



DES de Médecine Générale LYON

GUIDE PÉDAGOGIQUE DES MAÎTRES DE STAGE DES UNIVERSITÉS

**STAGES AMBULATOIRES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

2019-2020

SOMMAIRE

1	Le Diplôme d'études spécialisées de Médecine Générale	3
2	Le stage en médecine générale de niveau 1	3
2.1	Le cadre pédagogique	3
2.2	Les lieux du stage	4
2.3	Durée et obligations du stage	4
2.4	Les différentes phases du stage.....	5
2.5	Les rôles et engagements	6
2.6	Les trois réunions des MSU avec l'étudiant-e.....	6
2.7	La validation – L'évaluation d'apprentissage	7
2.8	Le cadre réglementaire	7
2.9	Le portfolio	9
3	Les particularités du stage Pôle femme enfant en ambulatoire ou PFEA..	9
4	Le stage en médecine générale de niveau 2.....	9
4.1	Le cadre pédagogique.....	9
4.2	Le cadre réglementaire.....	10
4.3	Le cadre organisationnel du stage	10
5	Le stage en Médecine Générale lors de l'externat	11
5.1	Le déroulement du stage	11
5.2	Les ateliers Intégrés (AI)	12
5.3	L'évaluation	12
5.4	La validation	12
5.5	Récupération des listes de présence et des validations finales	12
6	La formation pédagogique des MSU	13
7	Annexe 1 : Les enseignements facultaires	14
8	Annexe 2 : Le tutorat	15
9	Annexe 3 : La fiche de démarche décisionnelle	16
10	Annexe 4 : Les compétences génériques de MG	17
11	Annexe 5 : La fiche d'évaluation de stage	19
12	Annexe 6 : Les familles de situations cliniques	25
13	Annexe 7 : La grille d'évaluation des familles de situations cliniques	26
14	Annexe 8 : La grille d'évaluation.....	27
15	Annexe 9 : Journal de stage ambulatoire.....	28
16	Annexe 10 : Grille d'autoévaluation pour les externes	29
17	Annexe 11 : Le module de raisonnement en soins primaires	31

1 Le Diplôme d'études spécialisées de Médecine Générale

L'organisation du 3^e cycle des études médicales a été modifiée à la suite de l'arrêté du 12 avril 2017. La nouvelle maquette du DES de médecine générale est composée de 2 phases, une première phase d'un an appelée phase socle et une 2^e phase de 2 ans appelée phase d'approfondissement. Une 3^e phase d'un an, dite phase de consolidation, devrait voir le jour dans les prochaines années.

Le Diplôme d'études spécialisées ou DES de médecine générale est sous la responsabilité du coordonnateur local et du coordonnateur régional.

Le Collège universitaire de médecine générale de l'Université Claude Bernard Lyon 1 (CUMG) propose aux étudiants un programme composé :

- D'une maquette obligatoire de 6 stages :
 - 1) Phase socle :
 - Un stage hospitalier de médecine d'urgence
 - Un stage chez le praticien niveau 1
 - 2) Phase d'approfondissement :
 - Un stage hospitalier de médecine polyvalente
 - Un stage en santé de la femme
 - Un stage en santé de l'enfant
 - Un stage chez le praticien niveau 2
- Et d'un enseignement facultaire (cf. Annexe 1) :
 - Le tutorat (cf. Annexe 2)
 - Atelier portfolio et atelier RSCA
 - Les séminaires obligatoires
 - 2 ateliers à choisir parmi les 10 ateliers proposés
 - Les journées d'études + 1 journée CPAM
 - 6 séances de formation médicale
 - 1 RSCA chaque année du DES

L'étudiant-e en médecine de 3^e cycle doit valider, en fin de 1^{ère} année, la phase socle (validation des 2 stages, des enseignements facultaires, du RSCA et avis du tuteur).

L'étudiant-e valide son DES devant un jury, en présentant un document de synthèse d'acquisition des compétences, approuvé préalablement par le tuteur. Pour soutenir son DES, il doit avoir validé les 6 stages **et** l'enseignement facultaire.

2 Le stage en médecine générale de niveau 1

2.1 Le cadre pédagogique

Le stage de médecine générale de niveau 1 est obligatoire pour la validation du DES de médecine générale. Il permet à l'étudiant-e de se préparer à l'exercice de cette discipline et d'en appréhender les spécificités :

- Approche centrée sur les patients dans leur milieu de vie ;
- Démarche décisionnelle adaptée au contexte des soins primaires intégrant les notions de prévalence des maladies ;

- Utilisation de gestes, techniques et comportements appropriés répondant aux demandes et aux besoins de soins et de santé publique.

Les maîtres de stage des universités aident à l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la profession et soutiennent les étudiants dans leur autoévaluation. L'étudiant-e est mis en situation authentique de soins et sa formation implique analyse critique et réflexion, qui permettent de progresser.

C'est un stage actif qui met en jeu la responsabilité individuelle de l'étudiant-e dans une prise de décision spécifique.

Ce stage, exclusivement centré sur la pratique de la médecine générale, peut se découper en :

- Un temps principal dans les cabinets médicaux avec mise en situation et prise de responsabilité progressive ;
- Un temps de stage « hors-cabinet » auprès d'autres professionnels de santé ;
- Un temps de formation facultaire ;
- Un temps de travail personnel.

2.2 Les lieux du stage

Les cabinets médicaux de soins primaires

C'est là que va s'effectuer l'essentiel de la formation. Les maîtres de stage des universités, regroupés en binôme ou trinôme, exercent en cabinet individuel ou de groupe. Ils offrent par la diversité de leurs pratiques individuelles et de leurs implantations géographiques, une palette permettant d'illustrer le champ d'exercice de la médecine générale.

Le « réseau » des professionnels de santé

Ce sont toutes les interlocutrices et tous les interlocuteurs de proximité du généraliste : pharmacien d'officine, laboratoire d'analyse, infirmier (libéral, centre de soins ou structures de soins à domicile : SSIAD), masseur-kinésithérapeute, sage-femme, assistant-social, conseiller en éducation sociale et familiale, puéricultrice, spécialiste libéral...

Les structures de santé publique

La connaissance de leurs rôles et fonctionnement permet l'articulation de l'accès aux soins et facilite la collaboration des soignants. Ce sont les services de PMI, de santé scolaire, de médecine du travail et les centres de planification familiale.

Les services médicaux des caisses de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole

Organismes payeurs, de contrôle et d'évaluation des soins, ils contribuent à l'application des règles du système de santé et à la préservation des droits sociaux des patients.

2.3 Durée et obligations du stage

Le stage dure 6 mois, soit **environ 250 demi-journées**.

Chaque semaine l'étudiant-e doit réaliser 10 demi-journées :

- **8 dans les cabinets de l'équipe des maîtres de stage des universités (MSU)**. Pas de stage en cabinet le mardi, jour d'enseignement facultaire ;
- **Parmi celles-ci, 2 peuvent être libérées occasionnellement pour des stages « hors cabinet » :**
 - o Stages obligatoires en structure organisés par le CUMG (PMI, CPAM) ;

- Validation faite par l'attestation de présence du référent pédagogique et l'évaluation du stage par l'étudiant-e ;
- Stages libres organisés par l'équipe des MSU selon les besoins de l'étudiant-e auprès des professionnels de santé ;
- **2 demi-journées sont consacrées à la formation facultaire et à l'autoformation de l'étudiant-e :**
 - Enseignement facultaire ;
 - Journées d'étude, le mardi ;
 - Groupes d'échange de pratique de tutorat ;
 - Séances de FMC ;
 - Travail personnel : RSCA, mémoire, auto-formation à partir du journal de stage.

Cette répartition est une moyenne indicative fixée par les textes réglementaires ; elle doit être souple permettant à l'étudiant de parfaire son projet professionnel.

2.4 Les différentes phases du stage

Afin de rendre la formation rapidement active, plusieurs phases doivent être respectées :

- **Une phase d'observation et d'apprentissage** permet l'accueil de l'étudiant-e, la découverte de l'exercice ambulatoire et la pratique de la MG, l'appropriation des outils du cabinet (matériel, logiciel) ;
- **Une phase de supervision directe** : temps d'observation/action
 - Participation progressive à la consultation **sous le contrôle du maître de stage** des universités : réalisation d'**un temps de la consultation ou de l'acte en entier** ;
 - **Supervision directe** : temps d'analyse et de discussion sur les actes effectués par l'étudiant-e :
 - En présence du maître de stage ;
 - Repérage et explicitation de la démarche médicale (outil : fiche de la démarche décisionnelle, Annexe 3) ;
- **Une phase de supervision indirecte** : étape essentielle, elle doit être le résultat d'une décision conjointe :
 - Elle doit relever d'une **décision conjointe entre l'étudiant-e et le MSU**. Elle s'effectue après la réalisation des deux premières phases. Cette phase peut se superposer à la phase semi active ;
 - L'étudiant-e réalise les consultations en dehors de la présence physique du maître de stage des universités qui reste joignable ;
 - Le maximum d'actes en solo pour l'ensemble du stage est de 2 à 3 actes par jour en moyenne, soit 250 à 300 actes pour l'ensemble du semestre ;
 - Pour échanger sur tous les actes effectués en solo, la rétroaction différée doit être prévue dans un temps dédié d'au moins 30 mn par jour de présence de l'étudiant-e par chaque maître de stage des universités (Annexe 9).
- **Pour la suite du stage** :
 - Alternance des phases précédentes, en faisant des allers-retours entre l'activité en solo et en duo ;
 - Les MSU aident l'étudiant-e à répondre à ses besoins de formation et à acquérir des compétences :

- En se référant aux outils pédagogiques :
 - ✓ La grille d'évaluation des situations cliniques (Annexe 2) + grille des compétences ;
 - ✓ Les compétences génériques en rapport avec les rôles professionnels du MG ;
- En faisant des prescriptions pédagogiques :
 - ✓ Facilitations d'apprentissages au sein et en dehors de l'équipe ;
 - ✓ Propositions et discussions de situations cliniques ;
 - ✓ Soutien à l'écriture de situations cliniques complexes dans le portfolio ;
 - ✓ Sollicitation à réfléchir à un sujet de thèse ;
- **Fin de stage : discussion autour de :**
 - La grille de validation de fin de stage (Annexe 5) ;
 - L'évaluation pédagogique.

2.5 Les rôles et engagements

- **De l'étudiant-e :**
 - Respecter le cadre précédemment cité ;
 - Respecter les moyens mis à sa disposition au sein des cabinets ;
- **Du MSU :**
 - Respecter le cadre précédemment cité ;
 - Accompagner la progression de l'étudiant-e lors des différentes phases : en particulier ne pas précipiter le passage en solo qui doit relever d'une décision conjointe entre l'étudiant-e et le MSU ;
 - Participer à la formation pédagogique régulièrement.

2.6 Les trois réunions des MSU avec l'étudiant-e

- **La première : avant le début du stage ou dans le premier mois :**
 - Inscrire le stage dans le DES : connaître le cursus de l'étudiant-e et prendre en compte ses besoins de formation ;
 - Se référer à la description des compétences génériques et des familles de situations cliniques (Annexes 4 et 6) ;
 - Organiser le planning en intégrant la formation facultaire, les stages en PMI, les congés de l'étudiant-e et des MSU ;
 - Programmer la 2^e réunion d'équipe ;
- **La deuxième : état d'avancement des apprentissages :**
 - S'enquérir de la concordance des besoins de l'étudiant-e et du déroulement du stage ;
 - Faire le point sur les mises en situations de l'étudiant-e en lien avec les enseignements facultaires (Annexe 1) ;
 - Faire des propositions pour favoriser les apprentissages permettant d'améliorer le niveau des compétences ;
 - Suivre l'état de réalisation des stages hors-cabinet ;

- Programmer la 3^e réunion et discuter de la grille d'autoévaluation remplie par l'étudiant-e et qui sera présentée au tuteur, en vue de la validation de la phase socle ;
- **La troisième : bilan du stage :**
 - Faire le point sur la progression du niveau d'acquisition des compétences ;
 - Faire une proposition de validation de stage commentée avec l'étudiant-e :
 - En remplissant la grille de validation (envoyée par la scolarité en fin de semestre, voir modèle en Annexe 8) ;
 - En explicitant l'évaluation pédagogique :
 - ✓ Points acquis et points à améliorer ;
 - ✓ Propositions d'apprentissages : objectifs et moyens ;
 - En commentant la grille d'évaluation des situations cliniques complétée par l'étudiant-e (Annexe 7).

2.7 La validation – L'évaluation d'apprentissage

La validation du stage sera prononcée par le coordonnateur du DES au vu de l'avis des maîtres de stage :

- La grille de validation de fin de stage (Annexe 8) ;
- Les fiches d'évaluation pédagogique.

La validation du stage auprès du praticien répond aux mêmes règles que celles définies pour les semestres hospitaliers.

En cas de semestre non validé, l'étudiant-e devra accomplir une nouvelle période **dans un autre terrain de stage**. Le stage refait donnera lieu à rémunération de l'étudiant comme n'importe quel stage.

En cas de progression insuffisante de l'étudiant-e en cours de stage laissant entrevoir une possible non-validation, il est indispensable de **contacter au plus vite le coordonnateur du DES**.

2.8 Le cadre réglementaire

2.8.1 La convention de stage

Le stage de MG niveau 1 est placé sous la responsabilité pédagogique de la faculté, l'étudiant-e est salarié-e par le CHU. Cette situation nécessite une convention réglant les rapports entre les diverses parties, elle est cosignée par le directeur général du CHU, le directeur de l'ARS, le président du CCEM et le maître de stage des universités. Cette convention est signée pour 5 ans.

2.8.2 L'affiliation à une assurance

Dans les huit jours qui suivent le choix, l'étudiant-e doit remettre à la faculté copie du contrat d'assurances en responsabilité professionnelle le couvrant :

- Pour les dommages qui pourront être causés aux patients du maître de stage des universités ;
- Pour les dommages qui pourront être causés au MSU dans le cadre du stage.

Le MSU doit informer son assurance professionnelle de la présence d'un étudiant-e dans son cabinet.

2.8.3 La rémunération

Pendant la durée du stage, l'étudiant-e percevra du CHU les salaires et indemnités relevant de son statut.

Selon l'article 4 de l'arrêté du 27 juin 2011, **l'étudiant-e ne pourra percevoir de rémunération ni des maîtres de stage des universités, ni des patients**. Il ne pourra percevoir seul les honoraires liés aux actes accomplis.

2.8.4 Les actes accomplis seul

Durant la phase active, l'étudiant-e pourra accomplir seul des actes, le maître de stage des universités pouvant intervenir si besoin. L'étudiant-e ne pourra bien sûr exécuter que les actes médicaux dont le maître de stage des universités a la pratique habituelle, qu'il soit présent ou non.

L'étudiant-e peut utiliser la carte CPS du MSU.

Le nombre d'actes effectués sur la totalité du semestre ne pourra excéder une moyenne de 3 actes par jour. Pour attester de leur réalisation, l'identité des patients et le résultat de consultation seront notés par l'étudiant-e sur le journal de stage le jour de sa présence au cabinet.

2.8.5 Les horaires

Temps de travail : une journée de 8 heures de travail semble une bonne moyenne pour laisser du temps pour le travail personnel de l'étudiant-e. L'apprentissage ne se résume pas à consulter des patients. Il s'agit de réfléchir aussi pendant l'action, après l'action, et d'aller chercher des éléments de réponses afin de constituer des dossiers sur les manques repérés lors des rétroactions réalisées en supervision directe et indirecte. Le stage en médecine ambulatoire est dense et l'étudiant-e doit faire des recherches sur les questions qu'il se pose quotidiennement au cabinet. Sur le plan pédagogique, il n'est pas nécessaire que l'étudiant-e effectue l'ensemble de la journée de travail du MSU. Une journée standard de travail de l'étudiant-e pourrait se concevoir de 8h30 à 17h30.

2.8.6 Les absences, congés, accidents du travail

Les demandes de congés annuels doivent être envoyées à la direction des affaires médicales du CHU après accord du médecin coordinateur.

Vous n'êtes pas tenu d'accepter les absences pour d'autres formations. En particulier, DIU, DU et séminaires non dispensés par le CUMG n'ouvrent pas automatiquement droit à des absences répétées.

L'étudiant-e a droit à un congé annuel calculé sur la base de 2 jours et demi par mois travaillé.

Dans les situations particulières (maladie, maternité, adoption, congé parental), en cas d'absence supérieure à 2 mois, le stage ne sera pas validé.

En cas d'absence injustifiée de l'étudiant-e, vous devez prévenir les HCL et l'Université.

En cas d'accident de travail ou de trajet, l'étudiant-e étant salarié du CHU, il sera couvert par le régime accident du travail.

En cas de problèmes ou de difficultés avec l'étudiant-e tout au long du stage, le MSU doit en faire part au tuteur ou aux responsables du CUMG (coordinateur du DES, directeur) en appelant le secrétariat au 04 78 77 72 86.

2.8.7 Les remplacements

Durant le stage de MG niveau 1, l'étudiant-e ne peut pas remplacer ses maîtres de stage des universités (article 4 de l'arrêté du 27 juin 2011, publié au JO du 07/07/2011).

2.9 Le portfolio

Ce classeur appartient à l'étudiant-e et il lui revient de le remplir. C'est l'outil principal de la certification du DES de l'étudiant-e.

Ce portfolio permet :

- De noter les objectifs de formation de ses stages : ce qu'il désire apprendre et ce que vous pouvez lui apprendre durant le stage dans votre cabinet ;
- D'y insérer les évaluations de stage, les comptes rendus de rétroaction, etc. ;
- De suivre sa progression et ses découvertes ;
- De conserver les traces d'apprentissage tout au long du cursus qui serviront à l'évaluation de sa progression et de ses compétences.

3 Les particularités du stage Pôle femme enfant en ambulatoire ou PFEA

Les objectifs du stage PFEA en cabinet de médecine générale concernent la pratique de la **santé de la femme et santé de l'enfant en soins primaires**.

Les maîtres de stage de PFEA sont recrutés selon leur activité de suivi de la santé des femmes ou des enfants.

Le stage PFEA pourra être constitué :

- Soit avec des MSU en binôme ou en trinôme ;
- Soit avec un binôme ou trinôme mixte : MSU MG, MSU en PMI, MSU en CPEF.

Comme en stage praticien niveau 1, l'étudiant aura 8 demi-journées de stage et 2 demi-journées de formation facultaire ou d'autoformation.

4 Le stage en médecine générale de niveau 2

4.1 Le cadre pédagogique

Le stage ambulatoire de niveau 1 n'est pas suffisamment long pour permettre à l'étudiant-e d'acquérir le niveau nécessaire de compétence pour exercer la médecine générale.

L'objectif de ce stage de niveau 2 est surtout centré sur le suivi au long cours des patients, la démarche décisionnelle spécifique, les capacités réflexives, ainsi que l'organisation de la structure des soins.

La supervision indirecte systématique a une double fonction :

- Assurer la sécurité des patients dont est responsable le MSU en poste ;

- Fonction pédagogique (évaluer la démarche décisionnelle diagnostique et thérapeutique de l'étudiant-e).

Il est indispensable d'organiser la supervision indirecte en la programmant de façon régulière et systématique, en prévoyant à l'avance des plages horaires. La rétroaction doit être réalisée pour **chaque acte effectué en autonomie**.

Le journal de stage est un recueil de toutes les situations de soins rencontrées par l'étudiant-e. C'est la base de travail pour la supervision, pour l'autoévaluation, et le repérage des apprentissages nécessaires.

Le « congrès SASPAS », organisé à la faculté à la fin du semestre permet à chaque étudiant-e de présenter à ses pairs un point important pour sa pratique, découvert pendant le stage.

4.2 Le cadre règlementaire

Ce semestre de formation en MG doit être réalisé en 3^e année de DES, c'est-à-dire en 5^e ou 6^e semestre.

L'étudiant-e est statutairement en activité 10 demi-journées par semaine, dont 2 consacrées à sa formation. Le temps de présence règlementaire de l'étudiant-e sur les lieux de stage est de 8 demi-journées par semaine.

L'étudiant-e effectue 3 journées de stage chez 3 MSU différents. L'étudiant-e doit idéalement réaliser 6 à 8 actes par demi-journée en autonomie, soit 1200 actes en moyenne au cours du stage (900 minimum, 1500 maximum). Les honoraires générés par l'étudiant-e sont perçus en totalité par le MSU.

Les 2 autres demi-journées sont réalisées hors cabinet, selon le projet professionnel de l'étudiant-e. Les autres lieux de stage possibles :

- PMI, centre de planification familiale, santé scolaire, CMP : le responsable semestriel du SASPAS a pour mission de veiller au bon fonctionnement de ces stages (rencontrer les responsables, vérifier le travail effectif de l'étudiant-e, etc.) ;
- Le stage hospitalier est déconseillé, sauf pour acquérir une compétence précise et donc sur un temps limité. Les MSU doivent vérifier les capacités utiles à l'exercice ambulatoire que l'étudiant-e veut acquérir, et leur acquisition.

2 demi-journées sont réservées à la formation facultaire :

- Travail de thèse, recherche personnelle et auto-formation ;
- Rencontres tutorat ;
- Atelier.

Les congés annuels doivent être déclarés aux HCL : 30 jours ouvrables par an, 15 jours ouvrables par semestre.

4.3 Le cadre organisationnel du stage

Le MSU a acquis une expérience en maîtrise de stage niveau 1, il s'engage à conserver une autre activité pédagogique (accueil d'un étudiant-e de niveau 1 ou d'un externe, et/ou être tuteur, et/ou participer aux jurys de RSCA et de DES et/ou être directeur de thèse). Le MSU s'est formé spécifiquement pour ce type de stage.

Le MSU est joignable à tout moment, laisse l'étudiant-e exercer un jour par semaine en autonomie supervisée. Il doit évaluer tout le travail réalisé, évaluer le stage.

Le MSU assure une supervision indirecte systématique et régulière et l'évaluation des traces écrites d'apprentissage réalisées pendant le stage.

En fonction de l'évaluation et de l'autoévaluation durant toute la durée du stage, le MSU remplit à la fin de celui-ci une grille d'évaluation du stage fournie par l'Université.

5 Le stage en Médecine Générale lors de l'externat

5.1 Le déroulement du stage

Les stages d'externat durent 6 semaines à plein temps.

Le choix des postes d'externes a lieu une seule fois, en septembre, pour toute l'année universitaire à Lyon Sud, et deux fois à Lyon Est : 1^{er} choix en septembre pour Automne, Hiver, Printemps, et 2^e choix en février pour les deux périodes d'été.

Il est demandé aux UFR :

- De transmettre, dès le lendemain du choix, la liste des externes avec leurs lieux de stage, au responsable de chaque UFR ;
- De demander aux externes de contacter les maîtres de stage rapidement pour organiser la première rencontre.

Cette première rencontre préalable externe/MSU devrait se dérouler avant le début du stage. Sinon, il faut prévoir un temps dédié le premier jour afin de :

- Présenter le cabinet, les horaires, la place de l'externe ;
- Faire le point sur les objectifs de stages.

Déroulement du stage

Les externes participent à l'entretien de début de consultation et à l'examen clinique des patients aux côtés du MSU. Ils ne doivent pas effectuer d'actes médicaux en responsabilité propre, c'est-à-dire seul du début à la fin sans que le MSU ait revu et examiné le patient, mais celui-ci peut leur faire exécuter les gestes de son choix en supervision directe.

Les objectifs pédagogiques sont orientés vers la découverte de l'exercice ambulatoire et des caractéristiques de la spécialité telle que défini dans l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.

À savoir :

- Appréhender la relation médecin-patient en médecine générale et la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;
- Se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale, la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en ambulatoire : entretien avec le patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, démarche diagnostique, prescription, suivi d'une mise en œuvre et coordination 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 ambulatoire ;
- Appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire, le cas échéant pluriprofessionnelle ;
- Appréhender la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours ;

- Comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire.

Fin de stage

Il faut remplir la grille « autoévaluation du guide de l'externe » et l'utiliser avec lui pour la validation (Annexes 10 et 11).

5.2 Les ateliers Intégrés (AI)

Ils ont lieu le plus souvent le premier et le dernier mardi de chaque période de stage, de 9h30 à 12h30. Le 1^{er} atelier pose le cadre du stage en médecine générale. Au cours du 2^e atelier en fin de stage, les étudiants présentent un travail de recherche sur un apprentissage réalisé en stage et une situation clinique qui les a fait réfléchir.

La présence est obligatoire et il faut donc faire signer la feuille de présence, à rendre ou à adresser au secrétariat du CUMG.

Chaque MSU participe sur la base du volontariat et après formation.

5.3 L'évaluation

Elle est à réaliser avec la fiche d'auto-évaluation : cette fiche permet de faire le point des compétences acquises pendant le stage, mais ne conditionne pas la validation. Elle doit se faire avec l'externe et, soit avec les MSU, soit tous ensemble, soit avec chacun des MSU si la logistique est difficile.

5.4 La validation

Selon les UFR, il existe des fiches de validation sous forme électronique.

Présence des externes et leurs obligations

Les externes doivent effectuer 36 demi-journées de 3h30, soit 18 journées de 7h, à organiser en fonction de l'emploi du temps du MSU et de l'externe : matinées, après-midi, journées complètes... Une « longue journée de médecin généraliste » vaut plus que deux fois 3h30.

Le temps de stage est réparti entre les MSU qui constituent soit un binôme, soit un trinôme.

Présence aux AI : il est rappelé que la présence est obligatoire. Les absents seront reconvoqués lors d'une prochaine session.

Les absences doivent être justifiées ; elles doivent correspondre à des périodes de congés, ou d'examens.

Attention : si un externe a des absences répétées, ou prolongées, il faut prévenir **très rapidement** l'UFR concernée et le responsable pédagogique de l'UFR sans attendre la fin du stage. Cela veut dire qu'un externe absent, sans justification, doit être signalé rapidement à son UFR afin de prendre des décisions adéquates ou de l'aider.

5.5 Récupération des listes de présence et des validations finales

Les feuilles de présence aux AI sont à transmettre soit au responsable administratif de l'UFR, soit au secrétariat du Collège universitaire de médecine générale.

6 La formation pédagogique des MSU

Conformément à la [charte des maîtres de stage des universités](#), la formation à la pédagogie est nécessaire et se doit d'être régulière.

Le calendrier des formations et leurs modalités sont consultables sur les sites <http://www.cnge.fr> et <http://clge.fr/>.

Les séminaires à la pédagogie sont organisés chaque année en région, séminaires DPC durant 2 jours présentiels :

- Initiation à la maîtrise de stage ou S1 ;
- Supervision directe en maîtrise de stage ou S3 ;
- Supervision indirecte en maîtrise de stage ou S4 ;
- SASPAS : supervision et encadrement des travaux universitaires en stage ambulatoire ou S5 ;
- Améliorer ma pratique d'enseignant clinicien ambulatoire maître de stage ou GEP de MSU ;
- Encadrement des externes en médecine générale ou S2 ;
- Tutorat en 3^e cycle ;
- Formation à l'encadrement d'un travail de recherche.

Des séminaires de 3 jours sont également proposés regroupant deux formations c'est-à-dire S1-3 (initiation et supervision directe) et S4-6 (supervision indirecte et traces d'apprentissage).

	MSU externe	MSU interne niv. 1	MSU interne niv. 2
Initiation à la maîtrise de stage S1	+	+	+
Améliorer ma pratique de MSU	+	+	+
Encadrement des externes S2	+		
Supervision directe S3		+	+
Supervision indirecte S4		+	+
SASPAS S5			+
Formation à l'encadrement d'un travail de recherche		+	
Tutorat			+

+ Formations obligatoires pour les MSU d'externes, de niveau 1 ou de niveau 2

La formation pédagogique étant obligatoire, il faut envoyer au CUMG l'attestation de participation au programme de DPC :

Collège universitaire de médecine générale
Université Claude Bernard Lyon 1 – Domaine Rockefeller
8 avenue Rockefeller
69373 LYON Cedex 08
dmg.cumg@univ-lyon1.fr

7 Annexe 1 : Les enseignements facultaires

Phase socle

- 2 séminaires :
 - o Approche centrée sur le patient
 - o Se documenter pour la pratique et la thèse
- 4 journées d'étude :
 - o Thèse (2)
 - o Le patient dépressif
 - o Le patient consommateur abusif de substances
- Atelier portfolio et atelier RSCA

Phase d'approfondissement

- Journées d'étude :
 - o Journées étude femme pendant le stage « Santé de la femme » (2)
 - o Journées étude enfant pendant le stage « Santé de l'enfant » (2)
 - o Journées étude adolescent pendant le SP2
 - o Journées CPAM pendant le SP2
 - o Congrès SASPAS pendant le SP2
- 2 ateliers au choix chaque année parmi la liste suivante :
 - o Certificats
 - o Communication : 3 séquences
 - o Éthique
 - o Évènement indésirable lié aux soins
 - o Fin de vie
 - o Interprofessionnalité en santé de la femme : 2 séquences
 - o Rencontre avec un patient d'une autre culture
 - o Sexualité
 - o Urgence
 - o Violences

Pendant les 3 ans du DES

- 1 journée nouveauté (symposium ou thèses)
- 6 séances de formation médicale
- Tutorat :
 - o Deux entretiens individuels avec le tuteur, en 2^e et 6^e semestre
 - o Des séances de groupe d'échange de pratique (GEP) :
 - 6 en 1^{ère} année, avec le tuteur
 - 3 en 2^e année, avec le tuteur
 - 2 en 3^e année, en autonomie
- Un RSCA par an.

Pour la rédaction du RSCA, l'étudiant est accompagné par le référent pédagogique du stage. Le RSCA est l'une des formes les plus abouties de l'écriture clinique, qui combine l'expression de l'intimité professionnelle et l'analyse de la complexité des situations cliniques rencontrées.

8 Annexe 2 : Le tutorat

Le tutorat s'inscrit dans le cadre du DES de médecine générale comme un principe pédagogique essentiel et repose sur l'interaction entre le futur médecin et son tuteur désigné en début de DES.

Le « tutorat » est un choix pédagogique, centré sur l'apprenant et ses apprentissages, permettant à l'université de « certifier » qu'un étudiant en fin de DES de médecine générale est un professionnel compétent.

Le tutorat permet à l'étudiant-e d'être le moteur de sa formation à l'exercice de la médecine générale. Cette méthode pédagogique permet d'avoir dès le premier semestre une proximité avec la médecine générale. D'une façon générale, il s'agit de promouvoir, à partir des tâches professionnelles authentiques qui sont confiées à l'étudiant-e pendant ses stages (ambulatoires et hospitaliers), un processus de questionnement systématique et supervisé. Les questions non résolues deviennent les objectifs d'une étude personnelle que l'étudiant-e a la responsabilité de compléter, de façon autonome mais en interaction avec les différentes personnes ressources qui lui sont accessibles. Il est attendu que ce questionnement soit de nature approfondie (il s'agit d'aller au-delà des routines nécessaires à l'exercice quotidien des soins dans un service ou dans un cabinet), ce qui ne signifie pas qu'il soit nécessairement « exhaustif » et « tout azimut » ; même lorsqu'il prend appui sur une situation hospitalière, il est orienté en fonction de sa pertinence par rapport à l'objectif « médecine générale ».

Le tuteur est un médecin généraliste enseignant qui guide, accompagne et évalue un groupe d'étudiants dans le but de l'aider à développer une pratique réflexive et à construire son expertise et son identité professionnelle.

Le tuteur est aussi le médiateur entre l'étudiant-e, les autres enseignants et le coordonnateur du DES.

« **PortfoLyon** »

Le portfolio se définit comme une collection des traces d'apprentissage de l'étudiant-e. Il s'agit d'un outil dynamique permettant de suivre la progression de l'étudiant-e dans ses apprentissages et l'acquisition des compétences.

Cet outil représente :

- Un outil d'apprentissage : l'étudiant-e dépose régulièrement les différentes réalisations qui sont signifiantes pour lui. Cela lui permet de suivre sa progression, de s'autoévaluer ;
- Un outil d'enseignement facilitant les supervisions et les interactions avec les différents formateurs (MSU ambulatoires et hospitaliers) ;
- Un outil d'évaluation en fin de DES, servant de base à la rédaction du document de synthèse (l'étudiant-e collecte l'ensemble de ses travaux, mais il choisit ce qu'il veut montrer au tuteur, à savoir les traces les plus abouties).

9 Annexe 3 : La fiche de démarche décisionnelle

Poser un diagnostic global et de situation	Entendre les plaintes et demandes du patient : - Comment a-t-il mené l'entretien ? - Comment a-t-il mené l'examen clinique ? - Comment a-t-il intégré les aspects ? <ul style="list-style-type: none">○ médicaux○ psychosociaux○ environnementaux
Élaborer un projet d'intervention négociée avec le patient	S'est-il fixé des objectifs réalisables à atteindre en respectant ceux du patient et de son entourage pendant la consultation ?
Mettre en œuvre un projet thérapeutique	Quels moyens a-t-il mis en œuvre pour réaliser ses objectifs ? - prescription - recours - proposition de suivi
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge	A-t-il renseigné le dossier médical ? A-t-il évalué la pertinence des actions mises en œuvre ?
Effectuer un suivi en temps différé	A-t-il anticipé les différentes modalités du projet de soin ? A-t-il prévu et proposé la réévaluation de la prise en charge ?

10 Annexe 4 : Les compétences génériques de MG

Relation, communication, approche centrée patient

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

- Mener des entretiens centrés sur les besoins implicites et explicites ;
- Développer une écoute active et empathique ;
- Expliquer clairement une décision, une prescription ;
- Tenir compte de ses émotions et de celles du patient.

Premiers recours, soins non programmés et urgences

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

- Gérer les situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution ;
- Intervenir dans un contexte d'urgence réelle ou ressentie ;
- Hiérarchiser et gérer simultanément les demandes, les plaintes et les pathologies multiples pour un seul patient.

Éducation en santé, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire

- Capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention ;
- Identifier des comportements à risques et mettre en route des actions de prévention individuelle et collective ;
- Mettre en œuvre des actions de dépistage pertinentes ;
- Participer à des actions de recueil épidémiologique ;
- Éduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé et de sa maladie, construire une alliance thérapeutique.

Vision globale, complexité

Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel) :

- Adopter des postures différentes en fonction des situations ;
- Identifier, évaluer les éléments de la situation et leurs interactions dans les différents champs ;
- Élaborer un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient ;
- Négocier une décision adaptée et partagée.

Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

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

- Être le référent dans l'espace et la durée ;
- Utiliser les possibilités du dossier médical ;
- Coordonner les soins autour du patient ;
- Collaborer avec les différents acteurs dans un travail en équipe ;
- Entretenir une relation évolutive avec le patient.

Professionalisme

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

- Favoriser l'accès équitable aux soins pour tous ;
- Agir avec altruisme et sans discrimination ;
- Fonder ses choix sur l'intérêt des patients en tenant compte de la gestion des ressources ;
- Améliorer ses compétences professionnelles, par la formation et le DPC.

11 Annexe 5 : La fiche d'évaluation de stage

Compétences	Progression au cours du semestre
Premier recours, urgences	
Présente des aptitudes diagnostiques	Oui / Non
Présente des aptitudes thérapeutiques	Oui / Non
Présente des aptitudes à gérer l'urgence / les soins non programmés	Oui / Non
Est capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en MG (voir liste du DMS)	Oui / Non
Approche globale, prise en compte de la complexité	
Prend en compte la globalité du patient (données biomédicales, psychologiques, sociales, administratives, etc.)	Oui / Non
Est capable de synthétiser les données recueillies	Oui / Non
Education, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire	
Propose ou participe à des actions de prévention	Oui / Non
S'implique dans l'éducation du patient (en particulier l'éducation thérapeutique)	Oui / Non
Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage	Oui / Non
Continuité, suivi et coordination des soins	
Participe à l'organisation du suivi du patient	Oui / Non
Vérifie que la transmission est faite entre les différents intervenants	Oui / Non
S'implique dans la tenue et le suivi des dossiers	Oui / Non
Relation, communication, approche centrée patient	
S'implique dans la relation et/ou la communication centrée sur l'intérêt du patient dans le respect du secret médical :	
- avec le patient	Oui / Non
- avec la famille	Oui / Non
- avec l'équipe de soins	Oui / Non
- avec les professionnels extérieurs au lieu de stage	Oui / Non
Est capable d'expliquer une décision, une prescription	Oui / Non
Est capable d'annoncer une nouvelle grave	Oui / Non

Professionalisme	
Comportement (ponctualité, assiduité, présentation, hygiène, propreté)	Oui / Non
Investissement (motivation, curiosité intellectuelle)	Oui / Non
Autonomie / Prise de responsabilité	Oui / Non
Respect, comportement éthique	Oui / Non
Conseils pédagogiques pour la suite du cursus	Oui / Non

Évaluation de fin de stage

Commentaires

Compléter en bas de page si nécessaire

Insuffisant

Intermédiaire

Satisfaisant

Critères d'évaluation des 3 niveaux :

INS = insuffisant, INT = Intermédiaire, SAT = satisfaisant

Premier recours, urgences

Présente des aptitudes diagnostiques :

- INS : examen clinique souvent imprécis et superficiel, inadapté au problème posé ; connaissances limitées des maladies et de leur diagnostic, mal organisées, mal utilisées. Incapable de faire le lien entre les données recueillies et la pathologie. Faible capacité diagnostique.
- INT : examen assez précis, tentant de s'adapter au problème posé ; connaissances incomplètes des maladies et de leurs diagnostics, peu organisées ; analyse correcte des données recueillies et tentatives d'établir un lien avec les hypothèses diagnostiques.
- SAT : examen précis, fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, découvre des signes discrets. Connaissances approfondies des maladies et de leur diagnostic, bien utilisées. Bonne analyse des données recueillies. Capable d'évoquer les hypothèses diagnostiques.

Présente des aptitudes thérapeutiques :

- INS : connaissance limitée des traitements courants en MG ; incapable de considérer les rapports bénéfiques/risques ; ne prend pas en compte les risques et l'inconfort liés aux prescriptions.
- INT : connaissances incomplètes des traitements courants en MG ; prise en compte insuffisante des rapports bénéfiques/risques et de l'inconfort liés aux prescriptions.
- SAT : bonne connaissance des traitements courants en MG. Intègre le rapport bénéfiques/risques dans sa décision. Minimise les risques et l'inconfort du patient.

Présente des aptitudes à gérer l'urgence / les soins non programmés :

- INS : ne prend pas efficacement en charge les urgences prévalentes en MG ambulatoire. A des difficultés à hiérarchiser ses tâches devant des demandes de soins non programmés.
- INT : capable de prendre en charge les urgences les moins complexes parmi les urgences prévalentes en MG ambulatoire. Tente de hiérarchiser ses tâches.

- SAT : capable de prendre en charge les urgences prévalentes en MG ambulatoire de façon adaptée ; hiérarchise ses actions et organise son temps pour répondre aux soins non programmés.

Est capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en MG (voir liste du DMS) :

- INS : incapable de poser l'indication et de réaliser les gestes techniques prévalents en MG avec sécurité.
- INT : pose l'indication et exécute en supervision certains gestes techniques prévalents en MG.
- SAT : pose l'indication et réalise en autonomie et avec sécurité les gestes techniques prévalents en MG.

Approche globale, prise en compte de la complexité

Prend en compte la globalité du patient (données biomédicales, psychologiques, sociales, administratives, etc.) :

- INS : décision ne tenant pas compte de la prévalence ou de la gravité, uniquement basée sur une démarche bio clinique, n'intégrant pas l'avis du patient ni les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.
- INT : décision tentant de prendre en compte la prévalence et la gravité et d'intégrer les données bio psycho sociales du patient.
- SAT : décision adaptée à la situation, tenant compte de la prévalence ou de la gravité, basée sur une démarche intégrant les données bio psycho sociales du patient et intégrant l'avis du patient et les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.

Est capable de synthétiser les données recueillies :

- INS : présente des observations brouillonnes et non hiérarchisées.
- INT : organise les données de ses observations en tentant de les hiérarchiser.
- SAT : les dossiers présentent des données concises, précises, organisées et hiérarchisées en fonction des problèmes posés.

Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire

Propose ou participe à des actions de prévention :

- INS : n'intègre pas la prévention ni le dépistage dans les consultations. Se contente de répondre aux problèmes ponctuels même si ceux-ci sont facilement gérables.
- INT : pense à intégrer des actions de prévention ou de dépistage dans les situations de soins facilement gérables.
- SAT : intéressé par la promotion de la santé et propose des démarches de prévention et dépistage individuel et/ou organisé validées.

S'implique dans l'éducation du patient (en particulier l'éducation thérapeutique) :

- INS : ne s'intéresse pas à l'éducation du patient, informations inexistantes, ne tient pas compte des représentations, des possibilités ou de l'avis du patient. Les objectifs ne sont ni explicités ni négociés. N'évalue pas les capacités et les apprentissages du patient.

- INT : donne des informations, tente de prendre en compte les représentations du patient ; propose des objectifs éducatifs sans évaluer les capacités et les apprentissages du patient.
- SAT : prêt à intégrer l'éducation à partir d'une démarche centrée patient et d'un diagnostic éducatif. Prend en compte les contraintes liées à la maladie et les préférences et possibilités du patient dans son contexte de vie et de travail.

Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage :

- INS : ne s'implique pas spontanément dans les actions de santé publique ayant lieu dans son lieu de stage.
- INT : participe aux actions de santé publique de son lieu de stage s'il y est invité.
- SAT : s'implique spontanément et personnellement dans les actions de santé publiques ayant lieu dans son lieu de stage.

Continuité, suivi et coordination des soins

Participe à l'organisation du suivi du patient :

- INS : n'est pas attentif à la continuité des soins, reste centré sur le problème ponctuel, ne planifie pas les étapes du suivi. Ne fait pas bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé.
- INT : pense à poser les étapes du suivi du patient à court terme ; y intègre les principaux intervenants en rapport avec ces étapes.
- SAT : intègre dans sa décision la continuité des soins et planifie le suivi à court et moyen terme. Fait bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé chaque fois que nécessaire.

Vérifie que la transmission est faite entre les différents intervenants :

- INS : incapable de travailler en équipe, difficultés de communication avec les intervenants extérieurs dans l'intérêt du patient.
- INT : communique les éléments qui lui semblent importants aux membres de son équipe.
- SAT : communique avec aisance et s'assure que les données du suivi du patient sont connues de l'ensemble des intervenants dans l'intérêt du patient.

S'implique dans la tenue et le suivi des dossiers :

- INS : les dossiers ne comportent pas le minimum requis (ATCD, motif de recours, demande réelle, hypothèses diagnostiques, décisions prises et projet de soins et de suivi).
- INT : capable de renseigner les dossiers avec les items requis mais ne sont pas présents dans la majorité des dossiers.
- SAT : la majorité des dossiers comportent le minimum requis (ATCD, motif de recours, demande réelle, hypothèses diagnostiques, décisions prises et projet de soins et de suivi) de manière intelligible, concise et structurée.

Relation, communication, approche centrée patient

S'implique dans la relation et/ou la communication centrée sur l'intérêt du patient dans le respect du secret médical :

1. Avec le patient :

- INS : a de mauvais rapports avec le patient, réalise des entretiens incomplets superficiels, non orientés par les problèmes du patient. Coupe rapidement la parole au patient, ne propose pas de reformulation ou d'aide à l'expression du patient. N'explore pas l'intégration des plaintes dans la vie du patient.
- INT : a de bons rapports avec les patients, tente de construire son entretien en fonction des problèmes posés par le patient, commence à structurer cet entretien.
- SAT : a des rapports courtois avec le patient ; entretien complet, précis, fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, alterne questions ouvertes et fermées, reformule, respecte les silences, s'autorise à explorer le retentissement des plaintes dans la vie du patient.

2. Avec la famille :

- INS : mauvais rapports avec la famille des patients. N'oppose pas le secret médical en cas de maladie lui semblant bénigne. N'intègre pas l'influence de la famille dans sa décision.
- INT : a de bons rapports avec les familles ; communique sur les pathologies du patient en opposant le secret médical si cela lui semble nécessaire.
- SAT : communique avec aisance avec les proches du patient en respectant le secret médical quel que soit la gravité de la pathologie. Intègre les influences possibles des proches dans la décision.

3. Avec l'équipe de soins :

- INS : a de mauvaises relations avec les membres de son équipe, manque de politesse et de respect.
- INT : s'intègre avec politesse dans l'équipe de soins.
- SAT : communique avec aisance avec les membres de l'équipe de soin dans le respect de l'expertise de chacun.

4. Avec les professionnels extérieurs au lieu de stage :

- INS : n'adapte pas le media, ni la méthode de communication en fonction du professionnel. Ne tient pas compte du secret médical.
- INT : communique facilement avec les autres professionnels mais n'arrive pas à apprécier les limites du secret médical.
- SAT : communique efficacement avec les professionnels extérieurs au lieu de stage, dans l'intérêt du patient et dans le respect du secret médical.

Est capable d'expliquer une décision, une prescription :

- INS : utilise un langage trop médical et ne rend pas intelligible ses décisions au patient, ne tient pas compte de son avis.
- INT : tente de mettre son vocabulaire à portée du patient, évite le jargon médical.
- SAT : utilise un langage clair et adapté au patient, vérifie la bonne compréhension du patient et intègre son avis.

Est capable d'annoncer une nouvelle grave :

- INS : ne fait pas preuve d'empathie ni d'écoute attentive ; peut être brutal dans son annonce, ne prend pas en compte les signes non verbaux du patient.
- INT : prend du temps pour faire son annonce et tente de rester empathique face à la mobilisation de ses propres émotions.
- SAT : attentif aux signes non verbaux tout en restant empathique, permet au patient d'avancer à son rythme dans l'acceptation de la nouvelle grave dont il est l'objet.

Professionalisme

Comportement (ponctualité, assiduité, présentation) :

- INS : manque de ponctualité et d'assiduité. Ne prend pas les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne en MG.
- INT : le plus souvent assidu et ponctuel ; mesures d'hygiène et de propreté respectées la plupart du temps.
- SAT : ponctuel et assidu, met en place les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne en MG.

Investissement (motivation, curiosité intellectuelle) :

- INS : insuffisamment motivé dans l'acquisition des connaissances. Faible capacité de lecture critique des données.
- INT : intéressé par l'acquisition des connaissances sans pour autant mettre en œuvre des stratégies de recherche adéquates.
- SAT : motivé pour apprendre ; à la recherche d'information validée et actualisée, forte capacité à la lecture d'article.

Autonomie / Prise de responsabilité :

- INS : ne se pose pas de question sur sa pratique, incapable d'autoévaluation, aucune réflexivité. Ne se rend pas compte de ses limites, en termes de connaissance et compétences, incapable de prendre une décision en situation complexe.
- INT : capable de se poser des questions sur sa pratique, prend conscience de certaines de ses limites.
- SAT : réflexif, se pose des questions avant, pendant et après l'action, bonne capacité d'autoévaluation. Connaît ses limites en termes de connaissance et compétences et est capable de prendre des décisions en situation complexe.

Respect, comportement éthique :

- INS : manque de respect du patient, de compassion et d'empathie, n'est pas préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient).
- INT : intègre dans sa pratique le respect et l'éthique dans la majorité des situations.
- SAT : honnête et respectueux des patients, capable de compassion et d'empathie.

12 Annexe 6 : Les familles de situations cliniques

- 1) Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence
- 2) Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/fréquents/exemplaires
- 3) Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- 4) Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant ou de l'adolescent
- 5) Situations autour de la sexualité et de la génitalité
- 6) Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- 7) Situations autour de problèmes de santé et/ou de souffrance au travail
- 8) Situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/médico-légaux sont au premier plan
- 9) Situations avec des patients difficiles/exigeants
- 10) Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- 11) Situations avec des patients d'une autre culture

13 Annexe 7 : La grille d'évaluation des familles de situations cliniques

Décrire une situation par famille en notant :

- Le diagnostic de situation ;
- Les problèmes rencontrés ;
- Les apprentissages réalisés.

Et en précisant si c'est en solo ou en duo et avec supervision.

1 – Situation autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidité à forte prévalence	duo	solo	supervision
2 – Situation liée à des problèmes aigus/non programmés /fréquents/exemplaires	duo	solo	supervision
3 – Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties	duo	solo	supervision
4 – Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent	duo	solo	supervision
5 – Situations autour de la sexualité et de la génitalité	duo	solo	supervision
6 – Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple	duo	solo	supervision
7 – Situations autour de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail	duo	solo	supervision
8 – Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/médocolégaux sont au premier plan	duo	solo	supervision
9 – Situations avec des patients difficiles/exigeants	duo	solo	supervision
10 – Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan	duo	solo	supervision
11 – Situations avec des patients d'une autre culture	duo	solo	supervision

14 Annexe 8 : La grille d'évaluation

FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE EN TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES Année universitaire – Semestre de

ÉTABLISSEMENT : Nom et adresse : Spécialité du service : Chef de service :	INTERNE : Nom et prénom : N° d'étudiant : DES choisi : Année d'internat : Année d'inscription : Subdivision d'origine : LYON
---	---

GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES

		A	B	C	D	E
1	Connaissances théoriques					
2	Aptitudes diagnostiques					
3	Aptitudes thérapeutiques					
4	Aptitudes à l'urgence					
5	Hygiène / Propreté					
6	Relations avec les patients					
7	Ponctualité / Assiduité					
8	Présentation orale du dossier					
9	Intégration dans l'équipe de soin					
10	Acquisitions au cours du stage					
Échelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = passable, E = mauvais. (Tout « E » doit être motivé en observation)						

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

Aspects positifs :
Difficultés rencontrées :
Durée effective du stage :
Nombre de jours d'absence (hors congés annuels et absences liées à la formation) :

Le Chef de service Avis du chef de service sur la validation du stage : <input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DÉFAVORABLE	Date : Signature et cachet :
---	---------------------------------

L'Interne Date : Signature :	Le Directeur de l'UFR Validation du stage par le Directeur de l'UFR : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>(La décision de validation appartient au Directeur de l'UFR)</i> Date : Signature et cachet :
---	---

Dès la fin du stage, cette fiche doit être complétée, signée et retournée à la scolarité, par le chef de service.

15 Annexe 9 : Journal de stage ambulatoire

Stage chez le Dr, du ... au

Récapitulatif par item (daté) suivi du journal chronologique

1/ Situations cliniques inédites de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage

Date Titre

2/ Prescriptions médicamenteuses nouvelles

Date Titre

3/ Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés

Date Titre

4/ Difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage

Date Titre

5/ Procédures médico administratives

Date Titre

6/ Situations de soins non programmés vous ayant posé un problème

Date Titre

7/ Pratique de gestes techniques utiles en soins primaires

Date Titre

8/ Évaluation par le sénior de la compétence à communiquer avec le patient selon les critères de la grille Calgary simplifiée

Date Titre

9/ Exemples de l'apport d'articles de la littérature utiles pour réévaluer la décision

Date Titre

10/ Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien modifiant votre perception de la situation

Date Titre

Insérez ici votre journal de stage ambulatoire dans l'ordre chronologique

Date	N°	Motif de consultation	Diagnostic de situation et questionnement	Compétences* mises en jeu – remarques	Famille de situation	Item
	1					
	2					
	3					

* Plutôt que compétences vous pouvez aussi détailler : savoirs (connaissances, ressources...) / habiletés techniques / habiletés relationnelles.

⇒ À partir de ces situations de soins, dégager les problématiques sur lesquelles vous avez à travailler (approfondissements, recherches...)

Écrivez-les ci-après, avant de les classer dans la rubrique « Recherches ».

16 Annexe 10 : Grille d'autoévaluation pour les externes

Glossaire de l'évaluation :

- « **0** » ou « **NSP** » : ne sait pas, non vu, non fait, insuffisamment connu ;
- « **+/-** » : déjà vu ou déjà fait, mais abordé succinctement ;
- « **C** » : item connu, vu, fait plusieurs fois.

Accueillir le patient	Début de stage	Fin de stage
Se présenter		
Faire s'installer le patient et établir le contact		
Inspection globale du patient (élocution, démarche, aspect général, etc.)		
Explorer la demande du patient	Début	Fin
Recueillir le(s) motif(s) de la consultation		
Explorer les problématiques du patient : attentes, représentations, préférences		
Développer une relation empathique		
Utilisation des outils de communication (question ouverte, silence, résumé, reformulation explicite)		
Employer un langage adapté (éviter le langage technique)		
Identifier les facteurs de risque du patient	Début	Fin
Liés aux antécédents familiaux et personnels		
Liés aux habitudes de vie (alcool, tabac, alimentation, etc.)		
Liés à l'environnement (travail, habitat, loisirs, famille, etc.)		
Liés aux problèmes actuels (physiques, psycho-affectifs, sociaux, etc.)		
Rechercher les signes physiques	Début	Fin
Examiner un tympan		
Examiner une gorge, un cou, une thyroïde		
Rechercher des adénopathies		
Auscultier poumons, cœur, vaisseaux, rechercher les pouls		
Examiner un abdomen		
Faire un examen urologique, des organes génitaux, un TR		
Faire un examen gynécologique		
Examiner les articulations : genou, hanche, épaule, rachis, cheville		
Faire un examen neurologique		
Rechercher une anomalie cutanée		
Réaliser un geste diagnostique courant	Début	Fin
Faire un strepto test		
Mesurer le souffle par le débitmètre de pointe		
Prendre la tension artérielle (appareil mécanique)		
Faire un ECG (avec interprétation de base)		

Poser un spéculum		
Faire un frottis de dépistage		
Faire et interpréter une bandelette urinaire		
Mesurer l'acuité visuelle		
Mesurer l'acuité auditive		
Évaluation cognitive chez une personne âgée, mini mental status, etc.		
Évaluer le risque de chute chez la personne âgée, up and go test		
Réaliser une mesure de la glycémie capillaire (dextro)		
Autres gestes (les citer)		
Raisonner en MG	Début	Fin
Savoir recueillir de manière dirigée les données et avoir une représentation mentale globale du problème		
Rechercher les signes discriminants et les signes de gravité		
Lister les hypothèses compatibles avec les éléments observés		
Classer ces hypothèses selon la probabilité en soins primaires		
Proposer et justifier les examens complémentaires, les hiérarchiser		
Évaluer le niveau de compréhension du patient		
Négocier une stratégie de prise en charge	Début	Fin
Le concept d'EBM et son utilisation dans la démarche de prise en charge		
Tenir compte du rapport bénéfice/risque/qualité de vie, pour le patient		
Évaluer l'adhésion du patient : notion de contrat de soin		
Analyser les éléments du consentement éclairé (décision médicale partagée)		
Identifier les spécificités de l'urgence ou de la visite en MG	Début	Fin
Définir la place de la MG dans le système de la PEC des urgences		
Pointer les modalités pratiques de la gestion de l'urgence au cabinet		
Analyser les types d'urgences (vitale, potentielle, ressentie, etc.)		
Analyser les déterminants et les indications de la visite à domicile		
Reconnaître la complexité	Début	Fin
Déterminer ce qui relève du champ bio médical des champs psycho affectif et social		
Pointer et analyser les interactions entre ces trois champs		
Pointer la notion d'incertitude face à une pathologie vue au début		
Accompagner le patient et sa famille	Début	Fin
Définir la notion d'accompagnement		
Utiliser le système de santé	Début	Fin
Analyser les notions de filières et de réseau de soins		
Analyser la place de la MG dans ces modèles d'organisation		

17 Annexe 11 : Le module de raisonnement en soins primaires

Démarche de travail clinique de l'étudiant (anamnèse, examen clinique, décision)

1) Quelle est la plainte initiale et éventuellement les plaintes secondaires du patient ?

Quelles sont vos premières hypothèses ?

2) Quelles sont les données recueillies lors de l'entretien (« au bureau ») ?

Données de l'entretien : écoute, observation du non verbal : ...

Évaluation du contexte, environnement, événements de vie, personnalité : ...

Données des examens para cliniques éventuels : ...

Première synthèse (quelles sont les hypothèses gardées, les hypothèses éliminées).

3) Quelles sont les données recueillies lors de l'examen clinique (« à la table d'examen ») ?

Liste des données cliniques, classées à charge ou à décharge de chaque hypothèse (signes positifs, signes négatifs, signes discriminants).

4) Synthèse diagnostique

Existe-t-il de nouvelles hypothèses possibles à ce stade ? des plaintes cachées ?

Résultat de consultation : Quelle(s) hypothèse(s) gardez-vous ?

Quelles sont les hypothèses diagnostiques rares mais graves que vous avez éliminées (ou qu'il faudra nécessairement éliminer) ?

Justifier ce résultat : faire intervenir la prévalence, expliquer le raisonnement analogique par rapport à une maladie ou un problème connu, expliquer les notions de norme biomédicale, socio culturelle et norme intime.

5) La CAT : Quelle est votre décision ?

- Examens complémentaires ?
- Décision thérapeutique ?
- Décision de la nécessité d'un suivi ?
- Que dites-vous au patient de sa maladie, de sa prise en charge, de l'évolution prévisible et les signes qui amèneraient à reconsulter ?

6) Vos difficultés, vos questions, les points à travailler ?