

Sommaire

▪Présentation	p. 1
▪Charte du Praticien agréé-Maître de stage des Universités	p. 2
▪Contacts	p. 3
▪Le Département de Médecine Générale	p. 4
▪Cursus des études médicales	p. 6
▪Le stage de médecine générale en 2 ^{ème} cycle	p. 8
▪Le DES de Médecine générale en 3 ^{ème} cycle	
○ Stages pratiques	
- Mémo	p. 12
- Généralités	p. 13
- Stage chez le Praticien	p. 16
- Stage Ambulatoire en Soins Primaires Autonome Supervisé (SASPAS)	p. 20
- Aspects pédagogiques	p. 24
○ Enseignement	p. 29
▪Travail de thèse et de recherche en médecine générale	p. 32
▪Besoins de formation des Praticiens agréés-Maîtres de stage des universités	p. 34
▪Textes réglementaires	p. 35
▪Annexe 1 : Définition européenne de la Médecine Générale	p. 36
▪Annexe 2 : Les 11 compétences génériques	p. 38
▪Annexe 3 : Les situations prototypiques en Médecine Générale	p. 40
▪Annexe 4 :Compétences pour exercer la Médecine Générale	p. 42
▪ Annexe 5 : Fiche mensuelle de présence de l'interne	p. 49
▪ Annexe 6 : Fiches d'évaluation par le Maître de stage	p. 50
- Fiche d'évaluation formative à 2 mois et 4 mois	p. 51
- Fiche d'évaluation du stage de l'interne (stage chez le Praticien)	p. 52
- Fiche d'évaluation du stage de l'interne (SASPAS)	p. 53
▪Annexe 7 : Rapport et évaluation du stage par l'interne	p. 54
- Rapport de stage	p. 55
- Fiche d'évaluation de la qualité pédagogique du stage(SP) par l'interne	p. 56
- Fiche d'évaluation de la qualité pédagogique du stage (SASPAS) par l'interne	p. 57
▪Notes personnelles	p. 58

Présentation

Vous êtes médecin généraliste, Maître de stage des Universités (MSU), agréé par l'ARS Aquitaine sur proposition de l'Université de Bordeaux.

Vous avez signé la charte du Maître de stage.

Vous allez recevoir soit des étudiants en stage de 2^{ème} cycle, soit des internes de 3^{ème} cycle dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale.

Ce livret a pour objectif de vous informer des principes et modalités organisationnelles et pédagogiques.

Il vient en complément du Livret du Stagiaire, qui est le support de formation et d'évaluation des internes, dans le cadre de l'enseignement proposé par le Département de Médecine Générale.

.....

Remerciements à tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce livret : les Professeurs Bernard GAY, Jean-Louis DEMEAUX, Gérard DUCOS, William DURIEUX, Gérard DUROUX, Jean-Philippe JOSEPH, Jean-Louis LEMASSON et François PETREGNE, et les Docteurs Alain CHAPERON et Daniel REYNOLDS. Merci à Madame Chantal BONNIN pour sa relecture attentive.

Charte du Praticien agréé - Maître de stage des Universités

Cette charte constitue l'engagement du Maître de Stage suite à son agrément par l'ARS. Elle concerne la maîtrise de stage au cours du DES de Médecine générale.

1. Le maître de stage a pour tâche de favoriser l'acquisition par l'interne en stage des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale en ambulatoire.
2. Le maître de stage s'engage à respecter les recommandations pédagogiques élaborées notamment par le Département de Médecine Générale (DMG), rappelées dans le Livret de Maître de stage, et à suivre les formations pédagogiques proposées par le DMG, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE Formation) ou le Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA).
3. Le maître de stage doit avoir souscrit une assurance Responsabilité Professionnelle, en spécifiant à sa compagnie d'assurance qu'il accueille des internes en stage. Il s'assure que l'interne a lui-même souscrit une assurance Responsabilité Professionnelle couvrant les éventuels dommages causés à un patient ou au maître de stage lui-même, dans le cadre du stage.
4. Le maître de stage veille à ce que l'interne respecte le temps de présence défini par les textes réglementaires : 10 demi-journées par semaine, dont 2 consacrées à la formation universitaire.
5. Le maître de stage assure l'accompagnement pédagogique de l'interne. Il contribue à sa progression et à sa mise en autonomie lors du stage chez le praticien de 1^{er} niveau.
6. Le maître de stage doit demander l'accord du patient pour les actes réalisés en présence de l'interne ou par l'interne lui-même.
7. Une **supervision directe** est réalisée pour tous les actes effectués par l'interne en présence du maître de stage (consultations, visites, actes d'urgence, gestes techniques) dans le cadre de la phase semi-active. Une **supervision indirecte** est régulièrement assurée de manière différée, pour les actes effectués en autonomie, dans le cadre de la phase active du stage chez le praticien ou du SASPAS.
8. **Pendant la phase active** du stage de niveau 1, l'interne peut effectuer des actes seul, dans la limite **d'une moyenne de 3 actes par jour** (calculée sur l'ensemble du semestre de stage, soit au maximum 360 actes pendant le stage). **Au cours du SASPAS**, l'interne effectue **en moyenne 900 actes seul**, répartis sur les cabinets des maîtres de stage qui l'accueillent. L'interne accomplit les actes au nom du maître de stage et porte sur les ordonnances et les feuilles de soins ses nom et prénom, la mention manuscrite « interne » et sa signature. Les honoraires des actes réalisés par l'interne sont reversés au maître de stage. Lors des visites à domicile effectuées par l'interne, ce dernier est dédommagé des frais de déplacement par le maître de stage.
9. Dans tous les cas, le maître de stage doit être présent ou joignable et susceptible d'intervenir à tout moment et rapidement auprès de l'interne (seniorisation). S'il ne peut être disponible, il s'assure de la présence d'un autre maître de stage de l'équipe pédagogique.
10. Pour des raisons légales et pédagogiques, le stage ne peut en aucun cas être assimilé à un remplacement. L'interne ne peut pas remplacer son maître de stage durant la durée du stage et ne peut recevoir de rémunération ni de son maître de stage, ni des patients, au titre de ses activités de stagiaire.
11. Le maître de stage établit à la fin du stage un rapport d'évaluation, signé par l'interne et transmis au Coordonnateur du DES de Médecine Générale et au Directeur de Département de Médecine Générale, pour validation du stage.

Je soussigné, Docteur
m'engage à respecter la présente charte du Maître de Stage.

Fait à _____, le _____

Contacts

- Université de Bordeaux: Département de Médecine Générale.
146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex. Tél : 05 57 57 13 11
mail : scolarite.medecine-generale@u-bordeaux.fr
<https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Troisieme-cycle-de-medecine-generale>
- Centre Hospitalier Universitaire : Direction des Affaires Médicales.
12, rue Dubernat 33400 Talence Cedex. Tél : 05 56 79 53 85
<http://www.chu-bordeaux.fr>
- Agence Régionale de Santé : ARS Aquitaine
Espace Rodesse 103 bis rue Belleville 33063 Bordeaux Cedex
<http://www.ars.nouvelle-aquitaine.sante.fr/>
- Laboratoire de Gestes Techniques : Université de Bordeaux, site de Carreire,
Bat. ED : salle 52. Tél : 05 57 57 12 76
<https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Troisieme-cycle-de-medecine-generale/Formation-pratique>
- Bibliothèque de Médecine Générale : Université de Bordeaux.
Tél : 05 57 57 14 52
<http://www.u-bordeaux.fr/Universite/L-universite-de-Bordeaux/Campus/Campus-de-Carreire>
- Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA).
146 Rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex.
<http://www.cgea-asso.fr/>
- Plateforme pédagogique Formatoile
<https://ent.u-bordeaux.fr/uPortal/f/formation/p/Moodle.u65l1n8/max/render.uP?pCp>

Le Département de Médecine Générale

Le Département de Médecine Générale (DMG) a pour tâche, au sein de la Faculté de Médecine de Bordeaux, d'organiser la formation à la médecine générale au cours des trois cycles des études médicales.

Organisation

• Direction

- **Directeur du DMG et Coordonnateur du DES de Médecine Générale :**
Professeur Jean-Philippe JOSEPH
jean-philippe.joseph@u-bordeaux.fr
- **Directeur adjoint :**
Professeur William DURIEUX
william.durieux@u-bordeaux.fr

Professeurs émérites :

- **Pr Bernard GAY**
bernard.gay@u-bordeaux.fr
- **Pr Jean-Louis DEMEAUX**
jean-louis.demeaux@u-bordeaux.fr

• Enseignants associés de Médecine Générale :

- Professeur associé : **Docteur Philippe CASTERA**
philippe.castera@u-bordeaux.fr
- Professeur associé : **Docteur François PETREGNE**
francois.petregne@u-bordeaux.fr
- Maître de conférences associé : **Docteur Christophe ADAM**
christophe.adam@u-bordeaux.fr
- Maître de conférences associé : **Docteur Sylvie DUHAMEL**
sylvie.duhamel@u-bordeaux.fr
- Maître de conférences associé : **Docteur Baptiste LUACES**
baptiste.luaces@u-bordeaux.fr
- Maître de conférences associé : **Docteur Laurent MAGOT**
laurent.magot@u-bordeaux.fr
- Maître de conférences associé : **Docteur Yves MONTARIOL**
yves.montariol@u-bordeaux.fr

• Assistante associée de Médecine Générale :

- **Dr Shérazade KINOANI**

• Chefs de clinique de Médecine Générale :

- **Dr Mélanie AFONSO**
- **Dr Guillaume CONORT**
- **Dr Emmanuel PROTHON**
- **Dr Nicolas ROUSSELOT**
- **Dr Yves-Marie VINCENT**

• Gestion administrative :

Responsable : Madame Chantal BONNIN 05 57 57 13 11

• Secrétariat :

- **Stages hospitaliers :** Madame Catherine BOISSEL 05 57 57 14 16
- **Stages ambulatoires du 3^{ème} cycle :** Madame Véronique RAYNAUD 05 57 57 14 16
- **Stages en 2^{ème} cycle :** Madame Chantal DOUENCE 05 57 57 12 76
- **Enseignement :** Madame Bernadette VILLAR 05 57 57 12 76
- **Inscriptions, thèses et diplômes :** Madame Nassima BENMAHI 05 57 57 46 20

Rôles du DMG

- Le DMG a pour mission d'organiser :
 - l'enseignement théorique (élaboration du contenu de l'enseignement, choix pédagogiques, mise en place des programmes, évaluation) ;
 - la maîtrise de stage en 2^{ème} et 3^{ème} cycles (contenu et évaluation).

- Le DMG a pour tâche :
 - le recrutement des maîtres de stage et des enseignants généralistes (attachés d'enseignement, chargés d'enseignement) dont la nomination est soumise au Conseil de DMG;
 - la formation pédagogique des médecins généralistes enseignants maîtres de stage.

- Le DMG a sous sa responsabilité :
 - la validation des lieux de stage pratique de 3^{ème} cycle ;
 - le développement des activités de recherche, thèses et travaux spécifiques de médecine générale, documentation ;
 - la collaboration avec les diverses instances concernées par la formation à la médecine générale ;
 - les relations avec les autres secteurs d'enseignement et de recherche de la Faculté, susceptibles de contribuer ou de participer à la formation à la médecine générale.

Pédagogie

- Le DMG a fait un choix pédagogique pour la formation des internes en 3^{ème} cycle dans le cadre du DES : l'apprentissage contextualisé qui développe la participation active de l'étudiant à sa propre formation, en interaction avec ses enseignants. Un processus d'analyse systématique et supervisé est initié à partir des situations professionnelles authentiques rencontrées au cours des stages pendant les 3 ans de l'internat.
- Ce questionnement va générer une autoévaluation et une autoformation s'appuyant sur une pratique réflexive. Les questions non résolues deviennent les objectifs d'une recherche personnelle, dans une démarche d'Evidence-Based Medicine (EBM) : identification du problème, recherche des données actuelles de la science disponibles, analyse de leur pertinence, mise en adéquation avec les circonstances cliniques à la lumière des caractéristiques de la médecine générale et application de façon personnalisée au patient concerné. Ce processus aboutit à l'acquisition des compétences utiles à l'exercice de la médecine générale.
- Deux supports pour cet enseignement : le Portfolio pour l'enseignement et les différents stages pour la formation pratique, supports qui sont déclinés dans ce livret.
- Dans les lieux de formation variés, cet enseignement reste centré sur l'étudiant, d'où le rôle imparti aux maîtres de stage, aussi bien dans l'encadrement des stages hospitaliers et ambulatoires que dans l'enseignement ou encore lors de la direction de thèse.

Cursus des études médicales

Le cursus des études de médecine générale comprend une partie commune à tous les étudiants d'une durée de 6 ans, puis une partie spécifique après les Epreuves Classantes Nationales (ECN), de 3 à 5 années, selon la spécialité d'internat choisie.

◆ Les deux premiers cycles

Le premier cycle dure trois ans. La **Première Année Commune aux Etudes de Santé** (PACES), se termine par le concours d'entrée en médecine: 334 places au Numerus Clausus pour Bordeaux en 2016. Le premier cycle est sanctionné par le **Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales** (DFGSM) de niveau licence.

Le deuxième cycle dure trois ans et assure la formation clinique de base. En fin de deuxième cycle, les étudiants doivent valider le Certificat de synthèse clinique et thérapeutique. Le deuxième cycle est sanctionné par le **Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales** (DFASM) de niveau master. Il est organisé en Modules d'Enseignement (ME) par appareil, avec un enseignement intégré (alternance enseignement théorique / stages hospitaliers dans la même discipline), une participation des enseignants de médecine générale pour les soins de santé primaires, et des stages en médecine générale en 5^{ème} année (DFASM2).

- DFASM 1 :
 - ME Appareil Neuro-psycho-sensorielle
 - ME Appareil cardiovasculaire et thoracique
 - ME Appareil locomoteur, Dépendance
 - ME Hépato-gastroentérologie, Endocrinologie, Métabolisme
- DFASM 2
 - ME Mère – Enfant – Néphrologie - Urologie
 - ME Cancérologie - Hématologie
 - ME Maladies infectieuses – Dermatologie - Immunopathologie
 - Epreuve de Lecture Critique d'Article
- DFASM 3
 - ME Médecine, Douleur, Soins palliatifs, Urgences, Réanimation, Thérapeutique, Gériatrie

La fin de la 6^{ème} année est sanctionnée par le passage d'un examen final, les Epreuves Classantes Nationales (ECN) dont le programme comprend 362 items répartis en 11 Modules d'Enseignement.

Les étudiants choisissent ensuite selon leur rang de classement leur spécialité d'internat et leur université d'accueil.

◆ Le DES de Médecine Générale : 3 ans

- Objectifs de formation :
 - Prendre en charge les pathologies courantes en soins de santé primaires
 - Acquérir les spécificités de la pratique en milieu ambulatoire
 - Maîtriser les éléments biomédicaux, relationnels et professionnels utiles à l'exercice quotidien

- Formation pratique comportant :
 - 2 semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés
 - médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie
 - médecine d'urgence
 - 2 semestres dans des lieux de stage agréés
 - stage en pédiatrie et/ou gynécologie
 - stage libre
 - 1 semestre auprès d'un médecin généraliste, Praticien agréé-Maître de stage des Universités
 - 1 semestre selon le projet professionnel de l'interne, soit en médecine générale ambulatoire sous forme d'un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur.
- Enseignement organisé en 6 modules, chaque module correspondant à un semestre de stage. La participation est obligatoire. La validation est acquise par l'assiduité et la participation active aux cours, ainsi que par la présentation, à la fin du dernier semestre, du Portfolio (équivalent du mémoire), devant un jury composé d'un enseignant universitaire, d'un médecin généraliste enseignant et d'un praticien hospitalier.
- Méthodes pédagogiques :
 - Portfolio
 - Groupes d'Analyse de Pratique
 - Tutorat collectif
 - Laboratoire de gestes techniques
- Organisation de l'enseignement théorique (selon les effectifs d'IMG)
 - 174 heures sur 3 ans
 - 1 module de 30 heures par semestre
 - 5 journées de 3 séances, soit 15 séances d'enseignement par semestre
 - 10 commissions Pédagogiques Locales
 - Bordeaux (4)
 - Agen
 - Bayonne
 - Dax Mont de Marsan
 - Pau
 - Périgueux / Bergerac

◆ Le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Il ne peut être délivré qu'aux candidats ayant à la fois soutenu avec succès leur thèse et obtenu le Diplôme d'Etudes Spécialisées. La soutenance de la thèse peut intervenir, au plus tôt, dès la validation du troisième semestre de formation et au plus tard, trois années après l'obtention du DES.

Le stage de médecine générale en 2^{ème} cycle

Le stage de médecine générale en 2^{ème} cycle mérite d'être traité à part : les étudiants concernés, l'organisation, les objectifs pédagogiques sont très différents de ce qui caractérise les stages en 3^{ème} cycle. Par ailleurs ce stage est en plein développement.

Cadre du stage

Ce stage est prévu depuis *l'arrêté du 4 mars 1997*(1). L'intérêt du stage en médecine générale pour l'acquisition du savoir-faire clinique et pour l'apprentissage au raisonnement clinique est démontré à ce niveau des études médicales, car les étudiants apprennent aussi bien ces savoirs au cabinet du médecin généraliste qu'à l'hôpital (2) ; le CNGE a réalisé avec l'AMNSF et l'ISNAR IMG un projet national concernant ce stage (3).

A Bordeaux, un « stage de découverte » en médecine générale de 5 demi-journées a été mis en place en octobre 2001, pour des étudiants volontaires dans le cadre des stages libres de DCEM3 (5^{ème} année), avec un très bon niveau de satisfaction (4).

L'arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de *l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997* (5) déclenche la mise place en France d'un stage nouvelle formule. Prévu pour être obligatoire pour tous les étudiants de 2^{ème} cycle, ce stage, a concerné à Bordeaux, pour des raisons pratiques, 20 étudiants de DCEM2 chaque trimestre, affectés sur la CUB selon des modalités de choix identiques à celles des stages hospitaliers, sur des postes composés de 2 maîtres de stage, le matin 6 jours sur 7. Une évaluation de cette formation a été réalisée auprès des étudiants (8).

La nouvelle maquette d'enseignement mise en place à Bordeaux à la rentrée 2009-2010, et la publication de *l'arrêté du 18 juin 2009* (9) ont modifié le contexte de cette formation, en fonction de la répartition des enseignements des différentes disciplines en 2^{ème} cycle.

Actuellement, plus de 50 stages de 7 semaines à temps plein sont proposés aux étudiants de DFASM 2, 6 fois par an, avec des Maîtres de stage seuls ou en binôme, avec la possibilité d'externaliser quelques stages sur les 5 départements d'Aquitaine. Des stages d'été (1 mois) sont organisés pour les étudiants de DFASM 2 et 3 sur la base du volontariat.

Modalités pratiques

- Les modalités de choix sont identiques à celles des stages hospitaliers.
- 1 Maître de stage par étudiant, parfois 2 Maîtres de stage pour 2 étudiants, éventuellement 2 maîtres de stage dont l'un coordonne le stage et s'assure de la transmission au DMG des différents documents réglementaires dans les délais souhaités.
- Présence de l'étudiant au minimum 3 demi-journées par semaine.
- Articulation possible avec un stage en 3^{ème} cycle, en particulier un SASPAS : la présence d'un interne en DES de Médecine Générale et d'un étudiant en 2^{ème} cycle est possible sous conditions de locaux adaptés et de disponibilité suffisante du maître de stage.
- Une extension en Aquitaine sur les 5 départements est réalisée pour les étudiants volontaires qui n'ont pas de cours l'après-midi et qui se sont préinscrits au service des stages, sous réserve que les problèmes de logistique soient préalablement résolus.

- Indemnisation : par période de 7 semaines environ, les honoraires pédagogiques (525 € par stage et par étudiant) sont partagés entre les maîtres de stage.
- Pour information : conformément à l'article D6153-58-1 du code de la santé publique, modifié par le Décret n°2014-319 du 11 mars 2014, les étudiants en médecine perçoivent, le cas échéant, une indemnité forfaitaire de transport, lorsqu'ils accomplissent un stage en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement, si le lieu de stage est situé à une distance de plus de 15 kilomètres de l'unité de formation et de recherche dans laquelle est inscrit l'étudiant. Cette indemnité n'est cumulable avec aucun dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport directement versé à l'intéressé.

Responsabilité

L'étudiant en 2^{ème} cycle n'a pas de responsabilité décisionnelle ou thérapeutique mais il participe à l'acte médical dans ses aspects intellectuels et pratiques.

Le Maître de Stage avise son assurance professionnelle de la présence de stagiaires.

Objectifs du stage

Sur le plan pédagogique, les objectifs sont clairement fixés et doivent être prioritairement partagés avec l'étudiant.

Au cours du stage, l'étudiant doit :

- appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en cabinet et la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels ;
- appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire, la place du médecin généraliste au sein du système de santé
- se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale libérale : interrogatoire du patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, détermination d'un diagnostic, prescription et suivi d'une mise en œuvre d'une thérapeutique ;
- se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique;
- appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale libérale ;
- comprendre les modalités de gestion d'un cabinet.

Le contenu à transmettre à l'étudiant découle de ces objectifs.

Agrément des Maîtres de stage

Le maître de stage agréé doit exercer son activité professionnelle depuis au moins un an. Il est agréé pour cinq ans par le Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, après avis du Conseil de l'UFR, sur proposition du Département de Médecine Générale et après avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Accueil

Une affiche annonçant la présence de l'étudiant est apposée dans la salle d'attente.

L'entretien en début de stage permet de :

- Faire connaissance (rôles de l'étudiant et du maître de stage, année d'étude et niveau de l'étudiant).

- Apprécier la (les) motivation(s) de l'étudiant, ses attentes.
- Fixer les modalités et le cadre réglementaire.
- Mettre au point les modalités pratiques du stage en tenant compte des problèmes de transport.
- Prendre en compte les possibilités du (des) maître de stage.
- Annoncer et partager les objectifs.
- Prévoir la stratégie en cas d'obstacle lié au manque de connaissances théoriques.
- Annoncer les tâches prévues pour l'étudiant et pour le maître de stage.
- Placer l'étudiant de façon adaptée au cabinet.
- Prévoir l'évaluation, ses modalités et les moments de cette évaluation.
- Annoncer ou fixer la coordination du stage et ses modalités entre les maîtres de stage.
- Situer le stage en ambulatoire et en médecine générale/ stage à l'hôpital.
- Prévoir un recours précoce au DMG en cas de difficulté.

Déroulement du stage

Il comprend plusieurs phases qui peuvent se chevaucher :

- Phase d'observation active, avec tâches d'observation fixées, questionnement systématique de l'étudiant et/ou réponse à ses questions.
- Phase active où l'étudiant doit être mis en situation et en relation avec le patient afin de réaliser des tâches cliniques et diagnostiques déterminées à l'avance.

Cette phase a lieu en supervision directe ou indirecte (*voir chapitres spécifiques du livret*), le maître de stage intervenant en tant que de besoin.

Il n'y a pas d'autonomie totale à ce niveau de formation, mais il y n'existe pas de stage passif où l'étudiant est simplement observateur.

Contenu d'enseignement

Le contenu de l'enseignement s'articule entre ce qui est enseigné à la Faculté et la pratique de la médecine générale.

Evaluation

Elle accompagne le stage avec, au minimum, une évaluation intermédiaire pour parler des difficultés et des points forts rencontrés afin de fixer de nouveaux objectifs ou de nouvelles modalités d'enseignement.

Les Maîtres de Stage renseignent et partagent l'évaluation en fin de stage et proposent la validation du stage à l'Université. Le support de cette évaluation est désormais informatique, le lien pour compléter la fiche en direct est adressé au maître de stage coordonnateur une quinzaine de jours avant la fin de chaque stage.

Recrutement et formation

Le nombre de MDS impliqués dans ce stage est encore insuffisant, et doit être accru par le recrutement de nouveaux volontaires.

Une formation et une remise à niveau sont prévues chaque année.

Références :

1. Arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, abrogé à compter de l'année universitaire 2015/2016, et remplacé par l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. (*Le diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM 1,2 et 3) de niveau licence, remplace les PCEM 1 et 2 et le DCEM1, et le diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM 1,2 et 3) de niveau master, remplace les DCEM 2, 3 et 4*).
2. Murray E, Jolly B, Modell M. Can students learn clinical method in general practice? *BMJ* 1997;315:920-3.
3. Projet national de stage en médecine générale pour les étudiants du second cycle des études médicales. Vincennes : CNGE, 2007.
4. Hassid P. Thèse Médecine Bordeaux 2008.
5. Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales –Journal officiel n°273 - 25 novembre 2006.
6. Arrêté du 20 février 2008 modifiant l'arrêté du 16 mai 1997 relatif à l'indemnisation des maîtres de stage exerçant leur activité en cabinet libéral.
7. Avis de publication des annexes prévues à l'arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales et publié au Journal officiel n° 273 du 25 novembre 2006.
8. Beliah J. Le stage de médecine générale en deuxième cycle des études médicales. Evaluation qualitative des étudiants du premier stage de trois mois réalisé à Bordeaux. Thèse Médecine Bordeaux 2008, 86.
9. Décret n° 2014-674 du 24 juin 2014 modifiant les dispositions du code de la santé publique relatives aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie. (Notamment art. 2, 3 et 5)
10. Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine.

3^{ème} cycle : DES de Médecine générale

Stages Pratiques

Aspects organisationnels

MEMO POUR L'ACCUEIL DE L'INTERNE EN STAGE

Mémo destiné à la première rencontre entre un interne et son (ses) maître(s) de stage, afin de ne pas omettre de points importants.

Éléments administratifs	Éléments organisationnels
Fiche de présence mensuelle	Présentation des intervenants et de l'organisation du cabinet
Stages auxiliaires obligatoires	Horaires de présence
Organisation des visites (éventuelles) en solo et prise en charge des frais inhérents	Mode de présentation de l'interne aux patients et de sa position
Fiche d'évaluation finale de l'interne	Tâches dédiées à l'interne
Evaluation de la qualité pédagogique du stage par l'IMG	Encadrement pédagogique du stage
Congés et gardes éventuelles, repas du midi	Progression vers l'autonomie d'apprentissage : observation, supervision directe, indirecte

Du fait de votre agrément par l'ARS et de la convention que vous avez signée, il n'est plus nécessaire de remplir une *convention de stage* pour chaque stagiaire.

La **fiche de présence mensuelle** (voir annexe 5) doit être adressée régulièrement au DMG (avant le 5 du mois suivant au plus tard).

La **fiche d'évaluation du stage de l'interne** ainsi que la **fiche d'évaluation du stage par l'interne** doivent être renvoyées au DMG un mois et demi avant la fin du stage (dates butoirs 15 mars et 15 septembre).

GENERALITES

1. Organisation administrative

- Conditions de recrutement :

Les médecins généralistes qui souhaitent devenir **Maître de stage des Universités** doivent exercer leur activité professionnelle depuis au moins 3 ans, avoir un cabinet offrant un environnement favorable à la formation, et s'engager à suivre des formations à la maîtrise de stage.

Les candidats doivent en faire la démarche (par écrit) auprès du DMG et remplir un dossier d'agrément à la maîtrise de stage de Médecine Générale.

L'agrément des maîtres de stage est fixé par l'arrêté du 4 février 2011 :

« La commission de subdivision, réunie en vue de l'agrément, propose au directeur général de l'agence régionale de santé les agréments ou renouvellements d'agrément des lieux de stage et des praticiens-maîtres de stage. Le directeur général de l'agence régionale de santé agréé les lieux de stage et les praticiens-maîtres de stage. La commission de subdivision, réunie en vue de l'agrément, formule ses avis pour les stages hospitaliers et extrahospitaliers au vu d'un dossier comprenant (...) en outre pour le praticien-maître de stage, une preuve de son exercice professionnel depuis au moins trois ans et un avis motivé du conseil départemental de l'Ordre des Médecins ».

Les candidats à la maîtrise de stage en SASPAS sont choisis parmi les médecins ayant une expérience de la maîtrise de stage de niveau 1 et ayant suivi une formation spécifique.

- Répartition des maîtres de stage :

Elle se fait en binôme ou en trinôme. Un des maîtres de stage est coordonnateur. Il a pour tâche :

- d'organiser les réunions de suivi pédagogique,
- d'assurer les relations avec l'Université,
- d'intégrer les stages hors cabinet dans le semestre.

- Choix de stage :

Les internes choisissent leur terrain de stage ambulatoire comme ils choisissent un stage hospitalier, en fonction de leur ancienneté de fonctions validées et de leur rang de classement aux ECN. Un stage peut être fléché en SASPAS dans le cadre d'un projet professionnel.

- Affichage :

L'affiche fournie par l'Université informe clairement la patientèle de la présence du stagiaire : elle doit être apposée dans la salle d'attente.

- Organisation de la semaine de stage :

Les internes doivent réaliser 10 demi-journées de travail par semaine, dont 2 sont consacrées à la formation universitaire ou à la thèse. Habituellement, la répartition des 8 demi-journées restantes s'effectue entre les demi-journées auprès des maîtres de stage et les demi-journées en stage hors cabinet (4 stages de 8 demi-journées pendant le semestre). La validation des demi-journées peut donner lieu à une certaine souplesse, mais doit correspondre à une réalisation effective. Une demi-journée correspond à une vacation de 3,5 heures. L'interne peut cumuler 3 vacations sur une journée complète.

L'interne doit assister aux séances d'enseignement obligatoire, qui représentent 5 journées par semestre, dont les dates sont fixées et connues en début de semestre.

- Documents médico-administratifs :

Les divers imprimés (feuilles de maladie, certificats et ordonnances) utilisés par l'interne sont ceux du maître de stage. Il doit alors écrire son nom et prénom à côté de celui du maître de stage, suivi de la mention « interne ».

Quand l'interne effectue seul des actes médicaux, il tient la comptabilité du nombre de ses actes réalisés pour chaque maître de stage.

- Vacances :

- de l'interne : 15 jours ouvrés par semestre, avec l'accord écrit des maîtres de stage transmis au secrétariat du DMG.

- des maîtres de stage : elles doivent être négociées entre eux, de manière à assurer la continuité du stage.

- Validation :

Les maîtres de stage remplissent en commun une fiche d'évaluation pédagogique qui est transmise au DMG un mois et demi avant la fin du stage. La validation est prononcée par le Directeur du DMG, sur proposition du coordonnateur du DES de Médecine générale.

En cas de non validation, l'interne doit refaire un nouveau stage, rémunéré, sur un autre terrain de stage.

L'interne doit en outre rédiger un rapport de stage, qui est visé par le coordonnateur du DES, et compléter une fiche d'évaluation de la qualité pédagogique du stage qui sera adressée au secrétariat du DMG.

- Assurance :

Comme le mentionne la charte, le maître de stage doit avoir souscrit une assurance Responsabilité Professionnelle. Il doit s'assurer que l'interne a lui-même souscrit une assurance Responsabilité Professionnelle couvrant les dommages causés à un patient ou au maître de stage lui-même, dans le cadre du stage.

Les actes effectués sous la supervision du maître de stage sont effectués sous la responsabilité de ce dernier.

- Rémunération :

Le maître de stage est rémunéré par l'Université sur des fonds spécifiques du Ministère de la Santé, délégués par l'ARS et le CHU sous forme d'honoraires pédagogiques dont le montant est fixé par arrêté ministériel.

L'interne en stage ambulatoire est rémunéré par le CHU. Les internes qui accomplissent un stage ambulatoire dont le lieu est situé à une distance de plus de 15 km du CHU et de leur domicile, peuvent percevoir une indemnité forfaitaire de transport fixée mensuellement à 130 € brut (la demande doit être adressée au secrétariat des Affaires Médicales du CHU de Bordeaux). Cette indemnité ne peut être cumulée avec aucun autre dispositif de prise en charge des frais de transport. En outre, depuis le 1^{er} mars 2014, les internes en SASPAS perçoivent une prime mensuelle de responsabilité.

2. Mise en place de l'équipe pédagogique

L'équipe pédagogique optimise l'organisation du stage afin que celui-ci s'effectue dans les meilleures conditions possibles. La responsabilité en incombe au maître de stage coordonnateur. Les maîtres de stage sont prêts à recevoir l'interne dès l'entretien préalable.

- Accueil de l'interne :

L'entretien préalable est essentiel au bon déroulement du stage. Le maître de stage explicite les aspects administratifs et réglementaires, définit le cadre pédagogique et fixe le rôle de chacun. Il programme des évaluations intermédiaires successives, prévoit les étapes et modalités qui conduiront l'étudiant vers l'autonomie de pratique. Il est indispensable de réserver le temps nécessaire à la réalisation de cet entretien. Essentiel au bon déroulement du stage, il sert à rappeler les modalités du stage et les attentes de chacun ; il permet une mise en relation conviviale de leur coopération.

- Déroulement du stage :

La progression pédagogique s'appuie sur plusieurs phases au cours desquelles le maître de stage favorise l'acquisition des compétences utiles et l'accession à un niveau d'autonomie adapté à l'exercice professionnel. Le maître de stage encourage la participation active et la prise de responsabilités par l'interne. Selon qu'il s'agit du Stage chez le Praticien ou du SASPAS, les modalités en sont variables et spécifiques à chacun d'entre eux.

- Evaluation :

L'évaluation a pour but de mesurer les acquisitions de l'apprentissage, de contrôler les procédures utilisées au cours de la démarche médicale et de rendre compte du degré d'autonomie acquis par l'interne. Elle débouche sur la validation du stage.

C'est aussi le moyen pour le médecin d'analyser l'impact de son enseignement.

Lors de la supervision de la consultation, les maîtres de stage ont la possibilité d'observer les aptitudes et les attitudes professionnelles et humaines du stagiaire, les capacités de communication, l'opportunité d'adopter une approche préventive et l'ouverture sur les conditions de vie et les valeurs du patient ; ils sont en situation de réaliser une évaluation des compétences du stagiaire.

Au cours du stage, l'évaluation permet de valider la progression du stagiaire dans sa démarche vers l'autonomie et le passage aux différentes phases de la formation.

En fin de stage, elle permet de se prononcer sur la validation du stage.

.....

Stage chez le Praticien **ou stage ambulatoire de niveau 1**

La formation médicale dans le DES de Médecine Générale est une formation professionnalisante orientée vers l'acquisition de compétences adaptées à la pratique ambulatoire

Les objectifs de formation sont :

- Prendre en charge les pathologies courantes en soins de santé primaires.
- Acquérir les spécificités de la pratique en milieu ambulatoire.
- Maîtriser les éléments biomédicaux, relationnels et professionnels utiles à l'exercice quotidien.

La maquette du DES comprend un stage obligatoire d'un semestre auprès des Praticiens généralistes agréés - Maîtres de stage des Universités, effectué pendant le 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} semestre de l'internat, appelé Stage chez le Praticien ou stage ambulatoire de niveau 1.

Il permet de développer au mieux la participation active de l'interne à sa propre formation, en interaction avec ses enseignants, dans une logique d'apprentissage. La réussite de ce stage dépend largement de l'implication des Maîtres de stage, médecins généralistes enseignants qui reçoivent les internes.

- **Objectifs du stage**

- *Objectifs généraux :*

- Acquérir les compétences nécessaires à une activité de soins de santé primaires ambulatoires
- Comprendre les modalités de gestion du cabinet médical
- Accéder à l'autonomie en fin de stage pour réaliser des actes seul, en tenant compte des acquis et de la progression au cours du stage.

- *Objectifs spécifiques :*

- Caractériser la ou les plaintes du patient par une écoute efficace
- Appréhender l'importance de la relation médecin-patient
- Mettre en œuvre une approche globale par un entretien centré sur le patient
- Maîtriser les techniques d'un examen physique orienté
- Mettre en œuvre les éléments spécifiques de la démarche clinique en médecine générale
- Formuler une synthèse des problèmes du patient dans une démarche probabiliste
- Choisir les méthodes d'investigations éventuelles en fonction de l'hypothèse diagnostique
- Prendre une décision thérapeutique et médico-sociale adaptée
- Assumer la responsabilité diagnostique et thérapeutique
- Effectuer les gestes techniques usuels
- Proposer les conditions du suivi en fonction de la pathologie et du patient
- Coordonner l'intervention éventuelle d'autres acteurs de santé
- Rechercher une communication harmonieuse avec le patient pour favoriser son adhésion au contrat thérapeutique négocié.

La démarche pédagogique du maître de stage est guidée par la mise en œuvre des objectifs de formation, en adéquation avec le niveau des connaissances et des pratiques des internes qui peuvent être très hétérogènes.

- Mise en place de l'équipe pédagogique :

Pour que le déroulement du stage s'effectue dans les meilleures conditions, il est nécessaire que les médecins s'organisent à l'avance, et mettent en place l'équipe pédagogique. Nommée par le Département, elle comprend un maître de stage coordonnateur (chaque médecin de l'équipe peut à tour de rôle être médecin coordonnateur) et 1 ou 2 autres médecins.

Le maître de stage coordonnateur en assume la responsabilité et contacte les autres médecins maîtres de stage afin qu'ils puissent se rencontrer et se connaître, qu'ils définissent les objectifs communs, qu'ils adoptent une pédagogie concertée, qu'ensemble ils décident des modalités du stage : répartition des demi-journées, mise en place de contacts réguliers, gestion des stages hors cabinet, autonomisation de l'interne, évaluation commune.

- Accueil de l'interne :

Différentes tâches reviennent au maître de stage coordonnateur :

- Régler les problèmes matériels et pratiques :
 - présentation mutuelle : échange des adresses, du téléphone, présentation du personnel et des locaux ;
 - gestion des problèmes administratifs ;
 - organisation du stage, fonctionnement de l'équipe pédagogique, livret de stage, déroulement du stage, horaires, matériel, repas, discipline ;
 - relation avec l'équipe pédagogique des maîtres de stage ;
 - gestion du temps : temps de consultation, de concertation et de discussion.
- Fixer le cadre pédagogique :
 - recueillir les attentes de l'interne et définir ses besoins en tenant compte de son cursus, de ses connaissances et de ses lacunes, de ses intentions ;
 - expliciter les caractéristiques et la démarche en médecine générale et énoncer les différentes tâches professionnelles ;
 - présenter les différentes phases du stage ;
 - adapter les objectifs négociés, qui restent renégociables et révisables dans le temps ;
 - ajuster objectifs et modalités en tenant compte des possibilités pratiques, des conditions d'exercice et des particularités de chaque patientèle ;
 - préciser les modalités d'évaluation du stagiaire et de ses acquisitions au fil du stage, qui conditionnent le passage d'une phase à l'autre.
- Définir les rôles de l'interne au cours du stage :
 - appréhender, tout au long de l'apprentissage, aussi bien en visite qu'en consultation, les différentes étapes de l'acte médical : accueil, entretien, examen physique, décision médicale, résultat, mise en place du suivi ;
 - prévoir, grâce à un projet de stage, l'apprentissage des différentes tâches professionnelles : gestes techniques, documents administratifs ;
 - ménager, hors de la présence du patient, des moments de discussion, de réflexion, d'analyse et de synthèse ; ce temps est aussi celui de la mise à plat des problèmes posés par le doute ou par la confrontation d'avis divergents ;
 - envisager l'appropriation des rôles du médecin par l'interne, qui progresse de la phase d'observation vers une pratique autonome.
- Programmer avec l'interne et l'équipe pédagogique des entretiens ultérieurs afin d'évaluer les acquis en matière de compétence et la progression au cours du stage.
- Mettre en exergue les objectifs du stage qui sont de favoriser la pratique

autonome de l'interne et de situer cet apprentissage dans la perspective du projet professionnel.

- Déroulement du stage :

L'interne est un jeune médecin en formation qui vient compléter son cursus professionnel par une mise en pratique sur le terrain de son futur exercice ; possédant généralement des connaissances théoriques suffisantes, il ne maîtrise pas encore toutes les compétences nécessaires en termes de démarche clinique et relationnelle.

La progression pédagogique s'appuie dans la réalité sur trois phases et encourage la participation active et la prise progressive de responsabilités par l'interne.

Les trois phases :

- La phase **d'observation** : c'est la première phase du stage, l'interne se familiarise avec son environnement, le maître du stage et l'interne vont apprendre à se connaître.
- La phase **semi-active** : l'interne effectue des actes en présence du maître de stage qui analyse son comportement dans une démarche pédagogique. La prise de responsabilité s'effectue progressivement en présence du maître de stage : c'est la **supervision directe** qui permet de développer l'apprentissage à travers l'expérience contrôlée et dirigée de l'interne.

La présence du stagiaire peut occasionner une certaine gêne, surtout au début, et il convient de se familiariser avec la **consultation à trois**.

La consultation du patient a toujours été construite autour du « colloque singulier », rapport duel et contractuel construit sur la confiance mutuelle et sur lequel se fonde la relation médecin-patient. L'introduction d'une tierce personne dans cette relation est de nature à bouleverser la consultation médicale. Il faut donc tout mettre en œuvre pour transformer ce qui pourrait être un inconvénient, en un bénéfice pour les trois protagonistes (risque d'exclusion d'un des participants). Pour l'éviter, une bonne information et une bonne communication sont nécessaires. Notamment il est nécessaire d'afficher dans la salle d'attente les horaires de présence de l'interne pendant les consultations, de laisser le choix aux consultants, de le présenter aux patients et de faciliter sa participation à la consultation en lui trouvant une place favorable. L'expérience montre qu'à part quelques « patients récalcitrants » et quelques situations nécessitant plus de confidentialité dans la consultation, la présence d'un tiers est bien acceptée par les patients et non préjudiciable au bon déroulement de la consultation.

- **La phase active** : arrivé au terme de sa progression vers l'autonomie, l'interne va pouvoir effectuer seul des actes. La prise de responsabilité est totale sur le temps de la consultation qui s'effectue en dehors de la présence physique du maître de stage : c'est la **supervision indirecte** qui permet de développer l'apprentissage à travers l'expérience autonome de l'interne. L'interne peut effectuer des actes seul dans la limite d'une moyenne de 3 actes par jour (calculée sur l'ensemble du semestre de stage, soit au maximum 360 actes pendant le stage). Les honoraires des actes réalisés par l'interne sont reversés au maître de stage. **Les frais de déplacement inhérents aux visites à domicile effectuées par l'interne avec son véhicule personnel, doivent lui être remboursés par le maître de stage (sur la base du nombre de kilomètres parcourus x tarif Indemnité Kilométrique).** Ces sommes sont *fiscalement déductibles* par le maître de stage.

L'évolution de ces phases ne se fait pas sur un mode linéaire : elles se chevauchent et ne sont individualisées que pour des raisons didactiques. **Cette démarche pédagogique est indispensable et doit être systématique, la supervision en est l'élément essentiel.**

Au cours du stage, les maîtres de stage veilleront à ce que l'interne soit confronté aux **11 situations prototypiques** qui couvrent l'exercice en médecine générale (annexe 3).

- Evaluation

L'équipe pédagogique accompagne l'interne dans un processus d'évaluation continue, en tenant compte des objectifs du stage. Le déroulé du stage avec ses différentes phases, en supervision directe et indirecte, converge vers une évaluation formative et continue.

La fiche d'évaluation du stage de l'interne (annexe 6) reprend différents critères, avec une grille évaluant les différentes aptitudes professionnelles. Elle est remplie par l'équipe pédagogique en présence de l'interne. Elle peut être utilisée pour des évaluations intermédiaires au cours du stage. L'évaluation finale est l'aboutissement de la progression de l'interne. C'est une **évaluation validante** qui permet de juger de la capacité à exercer la médecine générale et à effectuer des remplacements (obtention de la licence de remplacement après 2 stages hospitaliers et le stage chez le praticien). Il est souhaitable que les maîtres de stage se concertent et fournissent une seule fiche, synthèse de leurs différentes évaluations. Cette proposition de validation est transmise au DMG pour la décision finale prise par le directeur du DMG sur avis du coordonnateur du DES. Les maîtres de stage s'interrogent parfois sur la validation de certains internes : il faut alors se poser la question « *Est-ce que j'accepterais d'être remplacé par cet interne ?* ». Si la réponse est non, il est préférable de ne pas valider le stage.

De son côté, l'interne rédige un **rapport de stage** et complète **la fiche d'évaluation** de la qualité pédagogique du stage. Pour aider l'interne, l'annexe 7 propose quelques items à développer dans le rapport de stage.

- L'enseignement universitaire

Le champ de la formation du DES comprend, à côté du stage pratique, un enseignement permettant une meilleure contextualisation des acquisitions.

Les exigences de cet enseignement conduisent l'interne à réaliser des travaux d'écriture (traces d'apprentissage), sous la forme de **scripts**. Il s'agit de l'analyse de situations cliniques rencontrées au cours de leur stage, avec argumentation de la décision au regard des recommandations. L'interne doit ainsi réaliser 2 scripts chaque semestre qui lui permettent de constituer son **Portfolio**, support pédagogique de l'enseignement tout au long du DES.

Le maître de stage peut participer à cet enseignement en apportant une aide pédagogique pour le choix et la rédaction des scripts. Il contribue ainsi à la perception par l'interne des réalités de l'approche ambulatoire, dans son attitude réflexive et dans sa progression vers plus d'autonomie.

.....

Stage Ambulatoire en Soins Primaires **Autonome Supervisé (SASPAS)** **ou stage ambulatoire de niveau 2**

Le SASPAS permet, lors du 5^{ème} ou 6^{ème} semestre du DES, d'optimiser la formation des futurs généralistes en garantissant l'adéquation de leurs compétences à la réalité des problèmes de santé rencontrés en médecine générale

La notion de *Soins primaires ambulatoires* ouvre le terrain de stage à l'environnement professionnel du médecin généraliste, à des lieux d'apprentissages hors cabinet avec lesquels le généraliste travaille habituellement

L'Autonomie signifie qu'après une phase initiale de mise en place, l'interne va travailler seul dans les cabinets des médecins généralistes qui l'accueillent en stage.

La Supervision implique que l'interne, travaillant maintenant en pleine autonomie, va bénéficier d'une supervision assurée par les maîtres de stage, le plus souvent différée. C'est un élément essentiel de la progression pédagogique, qui fait la différence entre remplacement et stage praticien.

- **Objectifs pédagogiques :**

Le stage en soins primaires en autonomie supervisée doit permettre à l'interne :

- d'être mis en situation authentique de confrontation réelle aux demandes de soins, de décisions solitaires, avec supervision indirecte permanente ;
- d'analyser les difficultés rencontrées et les solutions apportées ;
- de prendre en charge des patients nécessitant un suivi au long cours (maladies chroniques, grossesses, nourrissons, maladies évolutives, etc.) ;
- de participer à l'organisation matérielle du cabinet et à la gestion de l'outil de travail en prenant en compte les contraintes administratives et les difficultés de l'exercice quotidien ;
- d'instituer des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre d'un travail en réseau.

Le SASPAS doit permettre à l'interne de développer ses compétences, en fonction de son projet professionnel, concernant :

- L'activité du cabinet :
 - dans le cadre de différents exercices (rural, semi rural, citadin) ;
 - dans la prise en charge de différents types de patients ;
 - dans l'utilisation de plusieurs logiciels de gestion de dossiers et dans la tenue du dossier médical ;
 - dans la gestion du cabinet (matériel, charges, personnel, fiscalité) ;
 - dans l'utilisation des formulaires administratifs ;
 - dans le développement des relations avec les organismes de la santé (ARS, URPS, CDOM, URSSAF, AGA, contrôle médical régional...).
- La gestion des consultations et des visites :
 - développement de son autonomie ;
 - prise rapide de décisions ;
 - gestion des appels téléphoniques et tenue d'un cahier de rendez-vous ;
 - gestion du temps de consultation ;
 - gestion de la relation avec les patients (relation patient-médecin, famille-médecin, problèmes sociaux, suivi des patients, éducation à la santé) ;

- prise en charge de patients chroniques (diabète, cancer, fin de vie, polymédicamenté, troubles psychiques, etc.).
- La réflexion sur sa pratique :
 - réactivation des connaissances théoriques et pratiques ;
 - participation à la formation médicale continue ;
 - participation aux groupes de pair, groupes Balint ;
 - révision des dossiers.
- L'interdisciplinarité :
 - gestion de l'organisation des soins ;
 - travail en équipe avec les médecins spécialistes et les autres professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, soins à domicile, assistantes sociales, etc.) ;
 - participation à des actions de santé publique.
- La recherche en médecine générale :
 - participation à des travaux de recherche (recueil de données, élaboration et mise en œuvre de protocoles de recherche) ;
 - rédaction de publications scientifiques (mémoire, thèse, article).

- Lieu de stage et mise en place de l'équipe pédagogique

Le terrain de stage est une unité pédagogique de médecine générale reconnue par la Faculté comme terrain de stage à caractère universitaire : cabinet de groupe ou groupe de cabinets comprenant son environnement professionnel (réseau interdisciplinaire et/ou autres lieux d'activités des médecins).

Pour que le déroulement du stage s'effectue dans les meilleures conditions, il est nécessaire que les médecins s'organisent à l'avance, et mettent en place l'équipe pédagogique. Nommée par le DMG, elle comprend un *maître de stage coordonnateur* (chaque médecin de l'équipe peut à tour de rôle être coordonnateur) et au minimum 2 autres médecins, de façon à laisser à l'interne un temps de consultations suffisant chez chaque maître de stage.

Le maître de stage coordonnateur en assume la responsabilité et contacte les autres médecins maîtres de stage afin qu'ils puissent se rencontrer et se connaître, qu'ils définissent les objectifs communs, qu'ils adoptent une pédagogie concertée, qu'ensemble ils décident des modalités du stage (répartition des 1/2 journées, mise en place de contacts réguliers, autonomisation du stagiaire, évaluation, stages auxiliaires).

- Accueil de l'interne :

Différentes tâches reviennent au maître de stage coordonnateur :

- *Régler les problèmes matériels et pratiques :*
 - présentation mutuelle : échange des adresses, du téléphone, présentation du personnel et des locaux ;
 - mise à plat des problèmes administratifs ;
 - organisation du stage, fonctionnement de l'équipe pédagogique, livret de stage, déroulement du stage, horaires, matériel, repas, discipline ;
 - relation avec l'équipe pédagogique des maîtres de stage ;
 - gestion du temps : temps de consultation, temps de concertation et de discussion.
- *Fixer le cadre pédagogique :*
 - recueillir les attentes de l'interne et définir ses besoins en tenant compte de son cursus, de ses connaissances et de ses lacunes, de ses intentions ;
 - adapter les objectifs négociés, qui restent renégociables et révisables dans

- le temps ;
- ajuster objectifs et modalités en tenant compte des possibilités pratiques, des conditions d'exercice et des particularités de chaque clientèle ;
- préciser les modalités d'évaluation du stagiaire et de ses acquisitions au fil du stage, qui conditionnent le passage d'une phase à l'autre.
- *Définir les rôles de l'interne au cours du stage :*
 - appréhender, aussi bien en visite qu'en consultation, les différentes étapes de l'acte médical : accueil, entretien, examen physique, décision médicale, résultat, mise en place du suivi ;
 - vérifier l'apprentissage des différentes tâches professionnelles : gestes techniques, documents administratifs ;
 - prévoir les temps de supervision, de réflexion, d'analyse et de synthèse ; ce temps est aussi celui de la mise à plat des problèmes posés par le doute ou par la confrontation d'avis divergents ;
 - contrôler l'appropriation des rôles du médecin par l'interne, qui évolue dans une pratique autonome.
- *Programmer avec l'interne et l'équipe pédagogique des entretiens ultérieurs* afin d'évaluer les acquis en matière de compétence et la progression au cours du stage et d'assurer une supervision de qualité.
- *Mettre en exergue les objectifs du stage* qui sont de favoriser la pratique autonome de l'interne et de situer cet apprentissage dans la perspective du projet professionnel.

- Déroulement du stage :

L'interne est un jeune médecin en formation qui va prendre en charge la patientèle de son maître de stage et bénéficier d'une action de supervision différée. La progression pédagogique permet de développer l'acquisition de compétences professionnelles en pleine autonomie et en pleine responsabilité.

Le SASPAS fait suite au Stage chez le Praticien, au terme duquel l'interne a acquis une autonomie qui lui a permis d'effectuer quelques actes seul. La phase de mise en place du stage est rapide, permettant l'appropriation par l'interne de l'environnement professionnel du cabinet et l'acquisition par le médecin d'une confiance suffisante afin d'arriver à une mise en autonomie rapide.

Au cours du stage, les maîtres de stage veilleront à ce que l'interne soit confronté aux 11 situations prototypiques qui couvrent l'exercice en médecine générale (annexe 3).

En situation d'autonomie, l'interne va effectuer des actes seul. La prise de responsabilité est totale sur le temps de la consultation qui s'effectue en dehors de la présence physique du maître de stage : c'est la **supervision indirecte** qui permet de développer l'apprentissage à travers l'expérience autonome du stagiaire. **Cette démarche pédagogique est indispensable et doit être systématique, la supervision en est l'élément essentiel.**

Les honoraires des actes réalisés par l'interne sont reversés au maître de stage. **Les frais de déplacement inhérents aux visites à domicile effectuées par l'interne avec son véhicule personnel, doivent lui être remboursés par le maître de stage (sur la base du nombre de kilomètres parcourus x tarif Indemnité Kilométrique).** Ces sommes sont *fiscalement déductibles* par le maître de stage.

Pour éviter un risque d'amalgame entre SASPAS et remplacement et un glissement vers un assistanat, le remplacement du maître de stage par l'interne en SASPAS n'est pas autorisé (même pendant ses congés).

- Evaluation :

L'équipe pédagogique accompagne l'interne dans un processus d'évaluation continue en tenant compte des objectifs du stage. Le déroulé du stage, en supervision indirecte, converge vers une évaluation formative et continue.

La fiche d'évaluation du stage de l'interne (annexe 6) reprend différents critères, avec une grille évaluant les différentes aptitudes professionnelles (annexe 4: Compétences pour exercer la Médecine Générale). Elle est remplie par l'équipe pédagogique en présence de l'interne. Elle peut être utilisée pour des évaluations intermédiaires au cours du stage.

L'évaluation finale est l'aboutissement de la progression de l'interne. La grille de compétences du livret du stagiaire permet d'attester de la capacité de l'interne à exercer la médecine générale. Il est souhaitable que les maîtres de stage se concertent et fournissent une seule fiche synthèse de leurs différentes évaluations.

Cette proposition de validation est transmise au DMG pour la décision finale prise par le directeur du DMG sur avis du coordonnateur du DES.

De son côté, l'interne rédige un rapport de stage et complète la fiche d'évaluation de la qualité pédagogique du stage. Pour aider l'interne, l'annexe 7 propose quelques items à développer dans le rapport de stage.

- L'enseignement universitaire :

La formation du DES comprend à côté du stage pratique, un enseignement théorique permettant une meilleure contextualisation des acquisitions.

Les exigences de cet enseignement conduisent l'interne à réaliser des travaux d'écriture (traces d'apprentissage), sous la forme de **scripts**. Il s'agit de l'analyse de situations cliniques rencontrées au cours de leur stage, avec argumentation de la décision au regard des recommandations. L'interne doit ainsi réaliser **2 scripts chaque semestre** qui lui permettent de constituer son **Portfolio**, support pédagogique de l'enseignement tout au long du DES.

Le maître de stage peut participer à cet enseignement en apportant une aide pédagogique pour le choix et la rédaction des scripts. Il contribue ainsi à la perception par l'interne des réalités de l'approche ambulatoire, dans son attitude réflexive et dans sa progression vers plus d'autonomie.

Stages en Médecine Générale

Aspects pédagogiques

La technique pédagogique à maîtriser est **la supervision en stage ambulatoire**.

Justification

Plusieurs techniques sont à disposition afin de former les internes lors des stages ambulatoires de niveau 1 et 2. Il s'agit d'outils pédagogiques qui suivent un modèle théorisé à partir des expériences d'apprentissage et des théories de l'enseignement délivré aux adultes.

Le temps de supervision à visée éducative est indispensable pour une transmission optimale des connaissances, dans toutes les phases du stage. Les chapitres suivants décrivent un modèle théorique applicable, porté à la connaissance de tous les enseignants, garantissant la qualité pédagogique des stages.

Définition de la SUPERVISION

Superviser c'est **observer** et **évaluer** le niveau de connaissance, la démarche clinique globale, les compétences en communication et relationnelles. **Evaluer pour former**, c'est donner une **rétroaction** objective, constructive, à cette supervision.

La Supervision Directe (SD)

- La supervision directe est une phase d'apprentissage « expérientiel », contrôlée et dirigée, dont le support principal est une observation directe de l'étudiant en situation de consultation. Elle permet d'explorer plus spécifiquement les compétences relationnelles, les techniques d'entrevue tout en contrôlant la démarche clinique et thérapeutique au plus près.
- La SD dans le contexte des stages ambulatoires :
Le maître de stage l'utilise lorsqu'il met l'interne en situation de consultation totale ou partielle, qu'il assiste ou participe à cette consultation, ou bien qu'il l'observe en temps réel (à travers un miroir sans tain ou une caméra vidéo).
Cet outil sert beaucoup au cours du Stage chez le Praticien (stage de niveau 1).
Dans le SASPAS (stage niveau 2), le maître de stage l'utilise en début de stage pour évaluer objectivement la performance globale de l'interne et surtout identifier ses forces et ses faiblesses. Cet outil permet au maître de stage de connaître le moment propice à la mise en situation d'autonomie d'apprentissage et de le guider lors des phases de supervision indirecte.
- Le modèle théorique de supervision directe :
La SD comprend 3 temps :
 1. La « Pré-séance » : c'est le temps avant la consultation qui définit les objectifs de travail. Le maître de stage se met d'accord avec l'interne sur ce que va être observé et travaillé. Cette action peut concerner la consultation globale (Exemple : « *Nous allons évaluer comment tu réalises une consultation dans son ensemble tout seul* »), ou une partie spécifique de la consultation (Exemple : « *Nous allons travailler la façon dont tu proposes le traitement au patient* », « *Nous allons observer comment tu mènes l'examen clinique* »).
 2. La Consultation : c'est le temps de la mise en situation pratique de l'interne et, pour le maître de stage, celui de l'observation et de l'évaluation. Ce dernier sort de son rôle de soignant et devient observateur. Il intervient le moins

possible ou partiellement comme cela a été défini lors de la « pré-séance ». Il faut encourager l'interne à réaliser sa consultation comme s'il était seul, et ne faire appel au maître de stage qu'en cas de besoin.

3. La Rétroaction (feed-back) : c'est le temps pédagogique au cours duquel le maître de stage va aider l'étudiant à commenter et analyser sa performance, et lui donner des éléments de connaissance nécessaires à sa progression. Il est essentiel de créer un climat de confiance car l'interne va débiter une autocritique parfois difficile. Le maître de stage aide l'interne à identifier ce qu'il a bien réussi et ce sur quoi il a eu des difficultés. Il recentre la discussion sur les objectifs de départ mais également sur des points essentiels du déroulement de la consultation. S'il y a des points particuliers à approfondir, il fait une « prescription pédagogique » à l'interne pour l'aider à améliorer ses connaissances et compétences dans le domaine souligné.

En soi, ce temps dévoile la personnalité de l'interne, ses capacités à l'auto-évaluation, ses facultés relationnelles et ses émotions. Il est donc indispensable de ne pas être dans une relation de hiérarchie ni de jugement de la personne, mais bien dans une relation d'aide qui se centre sur l'analyse des connaissances et des compétences.

En fin de rétroaction, il est important pour le maître de stage de faire une synthèse rapide de son évaluation de la consultation et de la rétroaction. Exemples : « *Ton analyse est bonne car tu as bien senti que finalement, la vraie raison n'était peut-être pas la première, mais ta consultation était incomplète car tu n'as pas exploré toutes les demandes du patient : pense donc à lister les raisons de consultation en les priorisant* » ; « *Ta démarche diagnostique est bonne mais ton traitement n'était pas adapté ; tu sais maintenant que la prescription d'Amoxicilline+Acide Clavulanique ne doit pas être une première intention dans l'angine mais tu dois donc rechercher les recommandations de l'Ansm sur la prise en charge des infections des voies respiratoires hautes* ».

- Adaptation pratique de la théorie :

Bien sûr, il faut programmer un temps nécessairement plus long qu'une simple consultation au début de cette phase. Mais au fur et à mesure des consultations, une fois l'outil bien compris par l'interne et maîtrisé par le maître de stage, il suffit d'1 minute de « pré-séance » et de 3 minutes de rétroaction ajoutées au temps de consultation pour que la mise en situation de l'interne devienne un réel support d'apprentissage bénéfique séance après séance.

Il est tout à fait possible d'utiliser la supervision directe pour une partie de la consultation : « *Tu fais l'entretien, je fais le reste et on discute de tes hypothèses diagnostiques après* » ; « *Je fais l'entretien, tu fais l'examen clinique, et on discute de sa pertinence après* » ; « *Je fais l'entretien et l'examen, tu fais la prescription et on en rediscute après* ». Ce procédé permet de mettre l'interne en situation tout en contrôlant le temps dans la consultation.

La supervision directe peut être utilisée lors de la phase d'observation des étudiants en stage, en inversant les rôles. Le maître de stage fixe un objectif précis d'observation de la consultation qu'il réalise et c'est ce point qui est abordé en rétroaction immédiate. En fin de consultation, le maître de stage fait son autoanalyse ou demande l'analyse de l'interne.

- **Conseils :**
 - Prévoyez des plages de consultation spécifiques où vous avez le plus de temps pour débiter cette phase de supervision directe.
 - Alternez des consultations en supervision directe avec des consultations où l'interne vous observe pour gérer le temps de la journée.
 - Echangez entre maîtres de stage sur vos évaluations de l'interne, et les difficultés que vous ressentez.
 - Plus vous collez à la méthode, moins vous risquez d'aléas et de critique de la part de vos internes, car vous assurez votre rôle pédagogique en suivant les recommandations.

La Supervision Indirecte (SI)

- La supervision indirecte est une phase d'apprentissage « expérientiel » autonome qui requiert la validation du diagnostic, de la thérapeutique, de la démarche clinique par un médecin senior. Le support est l'histoire de cas émanant de la consultation.
- La SI dans le contexte des stages ambulatoires :

Le maître de stage l'utilise lorsqu'il met l'interne en situation de consultation autonome. Il n'assiste pas physiquement à cette consultation. L'encadrement pédagogique du SASPAS (stage de niveau 2) est articulé autour de cet outil. La méthode est également utilisée dans le Stage chez le Praticien (stage de niveau 1) lors de la période d'autonomisation complète. Idéalement l'interne a assimilé cette méthode de supervision à la fin de ce premier stage. C'est autant un outil d'évaluation dans un but de contrôle de la qualité des soins apportés aux patients, qu'un support pour faire progresser les compétences de l'interne en identifiant ses difficultés et ses limites.
- **Modèle théorique de supervision indirecte :**

La SI comprend 2 temps :

 1. **La Consultation :** l'interne réalise sa consultation puis organise son rapport de cas. Le maître de stage doit pouvoir intervenir sur la demande de l'interne pour valider son diagnostic ou sa thérapeutique, ou se substituer à lui en cas de difficultés.
 2. **La Rétroaction (*feed-back*) :** c'est le temps pédagogique au cours duquel le maître de stage va valider le diagnostic et la prise en charge, analyser la démarche clinique globale, et donner une réponse aux éventuelles difficultés identifiées par l'étudiant lors de sa consultation. Le climat de confiance est requis, la critique constructive décrit la performance réelle par rapport à la performance idéale attendue dans un cas identique.

Le rapport de cas est organisé en trois temps :

 - L'interne rapporte en les organisant, les informations recueillies sur le patient.
 - Il les analyse et les synthétise pour aboutir à une liste de problèmes et de diagnostics différentiels.
 - Il conclut le cas en proposant un diagnostic et sa prise en charge.

Le maître de stage réalise en parallèle l'analyse des données et aide l'interne à clarifier le processus de raisonnement clinique qui l'amène à ses conclusions. Il l'aide à dégager des problématiques posées par le cas présenté et tente d'y répondre par ses connaissances ou en aidant l'interne à trouver ses propres réponses. Si des points particuliers sont à approfondir, il fait une « prescription pédagogique » à l'interne pour l'aider à améliorer ses connaissances et compétences dans le domaine souligné.

En fin de rétroaction, il est important pour le maître de stage de faire une synthèse rapide de son évaluation du rapport de cas pour toujours recadrer le modèle de présentation idéal en 3 temps.

- Adaptations pratiques de la théorie :

Dans le début de cette phase d'apprentissage autonome, il est conseillé de faire le rapport de cas avant de libérer complètement le patient afin de valider la bonne décision. La nécessité ou non de revoir le patient pour vérifier ou valider la démarche de l'interne appartient à l'enseignant. Il s'agit alors de supervision indirecte rapprochée. Elle est utile aux internes en difficulté.

Plus l'autonomie s'affirme au fur et à mesure, plus les temps de supervision peuvent être éloignés, à la demi-journée ou à la journée. Bien sûr, il faut programmer un temps nécessaire à cette phase de supervision : la plupart des maîtres de stage déclarent faire 30 minutes de supervision par jour.

- Conseils :

- Essayez de connaître les aptitudes réelles de l'interne et évaluez-le en supervision directe pour ne pas méconnaître des lacunes qu'il pourrait dissimuler.
- Alternez des temps de supervision directe et indirecte permettant une évaluation objective de la progression de l'interne.
- Plus vous collez à la méthode, moins vous risquez d'aléas et de critique de la part de vos internes car vous assurez votre rôle pédagogique en suivant les recommandations.
- Ne réduisez pas la supervision indirecte à un simple contrôle de qualité, voire à des transmissions de suivi, ce qui enlèverait sa fonction pédagogique.
- Ne craignez pas que cette autonomie entraîne des erreurs médicales et des mauvaises prises en charge. C'est seulement dans la prise en charge de l'urgence que le problème peut se poser, et surtout si les aptitudes et compétences de l'interne ont été mal évaluées. ***Un médecin toujours joignable pour une supervision rapprochée évite ces dangers.***

Références :

1. Malglaive G. Enseigner à des adultes. Paris : PUF, 1990
2. Morin E. La méthode. Paris : Le Seuil, 1986.
3. Tardif J. Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive. Montréal : Les Editions Logiques, 1992.
4. Tochon FV. L'enseignant expert. Paris : Nathan pédagogie, 1995.
5. UEMO. Critères de qualification des maîtres de stage. 1992.
6. Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétence. Bruxelles : de Boeck, 2004.
7. Bernard JL, Reyes P. Apprendre, en médecine Pédagogie médicale 2001;2:163-9.
8. Boutin G, Julien L. L'obsession des compétences - son impact sur l'école et la formation des enseignants. Montréal : Editions Nouvelles, 2000.
9. De Singly F. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris : Édition Nathan, 1992.
10. Durieux P. Comment améliorer les pratiques médicales: approche comparée internationale Les dossiers de l'institut d'études des politiques de santé. Paris : Médecine sciences Flammarion, 1999.
11. EBM Working Group. Evidence Based Médecine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA;1992,268:2420-25.
12. Perrenoud P. La transposition didactique à partir de pratiques: des savoirs aux compétences. Revue des sciences de l'éducation 1998;XXIV,3:487-514.
13. Perrenoud P. Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Paris : ESF, 2001.
14. Rey B. les compétences transversales en question. Paris : ESF, 1997.
15. Schön DA. A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. Paris : PUF,1996:201-22.
16. Vermersch P. Questionner l'action: l'entretien d'explicitation. Psychologie Française 1990;35-3:227-35.
17. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation initiale. Pédagogie médicale 2002;3:38-52.
18. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. Pédagogie médicale. In : Hivon R. L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation. Sherbrooke éditions du CRP, 1993:2756.

Enseignement

Le DES de Médecine Générale a été l'occasion d'un changement pédagogique qui a permis d'abandonner une logique passive d'enseignement magistral où « le maître parle aux élèves », en faveur d'une logique active d'apprentissage avec implication de l'interne. La conséquence en est la mise en place et l'utilisation d'un nouveau support pédagogique : le **Portfolio**. Cette évolution doit se faire avec les internes et tous les enseignants intervenant dans leur formation.

Le Portfolio :

Le Portfolio permet de rassembler, de façon structurée, les traces d'apprentissage de l'interne. C'est une collection ou recueil organisé de travaux, de productions et de réflexions d'un étudiant au cours de sa formation.

- Outil de formation et d'évaluation, il permet de privilégier l'apprentissage contextualisé, et l'évaluation des compétences.
- Processus de questionnement systématique et supervisé, c'est un outil unique et cohérent qui permet de conserver les traces écrites des apprentissages

C'est aussi un support à ces interactions enseignant-enseignant. Il se présente sous forme d'*un fichier électronique*.

- Le contenu du Portfolio :
 - Les besoins et objectifs de formation et les acquisitions au cours du stage, qu'il soit hospitalier ou ambulatoire.
 - L'analyse en profondeur de deux situations cliniques par semestre de stage (scripts).
 - Le recueil d'au moins 10 éléments ponctuels spécifiques des soins de santé primaires.
 - Les contributions et notes prises au cours des enseignements théoriques.
- La mise en œuvre du Portfolio :
 - Au cours des séances d'enseignement théorique : situation thématifiée. Utilisation comme support d'enseignement permettant d'analyser la démarche décisionnelle.
 - Au cours des groupes d'analyse de pratique : situation libre.
- L'utilisation du Portfolio :
 - Le Portfolio est un document personnel qui appartient à l'interne tout au long du DES de médecine générale.
 - Le Portfolio favorise la supervision et les interactions continues entre l'interne et les différents formateurs.
 - Le Portfolio facilite l'accompagnement qui permet au tuteur de guider l'interne dans la planification de son projet pédagogique.
 - Le Portfolio est un outil d'évaluation qui intervient dans la validation du DES, à partir de l'analyse de l'écriture clinique compilée dans le Portfolio.

Le Portfolio n'est pas une simple compilation, c'est un outil d'apprentissage et de progression pour stimuler et développer la capacité de l'interne de s'auto-évaluer et la capacité de prendre conscience de ses difficultés, de ses succès, de ses apprentissages et de ses progrès. La perspective en est une évaluation formative.

Les scripts

« *Confronter la pratique à la théorie pour faire évoluer sa pratique* »

La rédaction du script est un exercice réflexif d'auto-évaluation de pratique professionnelle et d'auto-formation. C'est un travail de narration, de réflexion et de recherche qui s'appuie sur les 3 composantes de l'Evidence Based Medicine (EBM) :

- **le contexte de soins** : les conditions particulières de cette situation qui ont pu orienter la décision ;
- **les caractéristiques du patient** : les comportements et choix du patient qui ont influencé la décision ;
- **les données actuelles de la science** : les connaissances qui ont permis de prendre cette décision.

La compétence du médecin est sa capacité à prendre en compte ces trois éléments dans la décision.

Le script débute par un **récit** descriptif d'une situation complexe rencontrée par l'interne lors de ses stages (et donc authentique), qui doit être une problématique de soins de santé primaires. Il est suivi par une **analyse**, travail réflexif à posteriori qui explore le contenu, explicite le raisonnement clinique et la démarche décisionnelle. Elle s'appuie sur les étapes de l'EBM :

1. Identification des problématiques.
2. Recherche des données actuelles de la science disponibles.
3. Analyse de la pertinence de ces données pour répondre aux problèmes soulevés, dans le champ de la médecine générale.
4. Mise en adéquation de ces données avec les circonstances cliniques à la lumière des caractéristiques de la médecine générale.
5. Application de ces données de façon personnalisée au patient concerné.

Le script doit permettre de mettre en évidence les compétences nécessaires, identifier les manques et de préciser les tâches d'apprentissages induites.

Il se termine par une **synthèse** qui reprend les points essentiels de l'auto-évaluation et de l'auto-formation réalisées et leur impact en termes de modifications :

- des connaissances,
- des compétences,
- des comportements ultérieurs.

En pratique

Le stage en médecine générale est un moment privilégié pour accompagner l'interne dans son évolution vers l'acquisition des compétences nécessaires pour son futur métier. Les éléments du Portfolio peuvent être analysés avec le maître de stage dans une approche de soins de santé primaires et les deux scripts faits durant le stage sont un moment fort de la communication entre l'interne et l'enseignant.

Votre rôle en tant que maître de stage est de susciter le travail de script pour une situation vécue avec l'interne particulièrement représentative des soins ambulatoires. Cette démarche a le double intérêt de pouvoir vous apporter les références recherchées par l'interne et pouvoir rediscuter à la lumière d'éléments théoriques de la situation clinique du patient. Vous pourrez guider l'interne dans un travail de réflexion sur la pratique quotidienne qui sera différent des mises en situations pratiques, et vous évaluerez ainsi d'autres compétences que celles mises en jeu dans les consultations.

Le tutorat collectif

L'objet du tutorat est d'aider et de suivre les internes dans la construction de leur Portfolio et la rédaction des scripts au cours du DES. Pour guider et soutenir les internes dans leur travail, un tutorat individuel leur a été proposé. L'intérêt des internes pour ce tutorat n'a pas été concluant et l'augmentation du nombre d'internes rend problématique le recrutement d'un nombre de tuteurs suffisant. Face à cette situation, le DMG a proposé un tutorat collectif. Le programme d'enseignement repose essentiellement sur le Portfolio ; la première séance de chaque module et la première séance de la 3^{ème} journée d'enseignement sont consacrées spécifiquement à l'analyse du Portfolio en petits groupes.

Travail de thèse et de recherche en Médecine Générale

Thèse

La thèse de médecine générale est un travail scientifique, visant à résoudre un problème dans un champ disciplinaire concernant la santé humaine. Au cours du DES de médecine générale, il est souhaitable de choisir un sujet de recherche en rapport avec le futur exercice, c'est-à-dire concernant les soins de santé primaires. Ce travail permet de valider le cycle d'étude et d'obtenir son diplôme.

- **Les objectifs de la thèse :**

- approfondir les connaissances de la discipline ;
- valider des démarches diagnostiques, des stratégies thérapeutiques et des indicateurs de santé en soins de santé primaires ;
- participer à la reconnaissance du statut de discipline universitaire ;
- se confronter aux nécessités d'une démarche scientifique et des bases de méthodologie et de communication appliquées à la recherche, aussi bien pour l'interne que pour le maître de stage

- **Le choix du sujet :**

A l'occasion des stages chez le Praticien, la mise en évidence d'un problème clinique par l'interne et le maître de stage permet de définir la question de recherche. A partir d'une réflexion personnelle, l'interne en discute avec son maître de stage, qui peut être son directeur de thèse. Cette réflexion adossée à une synthèse des données de la littérature amène à l'élaboration d'un véritable travail de recherche, à développer dans le cadre de l'exercice en soins de santé primaires.

- **Le choix du directeur de thèse :**

Le directeur de thèse doit :

- être docteur en médecine, donc tout maître de stage peut l'être ;
- disposer de compétences sur le thème (champ de la médecine générale), de compétences pédagogiques (enseignement) et de compétences méthodologiques, à acquérir facilement en participant à une formation à la direction de thèse ;
- avoir la disponibilité nécessaire.

Dans certains cas, le directeur de thèse peut envisager de faire appel à un co-directeur.

- **Intérêt pour le maître de stage d'être directeur de thèse :**

La direction de thèse fait partie de l'enseignement dispensé aux internes en DES et renforce l'intégration du maître de stage dans le statut d'enseignant universitaire. Elle permet aux maîtres de stage de participer au développement de la discipline. Encore plus que l'accueil des étudiants, c'est un formidable moyen d'approfondissement et de perfectionnement des connaissances.

Recherche

Le premier travail de recherche des internes est la recherche documentaire à l'occasion de la rédaction des scripts et de la constitution du Portfolio. La démarche EBM comprend 5 étapes successives : identification du (ou des) problème(s)

clinique(s), recherche des données actuelles de la science disponibles, analyse de leur pertinence, mise en adéquation de ces données avec les circonstances cliniques, application de façon personnalisée au patient concerné.

La deuxième grande occasion de s'inscrire dans cette démarche de recherche se trouve dans le travail de thèse.

Que ce soit dans le travail du Portfolio ou de la thèse, l'implication du maître de stage est possible et même souhaitable pour aider les internes, les guider ou les diriger. De plus en plus d'internes entreprennent des travaux de recherche auxquels les maîtres de stage sont associés.

Par ailleurs, la WONCA, organisation scientifique internationale de médecine générale, préconise d'inciter les médecins généralistes à participer à la recherche à tous les niveaux, et de créer des liens entre la médecine générale et l'environnement de la recherche, ce qui permettrait d'élargir le cercle de ceux qui sont intéressés et qui déjà participent à certains travaux de recherche et à différents niveaux.

Besoins de formation des Praticiens agrégés- Maîtres de stage des Universités

L'accueil des étudiants en stage dans les cabinets de médecine générale ne relève pas du simple compagnonnage, mais d'un véritable enseignement avec des techniques pédagogiques adaptées. D'autre part, le choix fait pour l'enseignement repose sur le développement de la participation active de l'étudiant à sa propre formation.

Le cursus des internes évolue chaque année, leur besoin d'apprentissage aussi : il est essentiel pour le maître de stage de consacrer du temps à sa propre formation, pour entretenir ses compétences et améliorer son expertise de maître de stage.

Par ailleurs, le besoin d'homogénéisation de l'enseignement en 3^e cycle fait que l'appropriation d'un socle théorique et pédagogique commun est nécessaire et passe par une harmonisation des compétences des Maîtres de stage demandée par les internes avec insistance.

Enfin, le DMG est de plus en plus exigeant quant à la formation des médecins recevant des stagiaires et prodiguant un enseignement.

Conscients de la nécessaire qualité pédagogique de l'encadrement des étudiants, le DMG et le Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA) organisent régulièrement des **formations**, en partenariat avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) sur les thèmes des stages et des outils pédagogiques de supervision notamment, et invitent les maîtres de stage à y prendre part.

Le DMG organise le dernier samedi de janvier une **journée pédagogique** qui est une occasion intéressante de renforcer ses compétences pédagogiques et de rencontrer ses collègues Maîtres de stage.

Des groupes d'échanges de pratique pédagogique sont organisés annuellement dans votre secteur et dans la commission pédagogique locale dont vous dépendez. Ils sont l'occasion d'échanges d'expériences entre maîtres de stage, d'informations bidirectionnelles entre DMG et maître de stage, et de formation ponctuelle sur une soirée. Vous êtes invités à y participer.

Dans un souci de qualité pédagogique, **la formation des Maîtres de stage est obligatoire**. Les attestations de présence aux formations pédagogiques et aux congrès de médecine générales, ainsi que votre participation à la recherche en soins primaires (thèse, études cliniques,...) vous seront demandées lors des demandes d'agrément à la maîtrise de stage et conditionneront leur renouvellement tous les 5 ans.



Textes réglementaires

Internat de Médecine Générale

- Code de l'éducation : les études médicales, articles L632- 1 à 13
- Code de l'éducation : le 3^{ème} cycle des études médicales, articles R632-1 à 79
- Décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.
- Arrêté du 10 septembre 2002 modifié relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité.
- Arrêté du 22 septembre 2004 modifié fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, complété par le Bulletin Officiel n°39 du 28 octobre 2004 modifié (Maquette des DES).
- Arrêté du 22 septembre 2004 modifié fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.
- Arrêté du 4 février 2011 modifié relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.
- Arrêté du 27 juin 2011 relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du 3^{ème} cycle des études de médecine
- Circulaire DGS/DES/2004/n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS)
- Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire de transport pour les internes de médecine générale qui accomplissent un stage ambulatoire
- Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant de la prime de responsabilité pour les internes de médecine générale pendant leur stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.

Statut des internes

- Code de la santé publique – articles L6153-1 à L6153-45

Missions du Médecin Généraliste

- Code de la santé publique – article L4130-1

Code de déontologie médicale

- Code de la santé publique - articles R4127-1 à R4127-112 (à consulter également sur le site de l'Ordre National des Médecins)

**Pour accéder à ces textes, vous pouvez vous référer au site officiel du
Gouvernement :
www.legifrance.gouv.fr**

**The European definition of general practice
WONCA Europe 2011**

Justin Allen, Bernard Gay, Harry Crebolder, Jan Heyrman, Igor Svab, Paul Ram,
Ernesto Mola, Tina Eriksson

Définition européenne de la médecine générale

Traduction Bernard Gay

La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins de santé primaires.

Les caractéristiques de la discipline Médecine générale

La discipline comporte douze caractéristiques :

1. Elle est habituellement le premier contact avec le système de santé, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
2. Elle assure une utilisation efficiente des ressources du système de santé, par la coordination des soins, le travail avec d'autres professionnels de soins de santé primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
3. Elle développe une approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelles, familiales et collectives.
4. Elle encourage la responsabilisation du patient.
5. Elle utilise un mode de consultation personnalisée qui établit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication adaptée.
6. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, déterminés par les besoins du patient.
7. Elle fait appel à une démarche décisionnelle spécifique, s'appuyant sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins de santé de santé primaires.
8. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.
9. Elle intervient au stade précoce et indifférencié des maladies, qui peut éventuellement requérir une intervention rapide.
10. Elle favorise la promotion et l'éducation à la santé par une intervention appropriée et efficace.
11. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
12. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

La spécialité de Médecine générale

Les médecins généralistes sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent, indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire et culturel, toujours dans le respect de leur autonomie. Ils ont également une responsabilité professionnelle de santé publique envers la collectivité. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec les patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique,

sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative, la responsabilisation et l'autonomisation du patient. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs, pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. Comme les autres professionnels de santé, ils doivent prendre la responsabilité de surveiller, maintenir et si nécessaire améliorer en permanence les éléments cliniques, les services et l'organisation, la satisfaction et la sécurité des patients, pour les soins qu'ils fournissent.

Les compétences fondamentales

Cette définition de la discipline médecine générale doit conduire directement aux compétences fondamentales du médecin généraliste, quel que soit le système de santé dans lequel elles sont appliquées. Les douze caractéristiques qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin généraliste devrait maîtriser. Elles peuvent être regroupées en six compétences fondamentales (en références aux caractéristiques) :

- I. La gestion des soins de santé primaire (1, 2).**
- II. Les soins centrés sur la personne (3, 4, 5, 6).**
- III. L'aptitude spécifique de la résolution de problèmes (7, 8).**
- IV. L'approche globale (9, 10).**
- V. L'orientation communautaire (11).**
- VI. Le modèle holistique (12).**

En référence plus particulièrement aux compétences I et III, l'amélioration de la qualité des soins doit être considérée comme une compétence fondamentale.

Pour appliquer ces compétences fondamentales dans l'enseignement, la formation et la pratique, trois dimensions supplémentaires doivent être prises en compte :

- **Aspects contextuels** : compréhension du contexte de vie des médecins eux-mêmes et de l'environnement dans lequel ils travaillent, leurs conditions d'exercice, les facteurs socio-culturels, le cadre réglementaire et financier.
- **Aspects comportementaux** : perception des capacités professionnelles, des valeurs et de l'éthique du médecin.
- **Aspects scientifiques** : mise en œuvre d'une pratique basée sur l'analyse critique et la recherche et son entretien par la formation continue et l'amélioration de la qualité des soins.

La corrélation entre les compétences fondamentales et les applications essentielles détermine la discipline et souligne la complexité de la spécialité. Cette interrelation complexe devrait guider le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité des soins, et être ainsi explicitée.

Les 11 compétences génériques

1. Prendre en charge un problème de santé de première ligne :

- Recueillir, analyser et hiérarchiser les demandes du sujet et/ou de son entourage.
- Examiner de manière pertinente le sujet.
- Synthétiser les différentes données recueillies afin d'aboutir à un diagnostic de situation.
- Elaborer une prise en charge globale adaptée au sujet et au contexte.
- La communiquer et l'argumenter.
- Prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique.

2. Communiquer en établissant une relation d'aide avec le sujet et/ou son entourage :

- Manifester une écoute active et empathique.
- Maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale.
- Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet.
- Prendre en compte ses émotions et celles du sujet.
- Décliner les principes éthiques : respect, humanité, autonomie.

3. Travailler en équipe au sein du système de santé et de la société :

- Coordonner la prise en charge autour du sujet.
- Organiser la prise en charge des sujets dans les parcours, filières et réseaux appropriés.
- Protéger le sujet au sein des parcours, filières et réseaux.
- Respecter la loi et le code de déontologie.

4. Assurer la continuité de la prise en charge des sujets :

- Collaborer avec les partenaires médico-sociaux.
- Collaborer avec le système de permanence de soins en vigueur.
- Organiser l'hospitalisation et le retour à domicile.
- Organiser ses absences (vacances, formations, autres activités).

5. Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science adaptées aux besoins et au contexte :

- Fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science.
- Utiliser un processus spécifique de décision conditionné par la prévalence et l'incidence des problèmes en soins premiers.
- Prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement.
- Négocier avec le sujet pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.

6. Prendre une décision adéquate en situation d'urgence :

- Connaître l'organisation de la permanence de soins en ambulatoire.
- Gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins de santé primaires.
- Répondre de manière adaptée à la demande urgente des patients.
- Constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice.

7. Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie :

- Etablir un diagnostic éducatif.
- Impliquer le sujet dans un projet de prise en charge.
- Décliner des stratégies éducatives.
- Accompagner et motiver le sujet dans sa démarche.

8. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de première ligne :

- Pratiquer des actes de prévention et de dépistage.
- Pratiquer des actes diagnostiques et thérapeutiques.
- Entretenir ses habiletés sur les actes pratiqués.

9. Entreprendre et participer à des actions de santé publique :

- Repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité.

- Identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention.
- Gérer et exploiter les données du dossier médical des sujets.

10. Se préparer à son exercice professionnel :

- Organiser le temps de travail.
- Adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité: exercice en commun, hygiène, maintenance.
- Actualiser l'outil de travail: dossier médical, informatique, matériels.
- Gérer les ressources humaines: entretien, secrétariat, remplaçants, assistants, étudiants.
- Respecter les obligations comptables et fiscales.

11. Actualiser et développer ses compétences :

- Adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche.
- Maintenir et améliorer ses compétences par une formation continue validée.
- Evaluer ses pratiques.

CNGE. 2006

Les situations prototypiques en médecine générale

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

2. Situations liées à des problèmes aigus, non programmés :
 - situations de patients présentant des plaintes médicalement inexpliquées, plaintes d'origine fonctionnelle, plaintes somatiques inexpliquées ;
 - situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie.

3. Situations liées à des problèmes aigus, non programmés, dans le cadre des urgences réelles ou ressenties :
 - situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions ;
 - situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale ;
 - situations de patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties ;
 - situations de patients présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique/ou relationnelle (patient très agressif) ;
 - situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide.

4. Situations de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent :
 - situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance ;
 - situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson ;
 - situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique, préventif, éducatif et relationnel.

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

6. Situations de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple :
 - situations où la dynamique familiale est perturbée ;

- situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes ;
 - situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens.
7. Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail :
- situations de patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail ;
 - situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle) ;
 - situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste.
8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques, médico-légaux sont au premier plan :
- situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné ;
 - situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels ;
 - situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants ;
 - situations où la sécurité du patient n'est pas respectée ;
 - situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur.
9. Situations avec des patients difficiles/exigeants :
- situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif ;
 - situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique ;
 - situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention, de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs.
10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan :
- situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé ;
 - situations de patients en précarité ;
 - situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation.
11. Situations avec des patients d'une autre culture :
- des situations de patients migrants en situation irrégulière/précaire ;
 - des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine) ;
 - des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France.

CNGE 2010

Compétences pour exercer la Médecine Générale

Pour chaque item, indiquez votre capacité à gérer le problème :

1. *Limite*
2. *Moyenne*
3. *Bonne*
4. *Excellente*
5. *Problème non rencontré au cours du stage*

• **Compétences cliniques :** Motifs fréquents de consultation en médecine générale

1. *Adulte : problèmes aigus*

- *Identifier la plainte*
- *Faire une hypothèse diagnostique en fonction de l'incidence et de la prévalence des maladies en soins de santé primaires*
- *Argumenter la démarche diagnostique en fonction des éléments cliniques et complémentaires éventuels.*
- *Mettre en œuvre une prise en charge du patient tenant compte de ses particularités, des ressources matérielles et humaines disponibles.*

Amaigrissement	
Anxiété, angoisse	
Baisse aiguë de l'acuité auditive	
Bouffées de chaleur, sueurs	
Boule dans le cou (adénopathie, nodule thyroïdien)	
Brûlures en urinant, brûlure urétrale, difficulté à uriner	
Céphalée	
Chute	
Constipation	
Diarrhée	
Difficulté à respirer	
Douleur abdominale	
Douleur thoracique	
Douleur articulaire	
Douleur vertébrale	
Fièvre	
Grosse jambe	
Mal de gorge	
Malaise, perte de connaissance brève	
Manque d'appétit	
Modification de la voix	
Nausées, vomissements	
Nez bouché, nez qui coule	
Œdème d'un membre, des membres inférieurs	
Œil rouge ou douloureux	
Otalgie	
Palpitations	
Présence de sang dans les selles	
Présence de sang dans les urines	

Présence de sang dans la bouche ou dans le nez	
Problème avec l'alcool, avec un toxique	
Prurit	
Sensation de vertige	
Toux	
Traumatisme des membres	
Traumatisme crânien	
Tremblements	
Troubles de la mémoire	
Trouble de la sensibilité	
Trouble de la motricité	
Trouble de la marche	

2. *Adulte : problèmes chroniques*

- *Confirmer le diagnostic, prescrire le bilan initial, interpréter les résultats*
- *Définir des objectifs thérapeutiques.*
- *Mettre en œuvre la stratégie thérapeutique initiale et le suivi*
- *Adapter la stratégie si les objectifs ne sont pas atteints*
- *Informé, éduquer le patient.*
- *Inclure dans la prise en charge les dimensions psychologiques, sociales, familiales, culturelles et environnementales.*
- *Mettre en œuvre les collaborations (correspondants, paramédicaux, réseau...) nécessaires.*

Patient hypertendu	
Patient diabétique	
Patient à risque cardiovasculaire	
Patient insuffisant coronaire et artérielle	
Patient insuffisant cardiaque	
Patient asthmatique	
Patient ayant une BPCO	
Patient insuffisant rénal	
Patient ayant une souffrance psychique chronique	
Patient handicapé	
Patient ostéoporotique	
Patient obèse	
Patient souffrant de troubles veino-circulatoires chroniques	
Patient avec addiction : alcool, tabac, cannabis, héroïne, polytoxicomanies	
Patient porteur d'une infection virale chronique (VIH, VHC, VHB)	
Patient arthrosique et/ou avec douleurs chroniques de l'appareil locomoteur	
Patient atteint d'une pathologie cancéreuse évolutive	

3. *Prise en charge des problèmes gynéco-obstétricaux*

Pertes vaginales	
Douleurs pelviennes	
Troubles des règles	
Infections des organes génitaux externes	
Problèmes liés au sein	
Ménopause	
Incontinence urinaire	

Saignement vaginal anormal	
Inconfort, prurit, brûlure vulvo-vaginale	
Suivi de la grossesse	
Prise en charge de la contraception	
Dépistage des cancers gynécologiques	

4. *Prise en charge des enfants*

Consultation Parents - Enfants	
Examen du nourrisson et de l'enfant	
Développement psychomoteur	
Conseils alimentaires	
Diarrhée et risque de déshydratation	
Fièvre	
Infections courantes : angines, otites, sinusites, bronchites, bronchiolites, infections urinaires	
Problèmes cutanés	
Asthme et atopie	
Enurésie	
Constipation	
Urgence pédiatrique (invagination intestinale aiguë, méningite, sténose du pylore, asthme sévère, torsion testiculaire, hernie inguinale, appendicite)	
Troubles du sommeil, agressivité, hyperactivité	
Maltraitance	
Calendrier vaccinal	
Problèmes orthophoniques et/ou scolaires	
Education des parents (fièvre, médicaments) et prévention des accidents domestiques	
Troubles de l'appareil locomoteur	

5. *Prise en charge de l'adolescent*

Adolescent normal	
Adolescent suicidaire	
Consommation de toxique : alcool, tabac, cannabis, héroïne	
Puberté et sexualité (contraception, troubles des règles, prévention des IST)	
Problèmes cutanés : acné	
Troubles de l'appareil locomoteur	

6. Prise en charge des personnes âgées

Chute	
Confusion	
Troubles trophiques, ulcères	
Problèmes et cancers cutanés	
Tassement vertébral	
Douleurs arthrosiques	
Troubles de l'équilibre	
Déficits sensoriels	
Troubles mictionnels	
Altération des fonctions supérieures	
Problèmes psychiques de la personne âgée	
Nutrition	
Poly pathologie	
Médicaments et personnes âgées	
Handicap et perte d'autonomie	
Maintien à domicile,	
Fin de vie	

7. Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate

Tissu cutané	
Acné	
Psoriasis	
Urticaire	
Pityriasis versicolor	
Pityriasis rosé de Gilbert	
Dermatophytie sur peau glabre	
Dermite séborrhéique	
Rosacée	
Verrues vulgaires	
Condylomes	
Molluscum pendulum	
Molluscum contagiosum	
Folliculite	
Impétigo	
Herpes	
Zona	
Epithélioma baso-cellulaire	
Varicelle	
Eruptions infantiles	
Appareil locomoteur	
Crise de goutte	
Kyste synovial	
Hygroma	

Yeux	
Chalazion	
Orgelet	
Pied	
Durillon	
Hallux valgus	
Intertrigo digito-plantaire	
Onychomycose	
Appareil proctologique	
Fissure anale	
Hémorroïde	
Système neuro-psychiatrique	
Paralysie faciale	
Etats délirants	
Chirurgie	
Hernie inguinale	
Hernie ombilicale	
Hernie de la ligne blanche	

- **Compétences techniques**

Gestes courants	
Pontions, injections et poses de voie veineuse	
Prélèvements bactériologiques	
Stérilisation et usage unique	
Usage des collecteurs de matériel souillé	
Traitement hygiénique des mains dans la pratique quotidienne	
Sphère ORL	
Rhinoscopie antérieure	
Otoscopie	
Audiométrie	
Utilisation TDR	
Tamponnement antérieur épistaxis	
Ablation corps étranger des fosses nasales	
Ablation d'un bouchon de cérumen ou d'un corps étranger du CAE	
Réduction d'une luxation temporo-mandibulaire	
Manœuvre libératoire du vertige positionnel paroxystique bénin	
Système oculaire	
Test à la fluorescéine	
Fond d'œil	
Ablation d'un corps étranger oculaire	
Appareil cardiopulmonaire	
Auto-mesure tensionnelle	
ECG pratique et interprétation	
Mesure de l'Index de Pression Systolique	
Maniement des aérosols et d'une chambre d'inhalation	
Utilisation du débitmètre de pointe	
Mesure de la SpO2	

Appareil digestif	
Toucher rectal et anoscopie	
Hémoccult	
Incision d'une thrombose hémorroïdaire	
Evacuation d'un fécalome	
Appareil gynécologique	
Examen gynécologique (seins, col, TV)	
Frottis cervico-vaginal de dépistage	
Pose d'un DIU	
Pose et retrait d'un implant contraceptif	
Appareil urinaire	
Utilisation d'une bandelette urinaire	
Pose de sonde urinaire	
Système endocrinien	
Réalisation d'une glycémie capillaire	
Test au monofilament de Semmes-Weinstein	
Appareil locomoteur	
Ponction articulaire	
Infiltrations articulaires et péri-articulaires	
Réduction d'une luxation phalangienne	
Réduction de la pronation douloureuse	
Contention articulaire (entorses), pose d'attelles	
Tissu cutané	
Extraction d'un corps étranger des parties molles	
Traitement des verrues et molluscums	
Incisions de collections abcédées	
Soins d'ulcères et d'escarres	
Désensibilisation	
Appareil neuro-sensoriel	
Tests d'acuité visuelle pour l'adulte et l'enfant	
Utilisation des tests de dépistage des troubles sensoriels du nourrisson	
Tests psychométriques de dépistage des déficits cognitifs	
Gestes d'urgence	
Anesthésie locale	
Suture adhésive et au fil, ablation des fils	
Détersion et parage des plaies	
Soins de brûlures	
Evacuation d'un hématome sous unguéal	
Manœuvre de Heimlich et de Mofenson pour le petit enfant	
Massage cardiaque externe	
Maniement d'un défibrillateur	
Ventilation au masque	
Pose d'une canule bucco pharyngée	
Position latérale de sécurité	
Pansement compressif (plaie veineuse, artérielle)	
Réhydratation par perfusion sous-cutanée	

• **Compétences transversales**

1. Prendre en charge un problème de santé en soins de premier recours	Recueillir et analyser les demandes du sujet et/ou de son entourage	
	Synthétiser les données recueillies à l'examen pour faire un diagnostic de situation	
	Elaborer une prise en charge globale adaptée au sujet et au contexte	
	La proposer et l'expliquer au sujet	
	Prendre une décision partagée notamment au plan thérapeutique	
2. Communiquer de façon appropriée avec le sujet et/ou son entourage	Manifester une écoute active et empathique	
	Savoir utiliser les techniques de communication verbales et non verbales	
	Adapter son discours aux possibilités de compréhension du sujet	
	Tenir compte de ses émotions et de celles du sujet	
	Tenir compte du code de déontologie : information du sujet, secret médical	
3. Prendre une décision adaptée en situation d'urgence (potentielle/vraie)	Connaître l'organisation de la permanence des soins et des urgences	
	Gérer les situations d'urgences les plus fréquentes et les plus graves en soins de première ligne	
	Constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice	
	Gérer un appel d'urgence d'un de ses sujets ou en garde	
4. Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie	Etablir un diagnostic éducatif	
	Proposer un projet de soins impliquant le sujet	
	Motiver et accompagner le sujet dans sa démarche	
5. Travailler en équipe au sein du système de santé	Coordonner la prise en charge autour du sujet	
	Connaître les réseaux et les filières de soins	
	Organiser la prise en charge des sujets dans des réseaux ou filières de soins adaptés	
6. Assurer la continuité des soins pour tous les sujets	Collaborer avec le système de la permanence des soins (nuits, jours fériés, weekend)	
	Collaborer avec les partenaires médico-sociaux	
	Organiser l'hospitalisation et le retour à domicile	
	Organiser ses absences (vacances, formations, activités hors cabinet...)	
7. Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science, adaptée aux besoins et au contexte	Fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science	
	Tenir compte de la prévalence et de l'incidence des pathologies en premier recours	
	Prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement	
	Négocier avec le sujet pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée	
8. Entreprendre et participer à des actions de santé publique	Repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité	
	Identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention	
	Gérer et exploiter les données du dossier médical du sujet	
9. Se préparer à l'exercice professionnel	Gérer les ressources humaines	
	Connaître les obligations comptables et fiscales	
	Gérer les outils de travail : dossier médical, informatique, matériels...	
	Organiser son temps de travail	
	Adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité : Exercice en commun, hygiène, maintenance	
10. Actualiser et développer ses compétences	Adopter une attitude critique sur ses savoirs	
	Maintenir et améliorer ses compétences par une formation continue validée	
	Evaluer ses pratiques	

Fiche mensuelle de présence

SUIVI DES INTERNES EN STAGE CHEZ LE PRATICIEN
(Obligations de service : 10 demi-journées par semaine dont 2 sont consacrées à la formation universitaire, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre.
Congés : 15 jours ouvrables par semestre, le samedi étant décompté comme jour ouvrable)

MOIS DE

Nom de l'Interne:

	NOMBRE DE 1/2 JOURNEES PAR PRATICIEN OU EQUIVALENT 1/2 JOURNEES	IDENTIFIANT DU STAGE AUXILIAIRE NOMBRE DE 1/2 JOURNEES	ABSENCES DE L'INTERNE*
Semaine du au	«Identité_Praticien_1» «Identité_Praticien_2» «Identité_Praticien_3»		

Signatures : «Identité_Praticien_1»
«Identité_Praticien_2»
«Identité_Praticien_3»

Date :

Signature de l'Interne:

Absences de l'Interne : congés annuels, enseignement théorique, maladie, autre...

Fiches d'Evaluation par le Maître de stage

FICHE D'EVALUATION FORMATIVE A 2 MOIS (X) ET 4 MOIS (O)
(à usage interne - à ne pas renvoyer au DMG)

Maîtres de Stage :	Date
«Identité_Praticien_1»	
«Identité_Praticien_2»	
«Identité_Praticien_3»	
«Identité_Praticien_4»	

GRILLE D'EVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES

		A	B	C	D
1	Connaissances théoriques				
2	Aptitudes diagnostiques (recueil des données cliniques, interprétation des examens complémentaires)				
3	Aptitudes décisionnelles : thérapeutique, suivi				
4	Aptitudes à l'urgence				
5	Compétences relationnelles avec les patients				
6	Capacités pour les gestes techniques				
7	Hygiène/propreté				
8	Ponctualité, assiduité				
9	Qualité d'analyse de dossiers (orale ou portfolio)				
10	Relations professionnelles				
11	Prise en compte des aspects de santé publique (prévention, éducation du patient)				
12	Acquisition de l'autonomie au cours du stage				

Echelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = limite, D = Insuffisant, (tout « D » doit être motivé en observation).
Noter avec (X) l'évaluation à 2 mois et (O) l'évaluation à 4 mois.

OBSERVATIONS EVENTUELLES

Aspects positifs

Difficultés rencontrées

Moyens mis en œuvre pour poursuivre l'acquisition des compétences

**FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE
EN TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES**

STAGE CHEZ LE PRATICIEN

Stage du _____ au _____

Maitres de Stage : « Identité_Praticien_1 » « Identité_Praticien_2 » « Identité_Praticien_3 » « Identité_Praticien_4 »	Étudiant : ANNEE D'INTERNAT : TCEM DES choisi : MEDECINE GENERALE SUBDIVISION D'ORIGINE : BORDEAUX
--	---

GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES					
		A	B	C	D
1	Connaissances théoriques				
2	Aptitudes diagnostiques (recueil des données cliniques, interprétation des examens complémentaires)				
3	Aptitudes décisionnelles : thérapeutique, suivi				
4	Aptitudes à l'urgence				
5	Compétences relationnelles avec les patients				
6	Capacités pour les gestes techniques				
7	Hygiène/propreté				
8	Ponctualité, assiduité				
9	Qualité d'analyse de dossiers (orale ou portfolio)				
10	Relations professionnelles				
11	Prise en compte des aspects de santé publique (prévention, éducation du patient)				
12	Acquisition de l'autonomie au cours du stage				

Echelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = Limite, D = Insuffisant (tout « D » doit être motivé en observation).

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES
Aspects positifs
Difficultés rencontrées

Proposition du Maître de Stage

Stage validé Stage non validé
Signature et cachet

Signature de l'Interne :

Proposition du Coordonnateur Régional :
Stage validé Stage non validé

Pr Jean-Philippe JOSEPH

Décision : STAGE VALIDE : OUI NON

Signature du Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche ou de son représentant :
Le Directeur du Département de Médecine Générale

Pr Jean-Philippe JOSEPH

**SEMESTRE DE STAGE EFFECTUÉ AUPRÈS DE PRATICIENS GENERALISTES AGRÉÉS
STAGE AUTONOME EN SOINS PRIMAIRES AMBULATOIRE SUPERVISE (SASPAS)**

FICHE D'EVALUATION

Stage du au 2012

Maître(s) de Stage : «Identité Praticien 5» «Identité Praticien 6» «Identité Praticien 7», «Structure praticien 7» «Identité Praticien 8», «Structure praticien 8» «Identité Praticien 9», «Structure praticien 9»	Nom de l'interne : «Concat_Complet_Résident»			
CRITERES	A	B	C	D
Recueil des données cliniques				
Interprétations des résultats d'examen				
Prise de décisions				
Aptitudes à l'urgence				
Compétences relationnelles avec les patients				
Capacités pour les gestes techniques				
Hygiène/propreté				
Ponctualité, assiduité				
Relations professionnelles				
Prise en compte des aspects de santé publique (prévention, éducation du patient)				
Implication de l'Interne				
Confirmation de l'autonomie professionnelle				
Echelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = Limite, D = Insuffisant (tout « D » doit être motivé en observation).				
REMARQUES 				

Proposition des Maîtres de Stage
 Stage validé Stage non validé
 Signature(s) et cachet (s)

Signature de l'Interne : **Proposition du Coordonnateur Régional :**
 Stage validé Stage non validé

Pr Jean-Philippe JOSEPH

Décision : STAGE VALIDE : OUI NON
 Signature du Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche ou de son représentant :
 Le Directeur du Département de Médecine Générale

Pr Jean-Philippe JOSEPH

Rapport et évaluation du stage par l'interne

Université de Bordeaux
Département de Médecine Générale

SEMESTRE DE STAGE EFFECTUÉ AUPRÈS DE PRATICIENS GENERALISTES AGRÉÉS

RAPPORT DE STAGE

Période duau

Responsables de stage : «Identité_Praticien_1»

Nom de l'étudiant :

Items à développer (une page recto/verso maximum)

1. *Eléments de la prise de contact avec votre terrain de stage (contenu de la rencontre) :*
2. *Attentes spécifiques vis-à-vis de ce stage :*
3. *Objectifs d'apprentissage défini avec vos maîtres de stage :*
4. *Eléments de mise en place et de réalisation de vos séquences d'observation active (votre maître de stage consulte et vous observez ou intervenez ponctuellement) :*
5. *Eléments de mise en place et réalisation de vos consultations en supervision directe (vous êtes en position de médecin acteur principal en présence de votre maître de stage) :*
6. *Eléments de mise en place et de réalisation de vos consultations en autonomie sous supervision indirecte (celles que vous réalisez seul avec le patient) :*
7. *Nombre de scripts rédigés pendant ce stage et sollicitation de vos maîtres de stage :*
8. *Eléments que vous avez particulièrement appréciés au cours de votre stage :*
9. *Eléments que vous pensez être perfectibles dans le déroulé du stage :*
10. *Déroulement des stages hors cabinet :*
11. *Votre projet professionnel après le DES :*
12. *Commentaires libres :*

Date :

Signature de l'étudiant :

**FICHE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ PÉDAGOGIQUE DU STAGE
PAR L'INTERNE EN TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES**

Stage chez le Praticien

Stage du au

Maîtres de Stage : « Identité_Praticien_1 » « Identité_Praticien_2 » « Identité_Praticien_3 »	Étudiant : ANNEE D'INTERNAT : TCEM DES choisi : MEDECINE GENERALE SUBDIVISION D'ORIGINE : BORDEAUX
---	---

GRILLE D'ÉVALUATION

		A	B	C	D
1	Accueil				
2	Organisation matérielle du stage (horaire, lieu, ...)				
3	Suivi pédagogique par le maître de stage				
4	Supervision régulière				
5	Participation à l'analyse des dossiers				
6	Responsabilisation				
7	Encadrement médical si besoin				
8	Bénéfice pédagogique global				
9	Avis général sur le stage				

Echelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = Limite, D = Insuffisant (tout « D » doit être motivé en observation).

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

Aspects positifs

Difficultés rencontrées

Date :

Signature de l'Interne

**FICHE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ PÉDAGOGIQUE
DU STAGE AUTONOME EN SOINS PRIMAIRES
AMBULATOIRE SUPERVISE (SASPAS) PAR L'INTERNE**

Stage duau

Maitres de Stage

«Concat_Complet_Résident»

«Identité_Praticien_5»

«Identité_Praticien_6»

«Identité_Praticien_7», «Structure_praticien_7»

«Identité_Praticien_8», «Structure_praticien_8»

«Identité_Praticien_9», «Structure_praticien_9»

GRILLE D'ÉVALUATION

		A	B	C	D
1	Accueil				
2	Organisation matérielle du stage (horaire, lieu, ...)				
3	Suivi pédagogique par le maître de stage				
4	Supervision régulière				
5	Participation à l'analyse des dossiers				
6	Responsabilisation				
7	Encadrement médical si besoin				
8	Bénéfice pédagogique global				
9	Avis général du stage				

Echelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = Limite, D = Insuffisant (tout « D » doit être motivé en observation).

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

Aspects positifs

Difficultés rencontrées

Date et Signature de l'Interne

Notes personnelles