le jury, présidé par un professeur des universités, titulaire des disciplines médicales de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé de Strasbourg, doit être composé d'au moins trois membres. Hormis le président du jury, le jury doit comporter au minimum un bi-appartenant hospitalo-universitaire (PU-PH, MCU-PH, PHU, CCU-AH, AHU) ou un MCU-MG, ou un associé (PA-MG, MCA-MG), le 3ème doit obligatoirement être détenteur d'une thèse d'exercice et/ou de doctorat. Exemple de composition de jury : un PU-PH président, un MCA-MG, un médecin non-universitaire (qui peut être votre directeur par exemple).

Pour les étudiants anciens régime : le jury présidé par un Professeur des Universités – Praticiens Hospitalier (PU-PH) de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé de Strasbourg, doit être composé d'au moins **quatre membres**, dont trois enseignants titulaires des disciplines médicales (PU-PH et/ou MCU-PH, et/ou MCU-MG).
Il faut que ces universitaires soient bi-appartenant (ayant une attache à la fois à l'université et à une discipline médicale), les universitaires des sciences humaines et sociales sont donc exclus des membres obligatoires (en revanche, ils peuvent siéger comme 4e membre).

Fixer une date de soutenance nécessite de fournir un certain nombre de documents (rapport de thèse et conclusions signés par le président du jury, etc…). Le détail des formalités à accomplir est régulièrement actualisé à l'adresse http://med.unistra.fr/eng/Formations/3eme-cycle/These-de-Medecine.

Vous pouvez consulter le planning des disponibilités de la salle de thèse via la page dédiée de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé de Strasbourg : http://med.unistra.fr/fre/Formations/3eme-cycle/These-de-Medecine

En cas de difficultés

Durant votre internat vous pouvez vous sentir en difficulté : problème(s) en stage, burnout, difficultés dans l'accomplissement dans vos tâches obligatoires … il faut en parler ! Ne restez pas seul.

Pour ce faire, les différents intervenants que vous pouvez contacter sont :

- Votre tuteur
- La commission bien-être du DMG
- La médecine du travail
- Votre médecin traitant

Votre tuteur

Il reste votre interlocuteur privilégié, il est en lien avec le DMG et peut aider à résoudre des situations qui vous semblent insurmontables.
En cas de mésentente avec votre tuteur ou si vous ne pensez pas pouvoir/devoir lui parler de votre/vos problème(s) rien ne vous y oblige. D'autres solutions sont possibles.

Le groupe bien-être du DMG

Ce groupe vise à accompagner l'interne :

- en cas de problème personnel ou professionnel (stage, tutorat, obligations universitaires),
- en cas de nécessité d'aménagement de poste,
- en cas d'interrogation sur le cursus professionnel,
- en cas de toute autre situation ressentie comme difficile.

Les informations seront traitées en confidentialité et en accord avec l'interne.

Le groupe peut, si besoin, faciliter un lien avec la médecine du travail ou les structures accompagnantes adéquates. Plus il est contacté tôt, plus il est en mesure d'anticiper et de s'adapter à la situation rencontrée, aussi n'hésitez pas : toute demande est prise en compte. Vous pouvez le contacter grâce à l'adresse mail dédiée : bienetredmgstrasbourg@gmail.com

Le groupe bien-être est constitué de membres du DMG (composition au 1/11/2021) :

- Anne Berthou (PA)
- Antoine Giacomini (CCU)
- Philippe Guillou (PA)
- Fabien Rougerie (PA)
- Serge Covaci (CCU)

Au moins deux membres de cette commission peuvent vous recevoir en entretien individuel.

La médecine du travail

Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Il existe différents types de visites médicales.
Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il doit :

- conduire les actions de santé au travail, afin de préserver la santé des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel,
- surveiller l'état de santé des travailleurs en fonction de leur âge, des risques concernant leur sécurité, leur santé et la pénibilité au travail.

Vous ne serez pas obligatoirement convoqué par la médecine du travail durant votre cursus. Vous le serez obligatoirement en cas d'arrêt de travail prolongé (> 1 mois).
En cas de handicap, d'infirmité ou de nécessité d'aménagement du stage, le médecin du travail est votre interlocuteur privilégié.
Durant l'internat vous êtes salarié(e) et vous dépendez du service de médecine du travail de votre hôpital de référence (votre employeur). Si vous êtes en stage chez le praticien, vous dépendez du service de médecine du travail du CHU de Strasbourg.

Votre médecin traitant

Selon une enquête publiée en 2016 par l'Ordre des médecins, un étudiant en médecine sur quatre se dit en mauvaise santé et 14 % avouent avoir eu des idées suicidaires (11). Une enquête sur la santé mentale des jeunes médecins (dont les internes) retrouvait en 2017 que deux tiers d'entre eux souffraient d'anxiété et un quart de dépression (12).
En France, 80% des médecins n'ont pas de médecin traitant personnel (13). Ils privilégient l'autodiagnostic et l'automédication ou recherchent un conseil rapide auprès d'un confrère. A l'instar de la campagne d'information du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR), « Dis doc. T'as ton doc ? », nous tenons à vous sensibiliser sur l'importance d'avoir un médecin traitant.

Contacts

Voici quelques-uns des contacts les plus utiles pour votre DES.

Le service du 3e cycle

Anne-Catherine Langoureau : anne.langoureau@unistra.fr
Sophie Plaskota : plaskota@unistra.fr
Anne Abraham : a.abraham@unistra.fr

La direction des affaires médicales du CHU

Adresse générique : dam-internes@chru-strasbourg.fr

ARS Grand Est

ars-grandest-rh-en-sante@ars.sante.fr

Les membres du DMG

Jean-Luc Gries – Professeur Associé, Coordonnateur local du DES - jlgries@unistra.fr

Philippe Hild - Professeur Associé – phild@unistra.fr

Philippe Guillou - Professeur Associé - pguillou@unistra.fr

Juliette Chambe – Maître de Conférence des Universités - juliette.chambe@unistra.fr

Mathieu Lorenzo - Maître de Conférence des Universités, directeur du DMG – mlorenzo@unistra.fr

Fabien Rougerie - Professeur Associé - frougerie@unistra.fr

Anne Berthou - Professeure Associé – aberthou@unistra.fr

Claire Dumas - Maître de Conférence Associé – claire.dumas@unistra.fr

Anabel Sanselme - Maître de Conférence Associé – sanselme@unistra.fr

Yannick Schmitt - Maître de Conférence Associé – yannick.schmitt@unistra.fr

Léa Charton – Chef de Clinique des Universités – lea.charton@unistra.fr

Camile Lépine - Chef de Clinique des Universités – c.lepine@unistra.fr

Antoine Giacomini - Chef de Clinique des Universités – agiacomini@unistra.fr

Carine Zumstein - Chef de Clinique des Universités – c.zumstein@unistra.fr

Abdelkader Lahmar - Chef de Clinique des Universités – a.lahmar@unistra.fr

Serge Covaci - Chef de Clinique des Universités – scovaci@unistra.fr

Chloé Delacour – Assistante Universitaire de Médecine Générale - chloe.delacour@unistra.fr

Sophie Bauer - Assistante Universitaire de Médecine Générale - s.bauer1@unistra.fr

David Hollander - Assistant Universitaire de Médecine Générale - dhollander@unistra.fr

1. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

2. Tardif J. L'Évaluation des compétences- Documenter le parcours de développement. Chenelière Education; 2006. 384 p.

3. Goupil B, Balusson F, Naudet F, Esvan M, Bastian B, Chapron A, et al. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases. BMJ [Internet]. 6 nov 2019 [cité 5 déc 2019];367. Disponible sur: https://www.bmj.com/content/367/bmj.l6015

4. Healt action international. Fact or Fiction: What Healthcare Professionals Need to Know about Pharmaceutical Marketing in the European Union [Internet]. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: https://haiweb.org/publication/fact-or-fiction-pharmaceutical-marketing-in-the-european-union/

5. Ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé - Article 1.

6. Paulson L, Paulson P, Meyer C. What makes a portfolio a portfolio ? Eight thoughfull guidelines will hel educators encourage self-directed learning. Educ Leadersh. Fevrier 1991;60-3.

7. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie Médicale. 1 mai 2006;7(2):110-27.

8. Korthagen FAJ. Linking practice and theory: the pedagogy of realistic teacher education. Mahwah, N.J: L. Erlbaum Associates; 2001. 312 p.

9. Nguyen QD, Fernandez N, Karsenti T, Charlin B. What is reflection? A conceptual analysis of major definitions and a proposal of a five-component model. Med Educ. 2014; (48):1176-89.

10. Onaisi R, Severac F, Lorenzo M. Évaluer la réflexivité à travers les traces écrites d'apprentissage des étudiants en santé : traduction et adaptation interculturelle de la grille REFLECT. Pédagogie Médicale. 2021;22(1):15-26.

11. Santé des étudiants et jeunes médecins : des résultats inquiétants [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/sante-etudiants-jeunes-medecins-resultats-inquietants-0
12. Furhman J. Enquête santé mentale des jeunes médecins [Internet]. ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine. 2017 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/
13. Dis Doc, T'as ton Doc ? [Internet]. CFAR. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: https://cfar.org/didoc/

Annexes

Annexe 1 - Arrêté du 21 avril 2017 concernant le DES de médecine générale

DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

1. Organisation générale

1.1. Objectifs généraux de la formation :
Le DES vise à certifier l'ensemble des six compétences pour l'exercice de la médecine générale

- premier recours, urgence
- relation, communication, approche centrée patient
- approche globale, prise en compte de la complexité
- éducation, prévention, santé individuelle et communautaire
- continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- professionnalisme

1.2. Durée totale du D.E.S : 6 semestres
L'évaluation périodique prévue à l'article 1er du présent arrêté porte, en particulier, sur la durée de la formation en lien avec les objectifs pédagogiques de la spécialité et le développement des capacités de formation.
1.3. Intitulé des options proposées au sein du D.E.S : Néant
1.4. Intitulé des formations spécialisées transversales (FST) indicatives :
Dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut candidater à une formation spécialisée transversale (FST), notamment :

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

2. Phase socle

2.1. Durée : 2 semestres
2.2. Enseignements hors stages :
Volume horaire :
2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)
Nature des enseignements :
En application de l'article 5 du présent arrêté :

- travaux d'écriture clinique
- groupes d'échanges de pratique (GEP)
- méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP)
- groupes de formation à la relation thérapeutique
- groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité
- ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation

Connaissances à acquérir : Elles sont listées dans l'article 2 du présent arrêté.
2.3. Compétences à acquérir :
Compétences génériques et transversales à acquérir :
Les compétences génériques sont listées dans l'article 2 du présent arrêté et sont notamment en rapport avec les notions suivantes : mettre en œuvre une démarche décisionnelle du premier recours ambulatoire (fondée sur la prévalence, la clinique et la notion d'incertitude)

- développer l'approche centrée patient
- développer l'approche globale dans le modèle bio psycho social

Compétences spécifiques à la spécialité à acquérir :
Il est attendu en fin de phase socle un niveau de base sur les 6 compétences spécifiques listées au point 1.1 de la présente maquette.
2.4. Stages
Stages à réaliser :

- 1 stage en médecine générale auprès d'un ou plusieurs praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) à titre principal en médecine générale (stage de niveau 1)
- 1 stage en médecine d'urgence dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en médecine d'urgence et/ou à titre complémentaire en médecine générale

En cas de capacités de formation insuffisantes, l'un des deux stages de la phase socle peut être remplacé par le stage visé au a) du 3.4 de la présente maquette ou par un stage en médecine polyvalente dans un lieu hospitalier agréé à titre complémentaire en médecine générale. Le stage de phase socle non réalisé est accompli au cours de la phase d'approfondissement en remplacement du stage visé au a) du 3.4 de la présente maquette.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- évaluation du portfolio
-argumentation orale des travaux personnels du portfolio

3.6. Modalités de validation de la phase :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- validation des enseignements, des stages et du portfolio, recueil organisé des traces écrites d'apprentissage de l'étudiant
- validation du mémoire, qui est la version finale du portfolio

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- évaluation du portfolio
-argumentation orale des travaux personnels du portfolio

3.6. Modalités de validation de la phase :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- validation des enseignements, des stages et du portfolio, recueil organisé des traces écrites d'apprentissage de l'étudiant
- validation du mémoire, qui est la version finale du portfolio

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- évaluation du portfolio
-argumentation orale des travaux personnels du portfolio

3.6. Modalités de validation de la phase :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- validation des enseignements, des stages et du portfolio, recueil organisé des traces écrites d'apprentissage de l'étudiant
- validation du mémoire, qui est la version finale du portfolio

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- évaluation du portfolio
-argumentation orale des travaux personnels du portfolio

3.6. Modalités de validation de la phase :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- validation des enseignements, des stages et du portfolio, recueil organisé des traces écrites d'apprentissage de l'étudiant
- validation du mémoire, qui est la version finale du portfolio

3. Phase d'approfondissement

3.1. Durée : 4 semestres
3.2. Enseignements hors stages
Volume horaire :
2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)
Nature des enseignements :
En application de l'article 5 du présent arrêté :

- travaux d'écriture clinique
- groupes d'échanges de pratique (GEP)
- méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP)
- groupes de formation à la relation thérapeutique
- groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité
- des ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation

Connaissances à acquérir :
Elles sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.
3.3. Compétences :
Compétences à acquérir :
Les compétences génériques sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.
Il est attendu en fin de phase d'approfondissement un niveau avancé sur l'ensemble des 6 compétences spécifiques citées au point 1.1 de la présente maquette.
3.4. Stages :
Stages de niveau II à réaliser :
a) 1 stage en médecine polyvalente dans lieu hospitalier agréé à titre principal ou complémentaire en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux premiers semestres de la phase d'approfondissement.
b) 1 stage en santé de l'enfant : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale ;
c) 1 stage en santé de la femme : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale, et/ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en gynécologie médicale et/ou à titre complémentaire en médecine générale.
d) 1 stage en soins premiers en autonomie supervisée (SASPAS ou niveau 2), accompli auprès d'un ou plusieurs praticiens maîtres de stage des universités agréés à titre principal en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux derniers semestres de la phase d'approfondissement.
En cas de capacités de formation insuffisantes, l'étudiant peut accomplir à la place des stages visés en b) et c) :
e) 1 stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant :
Pendant ces stages, l'étudiant est confronté notamment aux familles de situations suivantes :

- situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence
- situations liées à des problèmes aigus/non programmées/fréquents/exemplaires
- situations liées à des problèmes aigus/non programmées/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- situations autour des problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et l'adolescent
- situations autour de la sexualité et de la génitalité
- situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
- situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques sont au premier plan
- situations avec des patients difficiles et/ou exigeants
- situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- situations avec des patients d'une autre culture

Critères d'agrément des stages de niveau I dans la spécialité :
En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte le fait que :

- les étudiants soient confrontés aux situations cliniques énumérées ci-dessus
- le stage permette des phases d'observation, de supervisions directe et indirecte des actes effectués en autonomie, des rétroactions régulières et des prescriptions pédagogiques en lien avec le cursus universitaire

2.5. Evaluation :
Modalités de l'évaluation des connaissances :
Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- obligation de présence en stages et en cours
- validation de la production personnelle de l'étudiant en stage et hors stage.

Modalités de l'évaluation des compétences :
Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- évaluation du portfolio
- argumentation orale des travaux personnels du portfolio

2.6. Modalités de validation de la phase et de mise en place du plan de formation :
Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine
Validation des enseignements, des stages et du portfolio

- auprès de deux praticiens agréés dont l'un au moins à titre principal en médecine générale, ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale
- ou auprès d'un praticien et dans un lieu hospitalier agréés pour le premier à titre principal en médecine générale, et pour le second à titre principal en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique et/ou en pédiatrie.
- ou dans deux lieux hospitaliers agréés respectivement à titre principal en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique et en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale

f) 1 stage libre accompli de préférence auprès d'un praticien maître de stage des universités ou dans un lieu agréé à titre principal en médecine générale
Critères d'agrément des stages de niveau II dans la spécialité :
En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte le fait que :

- les étudiants soient confrontés aux situations cliniques à gérer dans l'exercice des soins premiers
- le stage permette des phases d'observation, de supervisions directe et indirecte des actes effectués en autonomie, des rétroactions régulières et des prescriptions pédagogiques en lien avec le cursus universitaire

3.5. Evaluation :
Modalités de l'évaluation des connaissances :
Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- obligation de présence den stages et en cours
- validation de la production personnelle de l'étudiant en stage et hors stage

Modalités de l'évaluation des compétences :
Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- évaluation du portfolio
- argumentation orale des travaux personnels du portfolio

3.6. Modalités de validation de la phase :
Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- validation des enseignements, des stages et du portfolio, recueil organisé des traces écrites d'apprentissage de l'étudiant
- validation du mémoire, qui est la version finale du portfolio

DMG Strasbourg – novembre 2018 (d'après le modèle de l'Université de Limoges)

EVALUATION DU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DE L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE EN PHASE SOCLE

Interne - NOM :
Prénom :
Semestre en cours :

Évaluateur - NOM :
Prénom :
Tuteur/ MSU /MdS hospitalier

Date : _ _/_ _/_ _ _ _

Signature et cachet de l'évaluateur :

En fin de première année (phase socle), il est attendu que l'interne ai atteint le niveau intermédiaire pour les compétences :

- premier recours, urgences
- approche globale, prise en compte de la complexité
- relation, communication, approche centrée patient

Pour ceux qui n'ont pas fait de stage en médecine générale niveau 1, ils doivent au minimum avoir atteint le niveau novice dans l'ensemble des six compétences.

Les étudiants doivent avoir été confrontés aux quatre familles de situations ci-dessous en phase socle :

- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence
- Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/fréquents/exemplaires
- Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan

	Compétence non acquise	Novice	Intermédiaire
Premier recours, urgences			
Approche globale, prise en compte de la complexité			
Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire			
Continuité, suivi et coordination des soins			
Relation, communication, approche centrée patient			
Professionnalisme			

En rouge : Niveau minimal attendu en fin de phase socle

1

DMG Strasbourg – novembre 2018 (d'après le modèle de l'Université de Limoges)

EVALUATION DU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DE L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE EN PHASE D'APPROFONDISSEMENT

Interne - NOM :
Prénom :
Semestre en cours :

Évaluateur - NOM :
Prénom :
Tuteur/ MSU /MdS hospitalier

Date : _ _/_ _/_ _ _ _

Signature et cachet de l'évaluateur :

En rouge : niveau minimal requis en fin de phase d'approfondissement

	Compétence non acquise	Novice	Intermédiaire	Compétent
Premier recours, urgences				
Approche globale, prise en compte de la complexité				
Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire				
Continuité, suivi et coordination des soins				
Relation, communication, approche centrée patient				
Professionnalisme				

Commentaires libres :

1

DMG Strasbourg

		L'interne…
PREMIER RECOURS, URGENCES	Novice	➢ Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possible en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face.
	Intermédiaire	➢ Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que centrée patient et tenant compte des prévalences liées au contexte. Fait des tentatives pour repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; a encore du mal à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient. ➢ Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient. ➢ Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties. ➢ Étend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et en fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure.
	Compétent	➢ Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions ➢ S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins ➢ Fait des diagnostics de situation ➢ Évoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf. suivi) ➢ Évoque la possibilité de symptômes biomédicalement inexpliqués (SBI) ➢ Élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient ➢ Gère les urgences ressenties par le patient ➢ Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités

DMG Strasbourg

		L'interne…
RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT	Novice	➢ Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation. ➢ Utilise principalement une communication verbale. ➢ Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient. ➢ Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient. ➢ Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias.
	Intermédiaire	➢ Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle. ➢ Dans l'analyse d'une consultation peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions. ➢ Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient. ➢ Accepte l'idée que l'on ne peut tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation. ➢ Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles.
	Compétent	➢ En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier ➢ Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux ➢ Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique que pour le patient ➢ Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci ➢ Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause ➢ Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage ➢ Met en œuvre, avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient

DMG Strasbourg

		L'interne…
APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE	Novice	➢ Entrevoit qu'il existe des données psycho sociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte. ➢ Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui.
	Intermédiaire	➢ A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation. ➢ A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient). ➢ Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait il prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle.
	Compétent	➢ Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient ➢ Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser ➢ Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant ➢ Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient ➢ En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture ➢ Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient ➢ Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

DMG Strasbourg

		L'interne…
EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE	Novice	➢ Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste. ➢ Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire. ➢ Possède des notions vagues de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient. ➢ Se sent responsable de la gestion de la santé du patient. ➢ Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient.
	Intermédiaire	➢ Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin ➢ Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples ➢ Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant ➢ Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient ➢ Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient
	Compétent	➢ Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient ➢ Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur) ➢ Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient ➢ Collabore activement avec d'autres intervenants impliques dans la prévention et l'éducation du patient

DMG Strasbourg

		L'interne…
CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT	Novice	➢ Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients ➢ Utilise le dossier médical ➢ Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin ➢ Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins ➢ Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants ➢ Met en place une relation médecin malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites ➢ Se rend disponible pour la permanence des soins
	Intermédiaire	➢ Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations ➢ Prend en compte les problèmes et les plaintes a n d'organiser le suivi ➢ Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche ➢ Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi ➢ Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours ➢ Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)
	Compétent	➢ Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi ➢ Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient ➢ Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient ➢ Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux ➢ Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient ➢ Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage ➢ Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile ➢ Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins, y compris lors de ses absences

DMG Strasbourg

		L'interne…
PROFESSIONNALISME	Novice	➢ Entrevoit un projet professionnel ➢ Accepte son rôle d'interne ➢ Présente un engagement altruiste envers le patient ➢ Participe aux formations théoriques et pratiques du DES
	Intermédiaire	➢ Manifeste un engagement pour la médecine générale ➢ S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques ➢ Prend conscience du besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences ➢ Définit des objectifs de formation en fonction de son projet professionnel ➢ Organise son temps de travail
	Compétent	➢ Assume sa responsabilité envers le patient et la société ➢ Collabore avec les autres soignants ➢ Organise son outil et son temps de travail ➢ Améliore ses compétences ➢ Prend en charge le patient avec altruisme ➢ S'implique dans le rayonnement de la discipline

D'autres indicateurs de niveaux de compétences peuvent être préférés :

EVALUATION FORMATIVE DES INTERNES — Grille d'observation par compétences

ELABORATION D'UN DIAGNOSTIC GLOBAL DE SITUATION EN TENANT COMPTE DE LA COMPLEXITE		Evaluation	Commentaires	NIVEAU DE COMPÉTENCE EXIGIBLE		
Le diagnostic de situation consiste non seulement à observer une personne dans son contexte, mais aussi à en réaliser une approche systémique qui apprécie simultanément ses dimensions organique, relationnelle et environnementale, et leurs interactions						
Présentation / Entretien				Novice	Appronfondi	Confirmé
1	Prend contact de façon chaleureuse et appropriée			OK	OK	OK
En cas de patient accompagné	*Identifie la place de l'accompagnateur*				OK	OK
	Privilégie le contact avec le patient sans négliger l'accompagnateur					OK
2	Identifie le (les) motif(s) de la consultation			OK	OK	OK
3	Recherche la plainte réelle derrière la plainte alléguée					OK
4	Laisse le patient s'exprimer et formuler sa demande sans l'interrompre			OK	OK	OK
En cas de plaintes multiples	*Définit avec le patient les priorités à traiter et celles qui pourront faire l'objet d'autres consultations*				OK	OK
En cas de première rencontre	*Se renseigne sur les raisons du choix du patient : pourquoi moi ? pourquoi ici ?*					OK
	Entretient tout en renseignant le dossier médical / ATCD / en fonction de la plainte				OK	OK
	Explique son fonctionnement / celui de la structure/					OK
5	Explore la demande par questions ouvertes préalables			OK	OK	OK
6	Adopte une attitude non verbale facilitant la parole du patient			OK	OK	OK
7	Explore les données biomédicales (exploration de la plainte)			OK	OK	OK
8	Explore les liens avec les évènements de vie du patient				OK	OK
9	Explore les répercussions de la plainte sur la vie du patient				OK	OK
10	Explore ce que le patient a réalisé seul ou accompagné pour faire face à sa plainte				OK	OK
11	Prends en compte l'avis et les perspectives du patient / empathique					OK
12	Fait une synthèse et reformule				OK	OK
Démarche diagnostique				Novice	Appronfondi	Confirmé
La démarche diagnostique devra être discutée lors de l'entretien pédagogique de débriefing ou si besoin pendant la consultation en cas d'intervention du MSU qui devra repérer les étiologies des erreurs de raisonnement (voir en annexes ces principales étiologies)						
13	*En cas de renouvellement*			OK	OK	OK
	S'enquière de ce qui s'est passé depuis la dernière fois				OK	OK
	Questionne sur l'acceptation du traitement			OK	OK	OK
	Recherche tolérance au traitement / effet secondaire / iatrogénie			OK	OK	OK
14	Elabore une ou plusieurs hypothèses diagnostiques au vu de l'entretien			OK	OK	OK
15	Prend en compte la prévalence en Médecine Générale				OK	OK
16	Prend en compte le risque morbide à court et moyen terme à éliminer			OK	OK	OK
Examen clinique				Novice	Appronfondi	Confirmé
17	Explique les objectifs et le déroulement de l'examen clinique			OK	OK	OK
18	Structure l'examen centré sur les hypothèses / objectifs de la consultation			OK	OK	OK
19	Poursuit l'entretien durant l'examen physique				OK	OK
20	Réalise l'examen en prenant en compte, en levant et en respectant les réticences exprimées ou non exprimées par le patient			Respecte	Explore	Négocie
21	Maîtrise les gestes permettant un examen pertinent				OK	OK
A l'issue de la démarche				Novice	Appronfondi	Confirmé
22	Confirme l'hypothèse ou élabore des hypothèses alternatives et dans ce cas adapte sa stratégie diagnostique et décisionnelle			Confirme	Complète	Complète
23	Décide à partir du résultat de la consultation : symptômes, examens cliniques et complémentaires				OK	OK
ELABORATION D'UN PROJET NEGOCIE ; DECISION PARTAGEE		Evaluation	Commentaires	Novice	Appronfondi	Confirmé

	Etablir avec le patient des objectifs prenant en compte ses possibilités, le contexte, ses contraintes, leur pertinence ; Informer progressivement sur la maladie, la nommer, sur les bienfaits de la prise en charge, sur les risques liés à la maladie, sur la surveillance, sur l'hygiène de vie. Vérifier la compréhension et l'appropriation de ces informations, puis leur					
24	*En cas de renouvellement* *Vérifie la pertinence : faut-il continuer ainsi ou modifier le traitement ?*				OK	OK
25	Utilise un langage clair et accessible			OK	OK	OK
26	Explique la conclusion diagnostique et thérapeutique			OK	OK	OK
27	Informe en tenant compte du patient (type et quantité adéquats d'information à transmettre)				Informe	Adapte
28	Vérifie la compréhension et l'accord du patient				OK	OK
29	Prends en compte et s'adapte à l'avis du patient					OK
30	Tient compte de la temporalité / du cheminement du patient					OK

	METTRE EN ŒUVRE LE PROJET THERAPEUTIQUE	Evaluation	Commentaires	Novice	Approfondi	Confirmé
31	Propose une intervention non médicamenteuse et médicamenteuse			OK	OK	OK
32	Prescrit les examens complémentaires de bilan et de suivi, si nécessaire, en les justifiant et en les hiérarchisant			De bilan	De suivi	Hiérarchisé
33	Aide le patient à réaliser ce qui a été décidé ensemble				OK	OK

	ELARGIR ET ENVISAGER LA PREVENTION	Evaluation	Commentaires	Novice	Approfondi	Confirmé
34	Donne des conseils et des informations à visée de prévention sur un mode descendant			OK	OK	OK
35	Intègre la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête				OK	OK
36	Intègre couramment la prévention et l'éducation du patient en tenant compte de l'avis du patient					OK
37	Intègre l'entourage du patient dans la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête en tenant compte de l'avis du patient					OK
38	Réalise démarche et gestes de dépistage				OK	OK
39	Organise les consultations programmées et le recours à des tiers dans le cadre de l'éducation / facilite l'empowerment				OK	OK
40	Collabore avec d'autres intervenants impliqués dans le travail de prévention, dépistage et d'éducation thérapeutique				Participe	Activement

	INSCRIRE SON ACTION DANS LA CONTINUITE ET PLURIDISCIPLINARITE	Evaluation	Commentaires	Novice	Approfondi	Confirmé
	Planification du suivi et du projet					
41	Renseigne le dossier médical			OK	OK	OK
42	Utilise le dossier médical pour faire le lien entre les recours ponctuels				OK	OK
43	Utilise le dossier médical pour comprendre le parcours du patient					OK
44	Organise les consultations programmées et le recours à des tiers				OK	OK
45	Fait la synthèse régulièrement de la situation du patient et l'intègre au dossier médical				OK	OK
46	Utilise le temps et l'évolution du symptôme comme outil d'évaluation				OK	OK
47	Tient compte des avis des autres intervenants dans sa prise en charge				OK	OK
48	Met en place si nécessaire une collaboration avec d'autres soignants (médicaux et paramédicaux) et acteurs sociaux					OK
	Etablissement et entretien de la relation de soin			Novice	Approfondi	Confirmé
49	S'adapte aux émotions exprimées ou perçues				OK	OK
50	Associe le patient à la démarche tout le long de la consultation					OK
51	Elargit sa prise en charge aux autres aspects de la vie du patient					OK
52	Adopte une posture appropriée en fonction de la situation				OK	OK
53	Adapte / Modifie sa posture en fonction de la situation et de l'évolution d'une consultation					OK
54	Accompagne / soutient le patient					OK
	En cas de difficulté *Informe de ses propres difficultés de gérer pareille situation*			OK	OK	OK
	Nomme et reconnait les émotions du patient				OK	OK

REPÉRAGE DES COMPÉTENCES	
Compétence Communication / Approche centrée pa	Compétence Prévention / Dépistage / Education thérapeutique
Compétence Approche globale / Prise en compte de la complexité	Compétence Continuité / Suivi / Coordination
Compétence Premier recours / Urgences	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ABSENCE REGLEMENTAIRE | 2020/2021

A transmettre à votre gestionnaire de la Direction des Affaires Médicales et de la Stratégie Médicale Territoriale au minimum 8 jours avant le début de vos congés.

Direction des Affaires Médicales et de la Stratégie Médicale Territoriale
Gestion des internes,
1, place de l'Hôpital BP 426
67091 STRASBOURG CEDEX

dam-internes@chru-strasbourg.fr

MATRICULE (MENTION INDISPENSABLE) :
NOM et Prénom :
Fonction :

NATURE DU CONGÉ	DU	AU (inclus)	NOMBRE de JOURS
CONGÉ ANNUEL (CA)			
AUTORISATION D'ABSENCE EXCEPTIONNELLE (mariage, décès, naissance …) Joindre impérativement le justificatif			
CONGÉ DE FORMATION– CONGRÈS (F) (joindre impérativement le programme car à défaut le congé sera décompté sur CA)			
CONGÉ DE MALADIE /MATERNITÉ / PATERNITÉ (à préciser)			

Strasbourg, le

Signature de l'intéressé(e) :	Cachet et Signature du **Maître de Stage** Concerné par la période de stage	Cachet et signature du **Médecin Coordinateur** Du stage auprès du praticien

Autorisations spéciales d'absences : 5 jours ouvrables pour un mariage ou PACS ; 3 jours ouvrables pour chaque naissance ; 3 jours ouvrables en cas de décès ou de maladie très grave du conjoint, des père, mère et enfant. Les absences pour évènements familiaux doivent être prises dans les 15 jours autour de l'évènement et peuvent être fractionnées.

Congés annuels des internes : L'interne a droit à un congé annuel rémunéré de 30 jours ouvrables qui peuvent être pris à compter du début du semestre d'hiver jusqu'à la fin du semestre de d'été (de novembre à novembre N+1). La durée maximale de congés annuels pouvant être pris de façon consécutive est de 24 jours.

Les congés annuels sont à poser et décomptés sur les jours ouvrables (y compris le samedi). En conséquence, une semaine de congés annuels du lundi au dimanche est décomptée comme 6 jours et non comme 5 jours de congés annuels. Il en est de même pour les congés annuels posés en fin de semaine : par exemple, pour un congé posé le jeudi et le vendredi, le samedi sera aussi décompté, sauf attestation expresse du responsable de service selon laquelle l'interne était présent dans le service le samedi.

Critère	Axe I : Niveaux de réflexivité de l'étudiant au travers de la trace écrite d'apprentissage			
	Absence de réflexion sur l'action	**Ébauche de réflexion sur l'action**	**Réflexion sur l'action**	**Réflexion approfondie sur l'action (réflexivité)**
Profondeur du récit (et de l'analyse)	Description superficielle (description de faits, impressions vagues) sans réflexion ou introspection	Description détaillée de la situation et impressions sans réflexion	Écriture au-delà du rapport de faits ou de la description approchant de la réflexion (tentative de compréhension, de remise en question, ou d'analyse de l'événement sans analyse des conséquences de l'action)	Exploration et critique des préjugés, valeurs, croyances, biais, et des conséquences de l'action (immédiates et futures)
Implication de l'auteur	Impression que le récit est impersonnel, l'auteur étant peu ou pas impliqué	Impression que l'auteur n'est que partiellement impliqué dans le récit	Impression que l'auteur est largement impliqué, permettant au moins partiellement d'accéder à ses pensées et d'identifier le rôle qu'il/elle a eu	Impression que l'auteur est pleinement impliqué tout au long du récit, permettant d'accéder à ses pensées et d'identifier le rôle qu'il/elle a eu
Description des problématiques	Aucune description des problèmes, questionnements et/ou difficultés soulevés par la situation en question	Description insuffisante des problèmes, questionnements et/ou difficultés soulevés par la situation en question	Description détaillée des problèmes, questionnements et/ou difficultés soulevés par la situation en question	Description complète des problèmes, questionnements et/ou difficultés soulevés par la situation en question avec présentation de plusieurs perspectives, recherche de différentes explications et mise à l'épreuve d'hypothèses
Attention portée à ses propres émotions	Peu ou pas de prise en compte ou d'attention portée à ses émotions	Reconnaissance de ses émotions sans prise en compte ou exploration	Reconnaissance, exploration, et prise en compte de ses émotions	Reconnaissance, exploration, prise en compte et amélioration des capacités de gestion de ses émotions
Analyse et recherche de sens*	Aucune analyse ou recherche de sens	Ébauche d'analyse ou de recherche de sens	Analyse et recherche de sens incomplètes	Analyse et recherche de sens complètes et approfondies

Axe II : Impacts de la réflexivité sur les apprentissages	
Apprentissages transformateurs	**Confirmation des apprentissages antérieurs**
Les cadres de référence* ou structures de raisonnement* sont transformés, le champ de compétences est élargi. Intégration perceptible de nouveaux apprentissages, façonnant ses futures perceptions, ses émotions, ses attitudes, ses capacités de compréhension intuitive*, ses actions et le sens donné aux situations. Dégage une impression d'avancée majeure.	Les cadres de référence et structures de raisonnement sont validés dans la situation en question.

Grille REFLECT

Glossaire

Certains des termes de la grille REFLECT en Français renvoient à des concepts qu'il est utile d'expliciter. Les définitions ci-dessous permettent aux formateurs et aux apprenants d'acquérir un vocabulaire commun pour évaluer la réflexivité et favoriser son développement.

Cadres de référence :
La notion de cadres de référence renvoie à un ensemble d'éléments objectifs (exemples : faits, connaissances, bases théoriques…) ou subjectifs (préjugés, croyances…) acceptées par une personne et qui influencent sa perception d'une situation, ses décisions, opinions, ou comportements.

Capacités de compréhension intuitive :
Là encore, cette expression renvoie dans la version anglaise au terme d'*insight*, cette fois utilisé seul. Face à une situation donnée, c'est la capacité d'appréhender la nature profonde de cette situation et/ou d'en avoir une perception intuitive pour la comprendre et agir en conséquence. Toutefois, à la différence d'une simple intuition, la notion d'insight repose aussi sur les connaissances du sujet, qui alimentent cette compréhension intuitive. La « compréhension intuitive » renvoie aussi à ce caractère très singulier, chaque sujet appréhendant un problème de manière personnelle afin de le résoudre.

Recherche de sens (construction de sens) :
L'analyse de la situation doit permettre de donner une signification personnelle aux événements selon ses cadres de référence. Cette recherche/construction de sens contribue ainsi à une meilleure compréhension de la situation.

Structures de raisonnement :
C'est la façon dont le sujet construit son raisonnement et sa réflexion face à une situation ou un problème pour lui donner un sens, une signification. Ces structures ou schémas de raisonnement se transforment par la réflexion et l'expérience d'apprentissage.

Guide d'utilisation

La grille REFLECT est une traduction validée d'un outil développé en langue anglaise pour évaluer le niveau de réflexivité des étudiants au travers de leurs traces écrites d'apprentissage. Elle permet d'offrir une rétroaction de qualité qui optimise l'apprentissage de la réflexivité.

L'application de la grille REFLECT à une trace d'apprentissage réflexive s'opère en quatre étapes :

1. Lecture de l'ensemble du récit
2. Fragmentation : « zoomez » sur les détails du récit (expressions, phrases) pour évaluer la présence et la qualité de tous les critères. Déterminez quel niveau correspond à chaque critère.
3. Réévaluation du récit dans son ensemble : Prenez du recul pour considérer le récit dans son ensemble (tout en prenant en compte l'analyse détaillée que vous venez de réaliser à l'étape 2). Déterminez le niveau atteint du récit en entier. Déterminez si l'un ou l'autre des impacts de la démarche réflexive en termes d'apprentissage (apprentissages transformateurs et/ou confirmation des apprentissages antérieurs) ont été également atteints.
4. Argumentation du choix des niveaux atteints et impacts sur les apprentissage en citant des extraits du texte. Ne « lisez pas entre les lignes ».

		Pertinent	Améliorable	Insuffisant
COMPLEXITE	Diversité des champs abordés	La diversité recouvre plusieurs des champs abordés en soins primaires : administratif, biomédical, psycho-relationnel, social mais aussi éthique, réglementaire…	La diversité est relative puisque seules quelques problématiques sont abordées mais il n'est pas exposé les éléments des autres champs de la situation	La situation expose une problématique dans un ou deux champs seulement
	Diversité des solutions	Les solutions proposées dépendent de plusieurs stratégies de résolution de problème et sont le fruit d'une réflexion et d'un choix prenant en compte la complexité de la situation	Les solutions sont bien définies mais ne prennent pas en compte tous les champs de la situation	Les solutions sont uniques, exclusives ou standardisées
NARRATION DE LA SITUATION	Caractère narratif du récit	Le récit est détaillé prenant en compte les temps de la consultation et les temps en dehors de la consultation, concernant la globalité du patient, produit par un sujet narrateur à la première personne du singulier, relatant la succession dans le temps de l'ensemble des faits marquants, des comportements réels, des sentiments vécus par le narrateur et de l'ensemble des éléments (description physique, présentation, paroles échangées, ton, attitudes, sensations, sentiments ressentis, interactions, transfert…) permettant de suivre la démarche de résolution de problème	La relation est faite par un sujet narrateur plus ou moins impliqué, de séquences marquantes de la situation, avec des manques concernant le vécu de la relation, ne permettant pas d'avoir l'ensemble des éléments concourant finement la démarche de résolution de problème	La situation est similaire à une prise d'observation clinique : description impersonnelle exhaustive, structurée d'un cas clinique sans fait marquants ou incidents critiques, sans analyse et interprétation en vue d'une prise de décision
	Exposé de la démarche	Les données exploratoires de la plainte initiale ou identifiée sont racontées, aussi bien les éléments sémiologiques que l'ensemble des données permises par le recueil, l'argumentaire de la décision est explicité, la négociation avec le patient et les éléments de la stratégie éducative sont rapportées	Certains champs de données exploratoires sont manquants, la décision n'est pas explicitée en regard de l'ensemble des champs de la situation, des éléments de la stratégie éducative ne sont pas rapportés	Les données exploratoires sont insuffisantes en regard de la situation, les décisions ne sont pas explicitées, les éléments de la négociation et concourant au développement d'une stratégie éducative ne sont pas rapportés

Grille d'évaluation d'un RSCA par le CNGE. Critères d'évaluation détaillés

		Pertinent	Améliorable	Insuffisant
PROBLEMATISATION ET OBJECTIFS D'ETUDE	Pertinence des questions formulées par l'étudiant	Les problèmes sont formulés par des questions précises se rapportant à la résolution de la situation exemplaire	Les problèmes sont formulés par des questions générales se rapportant plus ou moins à la résolution de la situation exemplaire	Les problèmes ne sont pas formulés sous forme de question, mais sous forme de sujets généraux d'étude à traiter, ou ne se rapportent pas à la résolution de la situation exemplaire
	Adéquation des questions avec les tâches et fonctions de la MG	Les questions sont en adéquation avec les tâches et fonctions de la MG définies par le référentiel métier	Les questions sont parfois en dehors du champ de la médecine générale	Les questions ne concernent pas le champ des soins primaires
	Précision de la définition des objectifs d'étude et adéquation avec les problèmes	La définition des objectifs est précise en fixant des tâches d'apprentissage précises en rapport avec les problèmes posés	La définition est vague sans tâche d'apprentissage clairement identifiée ou partiellement en rapport avec les problèmes posés	Il n'y a pas d'objectif d'étude notifié, il n'y a pas de tâche d'apprentissage identifiée, ou ces objectifs sont discordants avec les problèmes posés
RECHERCHE DOCUMENTAIRE	Adéquation de la recherche avec les objectifs	La recherche est en adéquation avec les objectifs d'étude identifiés	Le choix et la recherche des documents considérés sont insuffisamment adaptés en regard des objectifs d'étude	Les documents recherchés ne sont pas adaptés aux objectifs d'étude ou il n'y pas d'élément documentaire étayant les réponses aux objectifs d'étude
	Pertinence de la recherche (pertinence des références)	Le choix des références est de bon niveau de preuve et permet de répondre aux questions posées	Le choix des références est de niveau de preuve discutable ou ne permet de répondre que partiellement aux questions posées	Le choix des références est de niveau de preuve insuffisant ou ne permet pas de répondre aux questions posées
	Qualité du résumé (réponses aux questions posées)	Le texte est clair, concis, identifie les réponses aux questions posées, dont les références sont citées tout au long du texte selon les recommandations en vigueur avec mention du niveau de preuve	Le texte ne répond pas toujours clairement aux questions précises bien qu'il comprenne des notes d'analyse bibliographique, des résumés des entretiens avec les personnes ressources ou de discussions collégiales, ou n'est pas référencée de manière suffisante ou le niveau de preuve n'est pas mentionné.	Le texte ne permet pas de répondre aux questions posées, ou n'est pas clair, ou n'est pas référencé

Grille d'évaluation d'un RSCA par le CNGE. Critères d'évaluation détaillés

		Pertinent	Améliorable	Insuffisant
SYNTHESE DE LA SITUATION CLINIQUE	Identification des points clés	Les points importants du travail en soins primaires sont identifiés de manière explicite et claire de façon à pouvoir être réutilisés dans d'autres situations	Les points importants du travail apparaissent de manière inégale et ne sont pas réutilisables facilement	Les points importants ne sont pas identifiables, paraissent absents ou sur le même plan que des points de détail ou de lointain rapport avec les soins primaires
	Acquisition de nouvelles compétences	La synthèse compare les connaissances et compétences antérieures et celles acquises par le travail, en comparant les solutions proposées et celles mises en œuvre dans le RSCA	La synthèse apporte des éléments imparfaits rendant compte du processus d'apprentissage et permet difficilement de comparer les solutions proposées et celles mises en œuvre	La synthèse est absente ou ne rend pas compte de l'apport du travail effectué, ou ne compare pas les solutions proposées et celles mises en œuvre
	Utilité des traces d'apprentissage produites	Les traces d'apprentissage produites reflètent l'ensemble des travaux effectués, sont bien présentées et peuvent être facilement conservées et réutilisées par l'étudiant	Les traces d'apprentissage ne reflètent qu'une partie des travaux effectués, sont moyennement bien présentées, ou ne sont que moyennement réutilisables par l'étudiant	Les traces d'apprentissage rendent insuffisamment compte des travaux attendus, ou sont présentées de manière non pertinente et ne sont pas réutilisables efficacement par l'étudiant.
EVALUATION GLOBALE ET COMMENTAIRES SUR LE TRAVAIL : **Si pas d'items « insuffisant » : validé, et éventuels commentaires du jury.** **Si 1 ou 2 items « insuffisant » : validation à l'appréciation du jury** **Si 3 items « insuffisant » : non validé**				