



**HAL**  
open science

**Les Récits de Situation Complexe Authentique produits par les internes de médecine générale de la promotion 2017 en phase socle du DES : quel niveau atteignent-ils ?  
Le retour d'expérience du département de médecine générale de Clermont-Ferrand sur l'utilisation de la grille nationale du Collège National des Généralistes Enseignants**

Nadège Procureur

► **To cite this version:**

Nadège Procureur. Les Récits de Situation Complexe Authentique produits par les internes de médecine générale de la promotion 2017 en phase socle du DES : quel niveau atteignent-ils ? Le retour d'expérience du département de médecine générale de Clermont-Ferrand sur l'utilisation de la grille nationale du Collège National des Généralistes Enseignants. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02347466

**HAL Id: dumas-02347466**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02347466>**

Submitted on 5 Nov 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE  
pour le  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
par

PROCUREUR Nadège

Présentée et soutenue publiquement le 04 septembre 2019.

Les Récits de Situation Complexe Authentique produits par les internes de médecine générale de la promotion 2017 en phase socle du DES : quel niveau atteignent-ils ? Le retour d'expérience du département de médecine générale de Clermont-Ferrand sur l'utilisation de la grille nationale du Collège National des Généralistes Enseignants.

Directeur de thèse : Monsieur TANGUY Gilles, Maître de Conférences,  
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur,  
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur,  
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand  
Monsieur GARCIER Jean Marc, Professeur,  
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand  
Monsieur LAUTRETTE Alexandre, Professeur,  
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand  
Monsieur TANGUY Gilles, Maître de Conférences,  
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand  
Monsieur BERNARD Pierre, Maître de Conférences,  
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

## UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

---

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis  
: **DOLY** Michel  
: **TURPIN** Dominique  
: **VEYRE** Annie  
: **DULBECCO** Philippe  
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre  
: **FONTAINE** Jacques  
: **BOUTIN** Christian  
: **MONTEIL** Jean-Marc  
: **ODOUARD** Albert  
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT  
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE  
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA  
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE  
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias  
: **DEQUIEDT** Vianney  
: **WILLIAMS** Benjamin  
: **HENRARD** Pierre  
: **PEYRARD** Françoise  
: **PAQUIS** François



## UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice  
: **CHAZAL** Jean

DOYEN  
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre  
: **ROBERT** Gaëlle

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

### **PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

### **PROFESSEURS EMERITES :**

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

### ***PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE***

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.

M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

**PROFESSEURS DE**  
**1ère CLASSE**

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

**PROFESSEURS DE**

## 2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

### MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

### MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

### MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale



## REMERCIEMENTS

**À Monsieur le Professeur Gilles CLEMENT,**

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

**À Monsieur le Professeur Jean Marc GARCIER,**

**À Monsieur le Professeur Alexandre LAUTRETTE,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

**À Monsieur le Docteur Gilles TANGUY, mon directeur de thèse,**

Un grand merci pour tout le travail et le temps passé sur notre projet. Vous m'avez soutenue, vous avez été d'une grande rapidité dans vos réponses et d'une disponibilité sans faille. Je vous suis reconnaissante pour votre immense aide.

**À Monsieur le Docteur Pierre BERNARD,**

Merci d'avoir participé à ce projet et votre aide pour ce travail.

**À Madame le Docteur Virginie GUASTELLA,**

Merci d'avoir accepté d'être présente pour ma soutenance.

**À mes différents maîtres de stage** durant mon parcours, auprès desquels j'ai beaucoup appris, **les docteurs Philippe DUMEZ, Joël ROUSSILHE, Michel ZILBER, Antoine HEMERET, François VORILHON, Jonathan LYON BILGER,**

Merci pour votre accompagnement et votre aide dans mon exercice de la Médecine Générale.

**À mes parents,** sans lesquels je ne pourrai évidemment pas être ici.

Merci pour votre confiance, votre soutien et votre amour. Merci à mon père pour le temps passé à corriger mes fautes d'orthographe.

**À mon frère, mes sœurs et ma grand-mère,** pour leur accompagnement à différents moments de mon parcours.

**Au groupe des pouet-pouets,** des amis importants, qui ont égayé ces années d'études.

**À ma co-interne favorite Amélie,** sans qui, mes différents stages et notamment celui de gynécologie aurait été beaucoup, beaucoup plus fade !

**À mes amis Berrichons,** qui me permettent de m'évader de temps en temps.

À tous les praticiens, internes et patients rencontrés durant ces études, pour leur confiance, leur sympathie, leur accompagnement qui m'ont fait grandir en tant que médecin.

## TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	8
Table des matières.....	9
Liste des tableaux.....	10
Liste des abréviations.....	11
Introduction.....	12
Matériel et méthode.....	15
Résultats.....	18
1. Niveau atteint, nombre de validés et invalidés.....	18
2. Évaluation par item.....	19
3. Différences inter groupe.....	20
Discussion.....	22
1. Faiblesses et forces de notre étude.....	22
2. La grille et son mode d'emploi.....	23
3. Quel « niveau » attendre des RSCA des internes de phase socle après dix mois de formation ?.....	24
Conclusion.....	26
Références Bibliographiques.....	27
Annexes.....	30
Annexe I. Grille d'évaluation critériée du RSCA avec descripteurs joints.....	30
Annexe II. Tableau répertoriant le numéro des RSCA, la cotation des items et la note globale avec la cotation la plus sévère retenue.....	33
Annexe III. Tableau répertoriant le numéro des RSCA, la cotation des items et la note globale avec la cotation la meilleure retenue.....	35
Annexe IV. Exemple de RSCA obtenant OI : récit et sa grille d'évaluation.....	37
Annexe V. Exemple de RSCA obtenant $\geq 3I$ : récit et sa grille d'évaluation.....	46
Annexe VI. Grille d'aide à la construction d'un RSCA actuellement utilisée au DMG de Clermont-Ferrand.....	53
Serment d'Hippocrate.....	55

## **LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau 1a : Note globale obtenue par les 63 RSCA. Cotation la plus sévère retenue.**

**Tableau 1b : Note globale obtenue par les 63 RSCA. Cotation la moins sévère retenue.**

**Tableau 2a : Cotation obtenue pour chaque item de la grille du CNGE sur 63 RSCA. Cotations les plus sévères retenues.**

**Tableau 2b : Cotation obtenue pour chaque item de la grille du CNGE sur 63 RSCA. Cotations les moins sévères retenues.**

**Tableau 3a : Nombre de RSCA ayant des items cotés insuffisant dans chaque groupe. Cotation les plus sévères retenues.**

**Tableau 3b : Nombre de RSCA ayant des items cotés insuffisant dans chaque groupe. Cotation les moins sévères retenues.**

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants

**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées

**DMG** : Département de Médecine Générale

**ECN** : Épreuves Classantes Nationales

**ENT** : Espace Numérique de Travail

**GEASP** : Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles

**MG** : Médecine Générale

**RSCA** : Récit de Situation Complexe et Authentique

**TEA** : Traces Écrites d'Apprentissage

## Introduction

En 2004, la Médecine Générale (MG) est devenue une spécialité médicale certifiée par l'obtention d'un Diplôme d'Études Spécialisées (DES)(1).

Le DES vise l'acquisition des six compétences génériques transversales recouvrant l'ensemble des missions des médecins généralistes définies en 2013 par un groupe national d'experts (2).

Il s'appuie sur un modèle pédagogique d'apprentissage par compétences (2) qui a pour objectif de garantir le développement professionnel et la réflexivité des étudiants.

Depuis avril 2017, la réforme du troisième cycle des études médicales (3) propose des innovations pédagogiques avec, pour la MG, une organisation de la formation en deux phases, l'une dite de socle et l'autre d'approfondissement. Il est à noter que les conditions d'une quatrième année correspondant à la phase de consolidation ne sont pas encore réunies en France. L'étudiant et l'équipe pédagogique signent en fin de phase socle un contrat de formation au cours de laquelle est possible de faire un deuxième DES et d'intégrer des modules transversaux sous certaines conditions. La réforme encourage cette approche par compétences s'appuyant sur un portfolio et un tutorat. Pour la MG, le dispositif de formation comprend : les stages de la maquette (six stages dont deux obligatoirement en MG), des enseignements en stage et hors stage, du travail en groupe (appelé groupe d'entraînement à l'analyse des situations professionnelles (G.E.A.S.P) dans notre faculté) et la production supervisée de traces écrites d'apprentissage (TEA).

Ces TEA produites à partir de situations authentiques de soins doivent témoigner des qualités réflexives de l'étudiant. Elles sont reportées dans le portfolio, avec une valeur autant formative qu'évaluative. On utilise alors le terme de récit de situation complexe authentique (RSCA). L'acronyme est partagé par tous les DMG de France. La validation de la phase socle comprend à Clermont-Ferrand l'homologation de deux RSCA par le tuteur.

Le RSCA est un outil d'écriture clinique permettant à l'étudiant d'analyser ses pratiques dans toute l'étendue des champs de la médecine générale. Cette tâche pédagogique issue de la médecine narrative (4) favorise le développement de la réflexivité, améliore le professionnalisme et la capacité à mettre en œuvre une relation médecin patient de qualité (5). À partir d'une situation vécue, l'interne produit un écrit comportant les éléments suivants : un récit détaillé rédigé à la première personne, ainsi qu'une analyse de la situation et des difficultés rencontrées. Cette auto-évaluation aboutit à un questionnement et fait émerger des problèmes à résoudre concernant tous les champs de la discipline tant biomédicaux que relationnels, légaux ou éthiques. Elle induit une démarche d'autoformation centrée sur les problèmes repérés par l'étudiant et/ou son superviseur. Enfin, il est demandé de rédiger une synthèse étayée par des recherches bibliographiques sur les modifications éventuelles de gestions des consultations (recontextualisation) ou, quand la situation est vécue à l'hôpital, sur ce qui est transférable aux soins premiers.

Il demeure à l'heure actuelle d'importantes disparités dans l'évaluation de ces traces d'apprentissage (6) : disparités entre les évaluateurs pour un même RSCA ou à différents moments du cursus par un même évaluateur, disparités entre DMG alors que le diplôme est national. On comprend donc l'attente des étudiants pour des évaluations plus homogènes et donc plus égalitaires.

L'objectivité peut être appréhendée par le degré de concordance entre les différentes évaluations portées sur une même production. Le recours à des grilles d'évaluation avec des critères déterminés pour les RSCA paraît un élément important pour optimiser l'objectivité d'une évaluation et son homogénéisation. Le secteur pédagogie du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) propose depuis mai 2018 une grille d'évaluation, obtenue par consensus national (7). Cette grille (annexe I) comporte treize items. Chaque item est coté

comme « pertinent », « améliorabile » ou « insuffisant ». Elle indique que le score « pertinent » est l'idéal à atteindre, mais selon l'avancement dans le cursus, le score « améliorabile » peut être attendu pour certains critères. En revanche, il ne doit pas y avoir de score « insuffisant ». Si c'est le cas le RSCA doit être retravaillé avant validation.

Notre question principale est la suivante : en utilisant la grille proposée par le CNGE, quel est le niveau atteint, par les premiers RSCA des internes de la promotion 2017 de notre faculté, ayant validé leur phase socle ?

Dans un deuxième temps : Déterminer les qualités "opérationnelles" de cet outil dans l'évaluation des RSCA en phase socle.

## Matériel et méthode

Nous avons réalisé une évaluation rétrospective des 63 premiers RSCA rédigés par les internes de médecine générale de la promotion 2017. Le thésard, évaluateur principal et interne en médecine générale, a récupéré, avec l'accord des tuteurs, les RSCA en juin 2018 sur l'espace numérique de travail (ENT). Les RSCA évalués provenaient d'internes ayant validés leur phase socle et faisant partie de six groupes différents de GEASP de la promotion. Chaque groupe comptait dix ou onze internes.

Les textes ont été numérotés de 1 à 63 avec référencement au groupe (cotation de A à F) après avoir été anonymisés tout en prenant soin également de supprimer toutes références au tuteur. La cotation de A à F pour le groupe a été réalisé au hasard par le thésard qui a pris le groupe du Dr X et l'a appelé groupe A, puis du Dr Y groupe B, et ainsi de suite pour les quatre autres groupes. Ce codage des groupes n'avait pas de lien avec le nom administratif des groupes.

Une double évaluation indépendante a été réalisé par un binôme composé du thésard et d'un enseignant responsable pédagogique au DMG. Deux enseignants étaient mobilisés pour ce travail. Le thésard a évalué les 63 RSCA et les a réparti équitablement entre les deux enseignants qui ignoraient de quel groupe de GEASP provenaient les RSCA et le nom des internes qui les avaient rédigés.

L'évaluation s'est faite avec la grille nationale proposée par le CNGE qui comporte treize items permettant de « coter » la qualité de la narration, sa complexité, l'analyse de l'étudiant, la problématisation issue de l'analyse, les recherches documentaires, les réponses apportées ainsi que la qualité de la synthèse des apprentissages avec en particulier les efforts de recontextualisation. Quatre items se retrouvent plus précisément dans la partie narration de la situation : le caractère professionnel, l'implication, la précision et l'exhaustivité du récit. Le



cinquième item porte plus spécifiquement sur la complexité de la situation en fonction des différents champs abordés en soins premiers (en référence au modèle bio-psycho-social). Le sixième item qui concerne l'analyse de la situation permet d'appréhender la justesse d'analyse de l'étudiant au regard des décisions prises lors de sa situation vécue et la description ou non des champs de sa complexité. La problématisation regroupe deux items : l'identification des problématiques (avec capacité de réaliser un diagnostic de situation (8, 9) et de le hiérarchiser) et la rédaction écrite de la problématisation. L'item sur les ressources bibliographiques évalue la stratégie de recherche et la qualité des ressources utilisées. L'axe sur les réponses apportées comprend aussi deux items : le compte-rendu de la réponse et l'utilisation des ressources sur lesquelles elle s'appuie. Le douzième item cote la synthèse des apprentissages réalisés pour tous les RSCA et le treizième et dernier, la synthèse des apprentissages réalisés pour les RSCA en stage hospitalier.

Chaque item qui peut être coté : « P » pour Pertinent, « A » pour Améliorable et « I » pour Insuffisant contient des descripteurs précis pour guider l'évaluateur. (Annexe I)

Le thésard et les deux enseignants ont évalué ensemble, en juillet 2018, cinq premiers RSCA pris au hasard pour s'accorder sur la procédure d'évaluation. Après concertation, le groupe a décidé de solliciter un troisième lecteur (l'enseignant qui n'était pas premier lecteur) en cas de désaccord important sur la cotation, c'est-à-dire plus de trois items avec une cotation différente. Il a été décidé de retenir pour chaque item du RSCA évalué, la cotation la moins avantageuse d'une part et la meilleure d'autre part, constituant ainsi une double évaluation.

Au final il était attribué à chaque RSCA une « note » allant de zéro « I » (aucun item insuffisant) à trois « I » ou plus (trois items ou plus insuffisants).

En accord avec les propositions du groupe national ayant bâti la grille, nous avons pu ainsi classer les RSCA en validés et non validés.

Nous avons choisi de faire une comparaison d'impact sur la validation, selon la cotation retenue, la plus sévère ou la plus avantageuse pour chaque item du RSCA.

L'étude s'est déroulée de septembre 2018 à mai 2019. Les RSCA étaient envoyés par le thésard au même moment par mail aux deux enseignants, par lot de dix RSCA. Il y a eu trois lots d'envoi des RSCA, un en septembre 2018, le deuxième en octobre 2018 et le dernier en mars 2019. Les deux enseignants ont renvoyé au thésard par mail les grilles d'évaluations dûment remplies. Les deux évaluations indépendantes étaient colligées sur une même grille, pour chaque RSCA. Les RSCA dont les grilles avaient plus de trois items avec des cotations différentes, étaient regroupées puis envoyées par mail au troisième lecteur. La nouvelle cotation s'agrégeait ainsi sur la grille d'évaluation où apparaissaient les deux cotations antérieures. Il était alors retenu, parmi les trois évaluations, la cotation obtenant la majorité. Un tableau récapitulatif permettait d'intégrer d'une part les références du RSCA (numéro) et d'autre part les items avec leur cotation ainsi que la note globale. (annexe II et III)

Nous avons souhaité rechercher quels étaient les items qui entraînaient l'invalidation des RSCA. Le thésard a donc réalisé un tableau pour analyser la différence du nombre de cotations insuffisantes entre les 13 items.

Enfin, il nous a semblé intéressant de comparer le nombre de RSCA invalidés en fonction des groupes.

Pour cette étude à visée pédagogique, en accord avec la réglementation, il n'a pas été sollicité l'approbation d'un comité d'éthique.

## Résultats

### 1) Niveau atteint, nombre de validés et invalidés

Nous avons évalué 63 RSCA sur 65 attendus (deux internes n'avaient pas validé leur phase socle en l'absence de traces écrites d'apprentissage). Parmi ces 63 RSCA, 51 ont été rédigés durant un stage hospitalier et 12 en ambulatoire. 22 RSCA ont nécessité l'intervention du troisième évaluateur.

En appliquant les critères de la grille du collège national, et en retenant la notation la plus sévère, seuls 23 RSCA sur 63 étaient validés.

12 RSCA étaient cotés d'un « I », 12 deux « I » et 16 de trois « I » ou plus. En considérant qu'à partir d'un seul item coté insuffisant, le RSCA est invalidé, il y a donc eu un total de 40 RSCA invalidés soit 63,5 % de la promotion. (Tableau 1a)

**Tableau 1a : Note globale obtenue par les 63 RSCA. Cotation la plus sévère retenue.**

Note globale	Nombre
≥3I	16
2I	12
1I	12
0I	23
<b>Total invalidés*</b>	<b>40</b>

\*Nombre total de RSCA invalidés en considérant que 1 seul I (=note globale 1I) invalidait le RSCA

En prenant les cotations les plus favorables, 35 RSCA ont eu zéro « I », 12 un « I », 6 deux « I » et 10 trois « I » ou plus. On a donc obtenu un total de 28 RSCA invalidés, soit 44 % de la promotion. (Tableau 1b)

**Tableau 1b : Note globale obtenue par les 63 RSCA. Cotation la moins sévère retenue.**

Note globale	Nombre
≥3I	10
2I	6
1I	12
0I	35
<b>Total invalidés*</b>	<b>28</b>

\*Nombre total de RSCA invalidés en considérant que 1 seul I (=note globale 1I) invalidait le RSCA

## 2) Évaluation par item

Sur les 63 RSCA, 51 ont été rédigés au cours d'un stage hospitalier. Il y avait alors 12 RSCA où le dernier item n'était pas à coter.

Dans le tableau avec les cotations les plus sévères retenues, les items comportant le plus d'insuffisants étaient par ordre décroissant : la synthèse des RSCA en stage hospitalier (20 RSCA sur 51, soit 39 %), l'identification des problématiques (17 RSCA, soit 27 %), les ressources bibliographiques (16 RSCA, soit 25 %) et enfin l'analyse de la situation (12 RSCA, soit 19 %).

(Tableau 2a)

**Tableau 2a : Cotation obtenue pour chaque item de la grille du CNGE sur 63 RSCA. Cotations les plus sévères retenues.**

<b>Critères</b>	<b>Pertinent</b>	<b>Améliorable</b>	<b>Insuffisant</b>
<b>Caractère professionnel</b>	49	14	0
<b>Implication</b>	54	9	0
<b>Précision</b>	48	14	1
<b>Exhaustivité</b>	28	33	2
<b>Complexité de la situation</b>	6	52	5
<b>Analyse de la situation</b>	2	49	12
<b>Identification des problématiques</b>	2	44	17
<b>Rédaction de la problématisation</b>	17	38	8
<b>Ressources bibliographiques</b>	0	47	16
<b>Rédaction de la réponse</b>	14	44	5
<b>Utilisation des ressources</b>	1	56	6
<b>Synthèse tous RSCA</b>	10	45	8
<b>Synthèse stage hospitalier (sur 51 )</b>	0	31	20

Dans le tableau retenant les cotations les moins sévères, les items avec le plus d'insuffisants étaient : la synthèse en stage hospitalier (11 RSCA, soit 22 %), puis l'identification des problématique, l'analyse de la situation et les ressources bibliographiques ( chacun 11 RSCA sur 63, soit 17 %), les mêmes items donc que dans le tableau prenant en compte les cotations les plus sévères. (Tableau 2b)

**Tableau 2b : Cotation obtenue pour chaque item de la grille du CNGE sur 63 RSCA. Cotations les moins sévères retenues.**

<b>Critères</b>	<b>Pertinent</b>	<b>Améliorable</b>	<b>Insuffisant</b>
<b>Caractère professionnel</b>	58	5	0
<b>Implication</b>	57	6	0
<b>Précision</b>	51	12	0
<b>Exhaustivité</b>	33	29	1
<b>Complexité de la situation</b>	16	45	2
<b>Analyse de la situation</b>	8	44	11
<b>Identification des problématiques</b>	11	41	11
<b>Rédaction de la problématisation</b>	29	29	5
<b>Ressources bibliographiques</b>	2	50	11
<b>Rédaction de la réponse</b>	29	32	2
<b>Utilisation des ressources</b>	7	53	3
<b>Synthèse tous RSCA</b>	12	45	6
<b>Synthèse stage hospitalier (sur 51 )</b>	5	35	11

### 3) Différences inter groupe

Sur six groupes, cinq avaient plus de 50 % d'internes avec des RSCA invalidés et un seul (le groupe D) en dessous avec quatre internes sur onze, soit 36 % de RSCA invalidés. (Tableau 3a)

**Tableau 3a : Nombre de RSCA ayant des items cotés insuffisant dans chaque groupe.  
Cotation les plus sévères retenues**

Nom du groupe	≥3I	2I	1I	Total invalidés*
A	4	2	0	6/10
B	3	1	4	8/10
C	3	2	4	9/10
D	1	1	2	4/11
E	2	3	1	6/11
F	3	3	1	7/11

\* Les groupes A, B et C étaient composés de 10 internes. Les groupes D, E et F de 11 internes.

En prenant les cotations les moins sévères, deux groupes restaient avec plus de 50 % de RSCA invalidés, trois groupes avaient respectivement 36 %, 40 % et 45 % d'invalidés. Enfin le groupe D avait 0 % d'invalidé. (Tableau 3b)

**Tableau 3b : Nombre de RSCA ayant des items cotés insuffisant dans chaque groupe.  
Cotation les moins sévères retenues**

Nom du groupe	≥3I	2I	1I	Total invalidés*
A	2	3	2	7/10
B	1	1	2	4/10
C	3	0	5	8/10
D	0	0	0	0/11
E	1	1	2	4/11
F	3	1	1	5/11

\* Les groupes A, B et C étaient composés de 10 internes. Les groupes D, E et F de 11 internes.

## Discussion

Il n'existe pas actuellement, à notre connaissance de travail publié évaluant la mise en œuvre pratique de la récente grille nationale proposée par le CNGE.

Notre étude remet en question la pertinence des modalités d'utilisation de cette grille, pour évaluer les RSCA des internes de MG en phase socle.

Pour la promotion 2017 à Clermont Ferrand, cette grille utilisée selon les recommandations des auteurs auraient invalidé de 44 à 63,5% de la promotion, résultat qui ne reflète pas la réalité du travail fourni par les étudiants et les tuteurs. De plus, ces pourcentages ne correspondent pas à un fonctionnement pragmatique des DMG dans un contexte où la validation de la phase socle repose à la fois sur l'approbation des stages et des écrits.

### 1) Faiblesses et forces de notre étude

La limite principale est liée au caractère rétrospectif de notre travail. Les étudiants ne connaissaient pas cet outil lors de leur période de production d'écrits. Ils ont participé cependant, comme toutes les promotions, à un enseignement ciblé de quatre heures sur le sujet en T1. Ils ont eu à leur disposition une grille d'aide rédactionnelle proposée par l'équipe pédagogique du département (annexe VI), qui reprend de nombreux items et descripteurs proposés dans la grille nationale. Enfin, ils ont bénéficié individuellement des supervisions écrite et orale de leur tuteur.

Par l'anonymisation et la répartition aléatoire, les évaluateurs ont travaillé à l'aveugle, sans connaître ni le nom des internes, ni celui des tuteurs et des groupes.

Les résultats peuvent nous interroger sur le fait qu'un groupe d'étudiants suivis par un même tuteur ai obtenu de meilleures évaluations que l'ensemble de la promotion. La constitution des groupes a été faite en respectant la mixité et les places aléatoires aux ECN. Les tuteurs,

tous enseignants universitaires associés ou chargés, ont bénéficié pour leur part des mêmes formations théoriques. La qualité des traces écrites semble dépendre de la qualité des supervisions et donc d'un « effet tuteur » déjà identifié (10). Les supervisions indirectes écrites ou orales sont des actions d'enseignements et n'échappent pas, comme c'est le cas dans l'enseignement primaire, à un effet « maître » (11).

Le recours fréquent à un troisième évaluateur questionne sur la grande variabilité du jugement des personnes. Notre étude n'était pas conçue pour apporter des éléments quantitatifs à ce sujet (12, 13).

## 2) La grille et son mode d'emploi

La multiplicité de descripteurs pour un item comptait parmi les difficultés que nous avons rencontrées pour appliquer cette grille. En effet, parmi les notifications associées à la grille pour la cotation en **P** (Pertinent) de l'identification des problématiques, on retrouve par exemple :

- L'étudiant fait un diagnostic de situation et fait apparaître la complexité (EBM et Engel).
- Il identifie, hiérarchise et argumente les problèmes posés par la situation.
- Il explicite ce qui est connu et non connu de lui ainsi que les points positifs et négatifs de ses décisions.

Le simple fait de ne pas expliciter les points positifs et négatifs de ses décisions, doit-il léser d'une cotation « Pertinent » ?

L'exigence de l'absence d'item coté Insuffisant pour valider un RSCA en phase socle est un obstacle supplémentaire.

Aussi, l'item Ressources bibliographiques, qui est l'un des items obtenant le plus de cotations insuffisantes est considéré « P » quand :



- La stratégie de recherche est argumentée (mots clés, équation de recherche).
- Une analyse critique est faite sur le niveau de preuve des sources trouvées.
- Les sources sont diverses et issues principalement des soins premiers.
- Si elles sont répertoriées en mode Vancouver.

Un seul RSCA sur les 63 dans le tableau retenant les cotations les plus sévères a obtenu la cotation pertinente et deux dans le tableau retenant les cotations les moins sévères. Cet item comporte plusieurs descripteurs de « valeur » différente rendant la cotation ambiguë. Est-elle vraiment adaptée pour les internes à ce stade de leur parcours ? Analyser de manière critique les niveaux de preuve des sources n'est pas chose aisée pour un interne de première année d'internat. Combien de professionnels en exercice le font ? Les internes doivent déjà intégrer ce que le RSCA peut apporter à leur pratique, et la manière de le construire. Ne pas répertorier en mode Vancouver témoigne-t-il d'une incompetence et justifier de remettre en question le bon déroulement du cursus ?

Ces traces écrites sont des activités pédagogiques qui visent à développer la réflexivité. Leur évaluation est d'abord de nature formative dans un contexte d'apprentissage par compétences.

Le danger, c'est le détournement de cette tâche d'apprentissage de son but initial vers la production d'écrits conformes aux attentes des enseignants mais potentiellement faiblement témoins des qualités réflexives de leurs auteurs.

3) Quel « niveau » attendre des RSCA des internes de phase socle après dix mois de formation ?

La production d'une grille d'évaluation établie par consensus large (33 DMG sur 35 impliqués dans son élaboration) est une attente légitime des étudiants, mais aussi des enseignants afin

de développer un langage commun (7). Une thèse stéphanoise de 2018 évaluant le 2<sup>ème</sup> RSCA retrouvait des scores plus favorables (14).

A vouloir trop codifier, ne s'éloigne-t-on pas des intuitions initiales de la médecine narrative appliquée aux médecins et des bénéfices attendus pour leur pratique (Charon) ?

L'utilisation d'outils plus orientés sur l'évaluation des capacités réflexives comme la grille REFLECT (15) pourrait peut-être apporter un éclairage complémentaire. Actuellement, il n'existe pas de traduction validée de cet outil en français. Ce travail est en cours et doit être présenté au congrès national de novembre 2019.

En conclusion, il paraît toutefois stratégique de conserver cet outil construit de façon collégiale qui répond approximativement aux attentes des étudiants. Il est possible d'en envisager une utilisation plus contrastée, en particulier en phase socle, en tenant compte plus du progrès de l'interne que de sa « performance ».

Un prochain travail prospectif devrait pouvoir préciser la place de l'outil et le niveau attendu des internes en fin de phase socle.

Le RSCA est un outil pédagogique national issu du concept d'apprentissage par compétences. Il privilégie l'apprentissage par la pratique réflexive et l'autonomie cognitive et professionnelle grâce au retour sur l'action médicale vis-à-vis d'une situation clinique complexe authentique.

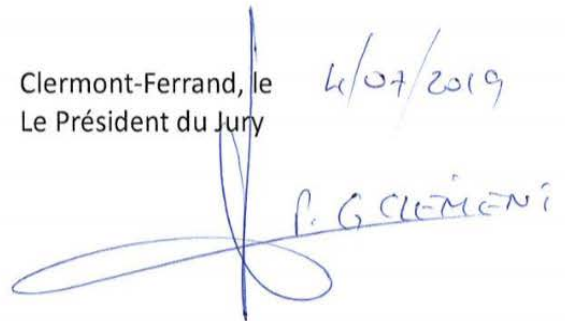
L'évaluation des internes dans le modèle d'apprentissage par compétences doit allier la double exigence formative et certificative sans les caractéristiques d'une évaluation purement sanctionnante. Pour les internes, le RSCA est un outil d'évaluation de leur progression. Mais il existe un différentiel important du mode d'évaluation entre les DMG. Les internes sont donc dans l'attente d'une uniformisation. Comme le CNGE a publié en mai 2018 une grille critériée pour l'évaluation des RSCA, nous avons voulu utiliser cette grille pour étudier le niveau atteint des RSCA produits par les internes de MG de la promotion 2017 en phase socle.

Notre étude montre qu'il existe un écart important entre les niveaux acceptés pour valider la phase socle dans notre département et les critères proposés par la grille. Ce nouvel outil ne nous semble pas, dans sa forme actuelle, utilisable à des fins sanctionnantes en fin de phase socle. Chaque item comprend souvent plusieurs descripteurs rendant la cotation ambiguë, et, s'avère donc une source d'inégalité entre les étudiants. En revanche, cette grille ainsi critériée peut constituer en revanche un outil pertinent pour aider les étudiants à intégrer les finalités attendues. Une adaptation des critères d'évaluation en fonction du stade du parcours de l'étudiant serait par conséquent souhaitable.

Clermont-Ferrand, le 15/07/2019  
Pierre CLAVELOU  
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 4/07/2019  
Le Président du Jury



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
2. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo l u m e . :8.
3. Réforme du 3e cycle des études de médecine : une formation renouvelée, modernisée et simplifiée [Internet]. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [cité 11 juill 2019]. Disponible sur: [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid118182/reforme-du-3e-cycle-des-etudes-de-medecine-une-formation-renovee-modernisee-et-simplifiee.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid118182/reforme-du-3e-cycle-des-etudes-de-medecine-une-formation-renovee-modernisee-et-simplifiee.html)
4. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. JAMA. 17 oct 2001;286(15):1897-902.
5. Proulx AG, Ruest-Paquette A-S, Simões Forte LA, Cotnam-Kappel M, Fallu C, Bartosova L. La réflexivité : exercice pédagogique et outil d'accompagnement aux cycles supérieurs. Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur [Internet]. 27 nov 2012 [cité 12 sept 2018];28(28-2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ripes/672>

6. Lorenzo M, Klein M, Delacour C, Charton L. Etude de l'objectivité de l'évaluation des récits de situations cliniques authentiques selon la grille du Collège national des généralistes enseignants. *Exercer, la revue francophone de Médecine Générale*. 2018;(145):327-31
7. Compagnon L, Dumoitier N, Taha A, Girier P, Bayen M, Beis JN, Boulet P, Ghasarossian C, Gocko X. Supervision, élaboration et évaluation du RSCA dans les DES de MG. *Exercer, la revue francophone de Médecine Générale* [Internet]. [cité 10 juin 2018]; Disponible sur: <https://www.exercer.fr>. 2018;143 :222-31.
8. ASSIE, BARHAMI. EBM - Médecine Basée sur les Preuves [Internet]. 2012. Disponible sur: [http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/Docs%20pour%20memoires%202012/MEMOIRES%202012/EBM/pdf/EMB\\_BAHRAMI\\_BERNARD\\_DEBETTE\\_EDER\\_NAGGARA\\_SAINTE-LARY.pdf](http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/Docs%20pour%20memoires%202012/MEMOIRES%202012/EBM/pdf/EMB_BAHRAMI_BERNARD_DEBETTE_EDER_NAGGARA_SAINTE-LARY.pdf)
9. Thangaratnam S, Barnfield G, Weinbrenner S, Meyerrose B, Arvanitis TN, Horvath AR, et al. Teaching trainers to incorporate evidence-based medicine (EBM) teaching in clinical practice: the EU-EBM project. *BMC Medical Education* [Internet]. déc 2009 [cité 15 juill 2019];9(1). Disponible sur: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-9-59>
10. Giet D, Massart V, Deum M, Brichant J-F. Dispositif pédagogique en médecine palliative visant le développement de la réflexivité chez des étudiants. Utilisation d'un portfolio électronique. *Pédagogie Médicale*. févr 2012;13(1):51-64.

11. Dufour D. Bénéfices ressentis par les Internes de médecine générale de l'Océan Indien vis-à-vis de leur travail de rédaction du portfolio: enquête de septembre 2014 à février 2015: 86 questionnaires / 129 IMG (TCEM2 TCEM3, en instance de validation du DES), 66 %. :96.
12. Duc A, Ferreira M, Burdet C. Quels sont les différents effets qui influencent l'enseignant lors de la correction de production de texte écrit? Haute Ecole Pédagogique Vaud [Internet]. 2013. Disponible sur:  
[http://doc.rero.ch/record/256792/files/md\\_bp\\_p21778\\_p21788\\_2013.pdf](http://doc.rero.ch/record/256792/files/md_bp_p21778_p21788_2013.pdf)
13. Lorenzo M, Klein M, Delacour C, Charton L. Etude de l'objectivité de l'évaluation des récits de situations cliniques authentiques selon la grille du Collège national des généralistes enseignants. *exercer, la revue francophone de Médecine Générale*. 2018;(145):327-31.
14. Jaillot S. Les récits de situation complexe authentiques sont-ils des outils pédagogiques valides ? : Évaluation stéphanoise [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2018.
15. Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing. *Acad Med*. janv 2012;87(1):41-50.

## ANNEXES

### Annexe I. Grille d'évaluation critériée du RSCA avec descripteurs joints.



Education | RSCA

Laurence Compagnon<sup>1</sup>, Nathalie Dumoitié<sup>2</sup>, Anas Taha<sup>1</sup>, Pierre Girier<sup>3</sup>, Marc Bayen<sup>4</sup>, Jean-Noël Beis<sup>5</sup>, Pascal Boulet<sup>6</sup>, Christian Ghasarossian<sup>7</sup>, Xavier Gocko<sup>8</sup>

## Supervision, élaboration et évaluation du RSCA dans les DES de MG : résultat d'un consensus national

### Annexe 1 - Critères de la grille d'évaluation du RSCA proposée après consensus national

1. Département d'enseignement et de recherche en médecine générale, UFR de Médecine, Université de Paris-Est Créteil

2. Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université de Limoges

3. Collège universitaire de médecine générale, Faculté de médecine de Lyon-Est, Université de Lyon

4. Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université de Lille 2

5. Département de médecine générale, UFR Sciences de santé, Université de Bourgogne

6. Département universitaire de médecine générale, Faculté de Médecine-Pharmacie, Université de Rouen Normandie

7. Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université Paris-Descartes

8. Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université Jean Monnet Saint-Etienne

cedric.rat@univ-nantes.fr  
exercer 2018 ; 143:222-231

Critères	Phase socle			Phase d'approfondissement		
	P	A	I	P	A	I
<b>Narration de la situation</b>						
Caractère professionnel	X			X		
Caractère narratif						
Implication	X			X		
Précision		X		X		
Exhaustivité		X		X		
<b>Complexité de la situation</b>		X		X		
<b>Analyse de la situation</b>		X		X		
<b>Problématisation</b>						
Identification des problématiques		X		X		
Rédaction de la problématisation		X		X		
<b>Ressources bibliographiques</b>		X		X		
<b>Réponses apportées</b>						
Rédaction de la réponse	X					
Utilisation des ressources		X		X		
<b>Synthèse des apprentissages réalisés</b>						
Pour tous les RSCA		X		X		
Pour les RSCA en Stage Hospitalier		X		X		

Le score Pertinent (P) est l'idéal à atteindre, mais selon le niveau dans le cursus, le score Améliorable (A) peut être attendu pour certains critères. En revanche, il ne doit pas y avoir de score Insuffisant (I). Si c'est le cas le RSCA doit être retravaillé avant validation.

## Narration de la situation

### Caractère professionnel

**P** : La situation rapportée est en lien avec la discipline. Elle est définie en termes de date, lieu de stage, type de structure. L'orthographe et la syntaxe sont correctes.

**A** : La situation rapportée est en lien avec la discipline. La contextualisation est incomplète. L'orthographe et la syntaxe sont correctes.

**I** : La situation rapportée n'est pas en lien avec la discipline et/ou elle n'est pas définie en termes de date, lieu de stage, type de structure. L'orthographe et/ou la syntaxe sont incorrectes.

### Caractère narratif

#### Implication

**P** : Dans la situation décrite, le narrateur, personnellement impliqué, est acteur de la situation et s'exprime à la première personne en respectant la chronologie des faits rapportés. Ses interactions avec les autres acteurs sont identifiables dans le texte.

**A** : Dans la situation décrite le narrateur ne s'implique pas et/ou ses interactions avec les autres acteurs de soins sont identifiables. La chronologie des faits rapportés est respectée.

**I** : La situation rapportée s'apparente à une vignette clinique sans implication du narrateur et/ou la chronologie des faits n'est pas respectée.

#### Précision

**P** : Le propos est précis, clair, structuré. Il rend lisible la démarche et le raisonnement. Le narrateur explicite le processus de décision et comment ce processus interagit avec sa décision.

**A** : Le propos est peu précis et demande des reformulations pour comprendre la compréhension de la démarche, le processus de décision est peu développé.

**I** : Le propos est imprécis, flou, non structuré et/ou il n'y a pas de tentative d'explicitation du processus de décision

#### Exhaustivité

**P** : Le discours retranscrit ce qui a été dit, pensé, ressenti par le narrateur et donne des éléments de ce qu'il a compris du vécu du patient. Il donne des éléments non verbaux et de verbatim des protagonistes (description physique, présentation, paroles échangées, ton, attitudes, sensations, sentiments ressentis, interactions, transfert...).

**A** : Le discours donne quelques éléments de ce qui a été dit, pensé, ressenti par le narrateur et de ce qu'il a compris du vécu du patient. Il y a peu d'éléments de verbatim et du non verbal.

**I** : Le discours ne donne pas d'éléments de compréhension du vécu de l'auteur ou de celui de son patient.

#### Complexité de la situation

**P** : Le narrateur identifie la complexité de la situation. Les champs biomédicaux, psychorelationnels ou socio environnementaux et leurs interactions sont décrits. Pour cela, le narrateur tient compte de plusieurs des champs abordés en soins premiers en s'appuyant sur des éléments issus : du patient (représentations, préférences, opinions, relationnel...), des éléments issus du contexte (environnement, réglementaire, administratif, social, éthique...), des éléments issus de la situation biomédicale (anamnèse, histoire de la situation, démarche, données de la

science...)

**A** : La situation décrite est complexe et il apparaît plusieurs champs abordés en soins premiers mais ils ne sont pas explicitement identifiés par le narrateur.

**I** : la situation décrite ne tient compte que d'un champ de la complexité / la situation n'est pas une situation complexe.

#### Analyse de la décision

**P** : L'étudiant analyse les décisions qu'il a prises et ce qui a influé sur celles-ci ; il décrit quels champs de la complexité ont été pris en compte. Il analyse aussi les décisions qu'il n'a pas prises, en explicitant ce choix.

**A** : L'étudiant analyse de façon incomplète ses décisions et/ou il ne décrit pas les champs de la complexité pris en compte.

**I** : il n'y a pas d'analyse des décisions prises et /ou d'analyse des décisions non prises.

#### Problématisation

##### Identification des problématiques

**P** : L'étudiant fait un diagnostic de situation et fait apparaître la complexité (EBM et Engel). Il identifie, hiérarchise et argumente les problèmes posés par la situation, Il explicite ce qui est connu et non connu de lui et les points positifs et négatifs de ses décisions.

**A** : L'étudiant fait un diagnostic de situation sans hiérarchiser les problèmes posés et/ou sans expliciter ce qui est connu ou pas de lui dans cette situation.

**I** : Il n'y a pas de diagnostic de situation.

##### Rédaction de la problématisation

**P** : L'étudiant identifie et argumente ses besoins d'apprentissage sous forme de questions claires et précises. Les questions posées sont en lien avec





la situation et ne sont pas des questions générales appelant des réponses non contextualisées. On attend au moins 3 à 6 questions explorant au moins 2 champs différents de la complexité.

**A** : Les 3 à 6 questions sont en lien avec la situation mais sont peu précises et appellent des réponses trop générales, elles explorent au moins 2 champs de la complexité.

**I** : le nombre de question est insuffisant et/ou il n'y a qu'un champ exploré et/ou les questions sont présentées sous forme de question de cours.

### Ressources bibliographiques

**P** : La stratégie de recherche est argumentée (mots clés, équation de recherche). Une analyse critique est faite sur le niveau de preuve des sources trouvées. Les sources sont diverses et issues principalement des soins premiers. Elles sont répertoriées en mode Vancouver.

**A** : Les ressources sont diverses et issues principalement des soins premiers. Elles ne sont pas en mode Vancouver. Pas de stratégies de recherche, pas d'analyse du niveau de preuve.

**I** : les ressources sont principalement issues des disciplines de 2ème ou 3ème recours.

### Réponses apportées (résumé des recherches pour chaque question)

#### Rédaction de la réponse

**P** : Les réponses sont synthétiques, concises, elles sont appropriées et répondent aux questions posées. Les réponses sont transférables dans la pratique ; elles sont centrées sur le patient de la situation (recontextualisation).

**A** : Les réponses sont appropriées pour répondre aux

questions et transférables mais sont trop longues et/ou ne sont pas centrées sur le patient de la situation.

**I** : Les réponses ne sont pas transférables dans la pratique de médecine générale.

### Utilisation des ressources

**P** : Les réponses sont fondées le cas échéant sur des sources de qualité (indépendance, niveau de preuve, lien d'intérêt, issues des soins premiers...). L'étudiant explicite le choix des ressources sélectionnées, reformule les données pertinentes extraites des ressources (sans copier-coller ni topos) permettant de répondre à la question.

**A** : L'étudiant reformule les données pertinentes extraites des ressources (sans copier-coller ni topos) permettant de répondre à la question. Pas d'explicitation du choix des ressources et/ou sources de qualité moindre (liens d'intérêt, soins de 2ème ou 3ème recours).

**I** : Les ressources sont utilisées en copier-coller sans reformulation et/ ou sous forme de topo « question de cours ».

### Synthèse des apprentissages

*Elle se fait à la fin du RSCA de façon globale sur la situation : Pour tous les RSCA*

**P** : L'interne décrit la stratégie qui lui semblerait idéale pour ce patient à la lumière des résultats de la recherche. Il argumente et justifie ses nouvelles propositions. Il identifie ses apprentissages, sa progression, réévalue ses propositions initiales. Il propose des stratégies alternatives/contextuelles. Il identifie les compétences mises en jeu et explicite sa progression. Il identifie la ou les familles de situation auxquelles appartient la situation retracée.

**A** : Il identifie ses apprentissages, sa progression. Il identifie les compétences mises en jeu et explicite sa progression. Il identifie la ou les familles de situation auxquelles appartient la situation retracée. Mais pas de description de la stratégies idéale et/ou pas d'argumentation et justification des nouvelles propositions.

**I** : pas d'identification des apprentissage/de la progression et/ou pas de réévaluation de ses propositions initiales et/ou pas d'identification des compétences mises en œuvre et/ou pas d'identification des familles de situation en lien avec la situation.

*En plus, pour les RSCA élaborés en stage hospitalier*

**P** : L'interne dit en quoi les solutions proposées lui semblent transférables aux soins premiers. Il étudie la différence des enjeux avec ceux de la MG.

**A** : L'interne dit en quoi les solutions proposées lui semblent transférables aux soins premiers mais pas d'identification de la différence des enjeux avec ceux de la MG.

**I** : Pas d'identification de la transférabilité en MG.

**Annexe II. Tableau répertoriant le numéro des RSCA, la cotation des items et la note globale avec la cotation la plus sévère**

n RSCA	Narration de la situation			complexité de la situation	analyse de la situation	Problématisation		ressource bibliographiques	Réponses apportées		Synthèse des apprentissages réalisés		Note
	caractère professionnel	implication	précision			exhaustivité	identification problème		réduction problématisation	réaction réponse	utilisation ressources	tous RSCA	
1	p	p	a	a	i	a	a	a	a	a	a	i	2I
2	p	p	p	a	a	a	a	a	p	a	a	a	0I
3	a	p	p	a	a	a	p	a	p	a	a	a	0I
4	p	p	p	a	a	a	p	a	p	a	p	a	0I
5	p	p	p	a	a	i	a	i	i	a	a	i	≥3I
6	p	p	p	i	a	i	a	i	i	a	a	i	≥3I
7	p	p	p	i	a	a	i	a	a	a	a	i	≥3I
8	p	p	p	a	i	i	a	a	a	a	a	a	≥3I
9	p	p	p	a	a	a	i	a	a	i	a	a	2I
10	a	a	a	a	i	a	a	a	p	a	a	a	0I
11	p	p	p	a	a	a	p	a	a	a	a	i	1I
12	p	p	p	a	a	a	p	a	p	a	i	a	1I
13	a	p	p	a	a	a	a	i	a	a	a	a	1I
14	p	p	p	i	a	i	i	a	a	a	a	i	≥3I
15	p	p	p	a	i	i	a	i	a	i	i	i	≥3I
16	p	p	p	a	a	a	a	a	a	a	a	i	≥3I
17	p	p	p	a	a	a	p	a	p	a	a	i	1I
18	p	p	p	p	p	p	p	a	p	a	p	a	0I
19	p	a	p	a	i	i	p	a	a	a	a	a	2I
20	p	p	p	a	a	a	a	a	a	a	a	a	0I
21	p	a	p	p	i	i	a	i	a	a	a	i	≥3I
22	p	p	p	a	a	a	a	i	a	a	a	a	1I
23	a	a	a	a	a	a	a	i	a	a	a	i	2I
24	a	p	p	a	i	i	a	i	a	a	a	a	≥3I
25	a	p	a	a	a	a	a	i	a	a	p	a	1I
26	p	a	a	a	a	i	a	a	a	a	a	a	1I
27	p	p	p	p	a	a	p	a	p	a	p	a	0I
28	p	p	p	a	i	a	a	a	a	a	a	i	2I
29	p	p	a	a	i	i	i	i	a	a	a	a	≥3I
30	p	p	p	a	a	a	a	a	a	a	a	i	1I
31	p	p	p	a	a	p	p	a	p	a	p	i	1I



**Annexe III. Tableau répertoriant le numéro des RSCA, la cotation des items et la note globale avec la cotation la meilleure retenue.**

n RSCA	Narration de la situation				complexité de la situation	analyse de la situation	Problématisation		ressource bibliographiques	Réponses apportées		Synthèse des apprentissages réalisés		Note
	caractère professionnel	implication	précision	exhaustivité			identification problème	réduction problématisation		réduction réponse	utilisation ressources	tous RSCA	RSCA stage hospitalier	
1	p	p	a	a	a	i	a	a	a	a	a	i	2l	
2	p	p	p	a	p	p	a	p	a	a	a	a	0l	
3	p	p	p	a	a	a	a	p	a	p	a	a	0l	
4	p	p	p	p	a	a	a	p	a	p	p	a	0l	
5	p	p	p	a	a	a	i	a	i	a	a	i	≥3l	
6	p	p	p	a	i	a	i	a	i	a	a	i	≥3l	
7	a	a	a	a	p	a	a	p	a	a	a	i	1l	
8	p	p	p	p	a	i	i	a	a	a	a	a	2l	
9	p	p	p	a	a	a	a	i	a	i	a	a	2l	
10	a	a	a	a	a	i	a	a	a	a	a	a	1l	
11	p	p	p	p	a	a	p	p	a	p	a	a	0l	
12	p	p	p	a	a	a	a	p	a	p	a	a	1l	
13	p	p	p	p	a	a	a	a	a	a	a	a	0l	
14	p	p	p	p	a	a	a	a	a	a	a	i	1l	
15	p	p	p	a	a	i	i	a	i	a	i	i	≥3l	
16	p	p	p	p	a	a	a	p	a	p	a	a	0l	
17	p	p	p	p	p	a	p	p	a	p	a	a	0l	
18	p	p	p	p	p	p	p	p	a	p	p	p	0l	
19	p	p	p	p	a	i	i	p	a	p	a	a	2l	
20	p	p	p	a	a	a	a	a	a	a	a	a	0l	
21	p	p	p	a	p	i	i	a	i	p	a	a	≥3l	
22	p	p	p	p	a	a	a	a	i	a	a	a	1l	
23	p	p	a	a	a	a	a	a	i	p	a	a	1l	
24	a	p	p	p	a	i	i	a	i	a	a	a	≥3l	
25	p	p	a	a	a	a	a	a	a	p	a	a	0l	
26	p	p	a	a	a	a	i	a	a	a	a	a	1l	
27	p	p	p	p	p	p	a	p	a	p	a	p	0l	
28	p	p	p	a	a	i	a	a	a	a	a	a	1l	
29	p	p	p	a	a	a	i	i	i	a	a	a	≥3l	



## **RSCA n°1 Les Urgences Montluçon hiver 2017-2018**

### **Un problème social**

#### **Récit :**

Un soir de décembre, à 20h, alors que j'approchais de la fin d'une longue journée aux urgences, je me pose 5 minutes sur l'ordinateur afin de faire le point sur les patients « non vus » sur le logiciel. Je remarque une nouvelle patiente installée en Boîte 2, une femme de 33 ans, et lis comme motif « problème d'hébergement ». Surprise par ce motif inhabituel, j'en demande un peu plus à l'infirmière qui l'a installée et à mon médecin sénior. Ma collègue infirmière me présente une femme seule et isolée qui aurait passé la nuit précédente au SAMU social, mais refusait de s'y présenter à nouveau suite à une altercation avec l'un des bénévoles, selon ses propos. Je me tourne alors vers mon chef médecin, voulant m'enquérir d'autres moyens ou adresses avant d'aller la voir. Celui-ci me coupe la parole assez rapidement, me répondant : « si c'est un problème de logement, ce n'est pas pour nous mais pour le SAMU social, elle doit refaire le 115 ». Voyant alors que personne n'a vraiment le temps de me donner plus d'infos sur les outils sociaux dont nous disposons, je décide d'aller voir la patiente.

Lorsque j'entre, une première chose me frappe. En effet mes collègues aide-soignant et infirmier qui ont installé la patiente en boîte et pris ses constantes n'ont pas pris la peine de l'installer sur un branquard. La boîte est vide, et Madame A est donc sur une chaise accoudée au bureau, dans un coin de la pièce. Elle pleure à chaudes larmes en silence, seule. Je me présente et lui demande de m'expliquer la raison de sa présence ici. Elle ne répond pas et se mouche. Je réitère ma question calmement :

« ma collègue m'a dit que vous n'aviez pas de logement pour ce soir ?

- Silence.

- Est-ce que vous avez mal quelque part ? Est-ce que vous vous sentez fatiguée ?

- Je suis épuisée. (enfin un premier contact) Il faut que vous m'aidiez. J'ai froid. »

Je poursuis alors mon interrogatoire et l'examine (assise) afin d'éliminer une plainte somatique autre. Cliniquement, la patiente ne présente pas de signe de gravité ni de plainte organique précise. J'observe cependant des signes d'intoxication tabagique chronique avec des ongles jaunies. Une maigreur franche, sans signe de déshydratation ni de carence particulière. Je m'oriente alors plutôt vers un problème social et / ou psychologique. Je décide alors de rentrer dans le vif du sujet en lui demandant ce qu'il s'est passé la veille.

« J'ai un Asperger vous comprenez, ils ne peuvent pas me virer comme ça ! Je peux craquer moi. Mais je ne suis pas folle vous comprenez. »

Je comprends alors qu'il y a indéniablement un terrain psychiatrique sous-jacent, avec une humeur dépressive et un épuisement physique et psychique associés. Cependant je ne dispose qu'aucune ordonnance ni dossier médical sur cette patiente, et vais devoir me contenter des informations qu'elle voudra bien me fournir. J'apprends alors au décours de notre échange qu'elle a 2 enfants qui sont placés en foyer et dont la garde lui a été refusée à 2 reprises. Elle est en conflit avec le père, qui semble lui aussi avoir une situation sociale complexe. Elle est sans domicile fixe et sans travail depuis plusieurs mois, et n'a pas de voiture ni moyen de locomotion. Sa seule famille semble être sa mère, qui vit sur Lyon. La veille elle est arrivée de Paris sur Montluçon en bus avec sa seule petite valise. Elle dit avoir revendu beaucoup de ses affaires personnelles pour subvenir à ses besoins alimentaires et pour « survivre ». Elle avait un suivi psychiatrique sur Paris mais semble être en rupture thérapeutique, et est très irritée par le jugement du corps médical et social qu'il est fait sur sa pathologie, elle se sent considérée comme « folle ». Je commence alors à analyser qu'elle semble souffrir d'un trouble envahissant du développement depuis l'enfance qui l'handicape dans sa vie de mère et d'adulte. Mais avant que je puisse lui proposer une prise en charge psychiatrique et repérer des éléments de gravité comme des idées noires ou suicidaires, nous sommes interrompues par une aide-soignante qui frappe et me demande pour un coup de fil. La mère de Madame A est au téléphone et souhaite des nouvelles. Je m'excuse et vais répondre au téléphone, afin d'avoir plus d'informations sur la patiente via sa mère.

Sa mère est bien à Lyon, et m'explique la situation de vie chaotique de sa fille. Celle-ci n'aurait jamais fait de tentative de suicide. Mais sa mère m'apprend qu'elle est en fait suivie pour schizophrénie depuis des années, et ne prend plus ou mal son traitement. Elle craint alors une décompensation vers des comportements agités ou dangereux, et me demande de ne surtout pas la laisser repartir seule. De plus elle n'aurait aucun revenu et aurait une alimentation très précaire. Elle ne peut se déplacer pour venir la chercher mais serait disposée à la recevoir. Je

la questionne sur ce traitement interrompu, mais celle-ci ne connaît pas ses traitements, et ne l'a pas vu depuis plusieurs mois puisqu'elle vivait sur Paris, dans la rue semble-t-il.

Après ce coup de fil enrichissant je retourne voir la patiente et oriente mon interrogatoire sur l'axe psychiatrique. Mais lorsque je lui parle de sa maladie et son traitement, celle-ci se braque à nouveau, se sentant jugée. Je ne détecte pas d'idée noire ni d'intention suicidaire dans ses propos mais je sens bien qu'elle pourrait devenir violente verbalement ou physiquement si nous ne trouvons pas un terrain d'entente qui lui convienne dans notre prise en charge. Celle-ci refuse l'entretien avec notre psychiatre de garde, et souhaite simplement un logement pour le soir. Elle a en effet déjà une rhinopharyngite et est asthénique, il me semble peu raisonnable de la laisser à nouveau dormir dehors par ce temps froid et humide. De plus, je garde à l'esprit que cette femme seule de 33 ans est très vulnérable.

Je la laisse réfléchir un peu et sors du boxe pour prendre le temps d'en discuter avec mon sénior et de rappeler le 115 afin de voir quelles sont les disponibilités de logement social pour elle.

Lorsque je téléphone au SAMU social de Montluçon, mon interlocuteur m'explique de Madame A a été très agitée la nuit précédente et a dérangé tous les résidents par ses comportements de révolte et de détresse. De plus, ils n'ont pas la possibilité de garder les résidents la journée, et sa place est à nouveau prise ce soir. Ils ne peuvent donc la loger ce soir. Cependant celui-ci me dirige vers le centre de Moulin qui m'affirme pouvoir la loger, si elle peut venir en bus ou train.

J'ai donc proposé cette solution à la patiente mais elle n'a pas les moyens de se déplacer à Moulin. Je me demande alors si je peux lui proposer un transport en VSL ou Taxi aux frais de la sécurité sociale pour ce déplacement.

Par la suite, ma journée se terminait déjà et j'ai dû transmettre cette patiente à un collègue médecin. Cela m'a permis de faire le point avec un sénior, et m'a rassuré. Le médecin qui a repris ce dossier m'a expliqué qu'elle essaierait de re-proposer l'entretien psychiatrique et la garderait certainement en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée afin d'organiser les choses le lendemain avec notre assistante sociale.

Je suis alors rentrée chez moi, perplexe quant à cette situation.

Malgré le fait que la prise en charge reste ponctuelle aux urgences, j'ai tenté de me renseigner le lendemain. La patiente a donc été hébergée en UHCD pour une nuit, et a bénéficié d'un bilan biologique standard qui ne retrouvait pas d'anomalie majeure. Le lendemain elle a pu s'entretenir avec un psychiatre qui a renouvelé en partie son traitement, ainsi qu'avec notre assistante sociale qui l'a réorientée vers un centre d'accueil temporaire ouvert pour la saison hivernale.

## **Problèmes posés et questions :**

1 - Positionnement patient-médecin dans une relation égale : patiente non stigmatisée comme « personne en détresse sociale » plus que patiente en demande de soin initialement.

=> **Comment se positionner dans la relation médecin-patient dès le début de l'entretien ? Comment ne pas stigmatiser / juger une demande atypique ? La place du médecin dans un premier contact.**

2 - Manque de ressources et outils pour aider et ré-orienter personnes en demande de logement ou d'aide alimentaire.

=> **Quels sont les relais et adresses de professionnels, associations et aides sociales à connaître et comment orienter le patient selon ses besoins ?**

3 - Détresse psychique chez une patiente schizophrène en rupture thérapeutique à risque de Décompensation.

=> **Comment évaluer les risques et critères d'hospitalisation en soins psychiatriques ? Procédures de SPDT/SPPI/SPDRE en ambulatoire.**

4 - Manque de ressource sur offre de transport, coût et conditions de prise en charge d'un transport VSL ou ambulance.

=> **Rappels sur l'utilisation du transport VSL ou ambulance et conditions de prise en charge.**

## **Recherches et Réponses aux questions**

## **QUESTION 1 : Relation médecin-patient dans une première rencontre**

La relation médecin-patient tient une place majeure aujourd'hui dans les travaux sur l'entretien du médecin généraliste. Elle appartient d'ailleurs entièrement à la compétence centrale de l'**Approche centrée sur le patient, la relation et la communication**, qui sont une des 6 compétences principales du médecin généraliste, selon le référentiel métier et compétences des généralistes.

Nous parlons aujourd'hui d'une rencontre soignante entre deux humains d'égal à égal, une relation symétrique, plutôt que d'une relation de supériorité paternaliste, afin de développer une alliance thérapeutique. L'approche centrée patient est une démarche pragmatique qui aborde le patient dans sa globalité biomédicale, psycho-sociale et son contexte. L'interrogatoire est un temps essentiel de la consultation qui nous permet au quotidien de répondre à des questions essentielles comme : qui est le patient ? Quelles sont ses attentes ? Quelle est sa compréhension, son vécu de sa maladie ? Et va-t-il adhérer à la prise en charge proposée ?

De plus, lors d'un premier contact il convient d'adopter une **attitude d'écoute active**. La communication passe aussi par le non verbal pour environ 70%, c'est pourquoi la manière de dire les choses, le ton, le regard, mais aussi la présentation générale du médecin généraliste dans son cabinet ou en visite sont essentiels. Une attitude de compréhension empathique favorise l'expression de l'autre. La conférence de consensus de Toronto de 1991 avait par exemple mis en évidence que le patient était interrompu par son médecin en moyenne au bout de 18 secondes dans l'exposé de ses plaintes.

Parmi les outils de communication qui s'offrent au généraliste, figurent notamment :

- la considération positive : elle reflète une attitude chaleureuse et réceptive qui permet au patient de se sentir considéré tel qu'il est, écouté et compris.
- l'empathie
- la compétence émotionnelle : qui permet d'identifier les émotions du patient, de les légitimer et de les utiliser pour rendre l'échange constructif
- les questions ouvertes, mais également les questions fermées dans un contexte d'urgence
- reformuler et renforcer la parole du patient.

Si elles existent, il est crucial de tenir compte des difficultés de compréhension du patient, qu'elles soient linguistiques, médicales ou culturelles.

### Pour ma pratique future :

Dans ce cas précis j'ai jugé rapidement cette patiente sur sa présentation et son motif de consultation annoncé, alors qu'il se cachait une probable souffrance psychiatrique profonde sous-jacente. De plus, je suis restée assez distante et « pressée » par une prise en charge de premier recours en ne cherchant que l'urgence au lieu d'explorer la patiente dans sa globalité bio-psycho-sociale.

Mes travaux m'ont permis de revoir les critères de qualité d'une relation patient-médecin, basés sur l'écoute, l'empathie, l'explication des hypothèses diagnostiques ou thérapeutiques et la vérification de la compréhension commune par la reformulation et le résumé.

### Références :

*Article La relation médecin-patient, Collège National des Généralistes Enseignants, Revue Exercer Avril 2017*

## **QUESTION 2 : Outils à disposition pour la prise en charge du patient en situation de précarité**

La précarité est définie par un état de fragilité et d'instabilité sociale. Elle est multifactorielle, et concerne environ 20% de la population française. Elle met en jeu des insécurités dans les domaines de l'emploi, du logement, de la finance, autant que dans la santé, la famille ou les loisirs. Elle est souvent liée à des situations de pauvreté financière et/ou d'exclusion sociale, et entraîne une souffrance psychique importante et pathogène. En effet la précarité prolongée est un facteur de risque d'exclusion.

La précarité est une vraie vulnérabilité et augmente la mortalité globale. ses facteurs de risque sont : un bas niveau social, un mauvais accès aux soins, le statut d'étranger, les maladies chroniques, les troubles psychiatriques, les addictions ou la malnutrition. Dans cette population, la morbidité augmente à cause notamment d'un retard à la prise en charge. De plus, un tiers de cette population présente des troubles psychiatriques ou conduites addictives. L'évaluation d'un sujet en situation de précarité doit être médicale, psychiatrique mais aussi sociale.



Sur le plan financier et administratif, il est important de connaître le système français afin de pouvoir répondre aux besoins de ces personnes, notamment en cas d'urgence. Il existe aujourd'hui des **PASS Permanences d'accès aux Soins** dans les hôpitaux. Sur le plan financier, un patient peut bénéficier de la CMU s'il est dans une situation stable et régulière depuis plus de 3 mois. Les autres aides financières sont l'Aide Médicale d'Etat pour les patients étrangers ou en situation irrégulière en France depuis plus de 3 mois ; ou encore l'Allocation Adulte Handicapé pour toute incapacité de plus de 80%.

Dans le cadre des soins psychiatriques il existe également les Centres Médico-Psychiatriques et les Equipes Mobiles de Psychiatrie.

Enfin, dans ce cadre-ci où la question du logement restait essentielle, mes recherches m'ont permis de découvrir plusieurs systèmes :

- **Le SAMU Social** est un numéro d'urgence, le 115, qui permet d'orienter les personnes sans abri vers des hébergements d'urgence. Mis en place en 1997, il est opérationnel dans toute la France, **entièrement gratuit et accessible toute l'année, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24**. Chaque citoyen peut appeler ce numéro pour signaler une situation de détresse sociale. Le 115 comprend également un volet « insertion » qui permet d'orienter et d'accompagner ces personnes via un Service Intégré d'Accueil et d'Orientation. Ce service recense les logements et moyens à disposition et oriente les personnes en détresse sociale.

- **Des maraudes de bénévoles** (principalement via La Croix Rouge) sont organisées pour venir au contact des personnes dans la rue et proposer un dialogue voire une prise en charge en milieu de soin. Celles-ci sont renforcées en période hivernale. Lors de ces maraudes, des vêtements / de la nourriture sont également distribués gratuitement.

- Il existe des **Centres d'Hébergement de Stabilisation ou de Réinsertion Sociale (CHS, CHRS)** qui permettent de proposer à des personnes à la rue une offre alternative d'hébergement de durée moyenne, conçue autour d'un séjour souple et individualisé.

Ces établissements ont pour mission d'accueillir, d'héberger et d'accompagner les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés économiques, familiales, de logement, de santé, d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Il existe en effet un CHRS à Montluçon. Toute demande d'admission en CHRS se fait auprès d'un travailleur social local. Celui-ci instruit un dossier et le soumet au Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) du département qui évalue le besoin en commission et statue sur la demande. Cependant un CHRS peut augmenter ses capacités d'accueil en cas d'urgence. Les CHRS sont généralement gérés par les Centres d'Action Sociale Communaux, comme c'est le cas à Montluçon.

- **Le Secours Populaire, la Croix Rouge, les Restos du Cœur** sont également des organismes qui proposent des aides alimentaires et matérielles à condition d'effectuer un dossier de demande qui doit être validé. Ce ne sont malheureusement pas des procédures accessibles en situation d'urgence.

#### Pour ma pratique future :

Il est difficile de loger une personne en détresse sociale en urgence, hormis dans le cadre du plan d'aide hivernal ou d'un organisme bénévole qui effectue des maraudes et met à disposition des logements. En effet le système français présente de nombreuses aides sociales, alimentaires ou matérielles, mais qui nécessitent au préalable des démarches et acceptations nécessitant parfois plusieurs jours voire semaines.

Cependant il est difficile d'hospitaliser une personne au seul motif de mise en danger sociale, lorsque l'on réfléchit aux coûts financiers et sociétaux. Je pense que la situation était ici plus complexe et aurait tout de même nécessité une hospitalisation autant au titre du risque psychique que social.

C'est pourquoi je retiens qu'il convient d'évaluer une personne dans toutes ses dimensions : médicale, sociale et psychologique ; avant de prendre la décision d'une hospitalisation ou d'une prise en charge en ambulatoire.

#### Références :

## QUESTION 3 : Risques, critères et procédures d’hospitalisation en soins psychiatriques

En France il y a environ 80 000 hospitalisations sous contraintes par an. Elles sont encadrées par la loi du 5/07/2011 relative aux droits et à la protection des personnes, modifiée par une seconde loi en 2013. Pour toute procédure, il convient de toujours recueillir l’avis du patient et de le tracer dans le dossier médical (médico-légal), ainsi que de chercher à prévenir la famille ou l’entourage proche.

Les **critères d’hospitalisation** d’un patient pour trouble psychiatrique sont vastes. Ils concernent tout d’abord le **risque suicidaire** pour lequel des critères spécifiques ont été décrit :

**- la présence de facteurs de risque :**

*Biographiques* : une perte relationnelle récente, un antécédent de tentative de suicide (en effet 30 à 40% des tentatives de suicide récidivent), l’isolement social ou la fragilisation socio-professionnelle


*Psychopathologiques* : une comorbidité psychiatrique de type trouble de la personnalité, addiction, trouble psychotique ou anxio-dépressif

*Situationnels ou psychosociaux* : des évènements précipitants comme une rupture affective, problèmes de santé, changements de vie important comme un divorce, une retraite... Autant d’éléments qui fragilisent la personne dans une période de vie complexe. De plus, l’absence de facteur protecteur comme un soutien familial est également un critère d’hospitalisation.

**- les groupes d’âge à risque** : la personne âgée de plus de 75 ans ou les adolescents sont des populations à cibler et dépister

**- le niveau d’urgence et de gravité** : il est important de consacrer un temps suffisant pour une évaluation psychique fine qui passe par l’établissement d’un lien de confiance. Le degré d’urgence est ensuite évalué en fonction de la souffrance, l’impulsivité et le degré d’intentionnalité du patient. L’échelle de Beck mesure par exemple l’intentionnalité suicidaire (cf Tableau 1). Un scénario élaboré et prémédité avec possibilité de passer à l’acte (fusil, corde, médicaments disponibles) est un critère majeur d’hospitalisation.

**Tableau 1 – Échelle d’intentionnalité suicidaire de Beck (1974)**



**Tableau 1 – Échelle d’intentionnalité suicidaire de Beck (1974) (5)**

Circonstances objectives de la TS	Propos rapportés par le patient
<p><b>1. Isolement</b> : une personne était-elle, ou a-t-elle été jointe par téléphone par le suicidant ?</p> <p><b>2. Gestion du temps</b> : la tentative de suicide a-t-elle été planifiée de telle sorte que le patient ne puisse pas être découvert ?</p> <p><b>3. Précautions prises pour ne pas être découvert</b> : par exemple, tentative de suicide dans une pièce fermée à clé.</p> <p><b>4. Dissimulation de la tentative de suicide aux personnes présentes</b> : le sujet a-t-il évoqué sa tentative lorsqu’il a été sollicité ?</p> <p><b>5. Actes réalisés en prévision de la mort</b> : par exemple changements de projets, cadeaux inhabituels.</p> <p><b>6. Préparation de la tentative de suicide</b> : un scénario suicidaire a-t-il été réalisé ?</p> <p><b>7. Intention écrite de tentative de suicide</b> : le patient a-t-il laissé des messages écrits au préalable ?</p> <p><b>8. Communication verbale de l’intention suicidaire</b> : le patient en a-t-il parlé ouvertement au préalable ?</p> <p><b>9. But de la tentative</b> : y avait-il une intention de disparaître ?</p>	<p><b>10. Attentes par rapport à la létalité du geste</b> : le patient pensait-il qu’il allait mourir ?</p> <p><b>11. Appréciation de la létalité de la méthode employée</b> : le patient a-t-il utilisé un moyen plus dangereux que celui qu’il croyait être ?</p> <p><b>12. Gravité perçue du geste suicidaire</b> : le patient pensait-il que ce geste suicidaire était suffisant pour mourir ?</p> <p><b>13. Attitude ambivalente par rapport à la vie</b> : le patient souhaitait-il réellement mourir ? Ou seulement fuir, ne plus penser ?</p> <p><b>14. Perception de l’irréversibilité de l’acte</b> : le patient était-il persuadé de mourir malgré d’éventuels soins médicaux ?</p> <p><b>15. Degré de préméditation</b> : le geste a-t-il été impulsif ou a-t-il succédé à plusieurs heures de réflexions à son sujet ?</p> <p><b>16. Réaction à l’issue de la prise en charge</b> : le patient regrette-t-il d’être en vie ?</p> <p><b>17. Représentation de la mort</b> : est-elle représentée de façon positive ?</p> <p><b>18. Nombre de tentatives de suicides antérieures</b> : y a-t-il eu dans le passé plusieurs tentatives ? Ont-elles été rapprochées ?</p>

Un degré d'urgence élevé nécessite une hospitalisation immédiate en psychiatrie le plus souvent. En cas d'urgence moyenne ou modérée, il faut privilégier des soins ambulatoires qui se sont révélés plus efficaces.

Enfin, une hospitalisation peut être nécessaire pour tout patient **agité ou violent**, s'il y a un **risque pour autrui ou sa propre personne**.

Il existe **4 types d'hospitalisation** d'un patient en soins psychiatriques :

*1- Soins psychiatriques libres* avec consentement du malade. Celle-ci doit être recherchée à chaque fois que possible.

*2- Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers* : L'hospitalisation peut être demandée par un membre de la famille du malade ou d'une personne ayant un intérêt à agir uniquement si **les troubles mentaux rendent impossible le consentement du malade ET si son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante ou régulière**. La demande est présentée au directeur de l'établissement choisi, sous forme d'une lettre manuscrite signée et datée par le tiers qui formule la demande, et doit comporter les nom, prénom, profession, âge et domicile du demandeur et du malade, ainsi que la nature des relations qui les unissent. En revanche, celle-ci n'est pas recommandée en cas de délire de persécution, car elle expose le tiers désigné comme persécuteur.

La demande doit être accompagnée de **2 certificats médicaux datant de moins de 15 jours** (le 1<sup>er</sup> certificat doit être réalisé par un médecin extérieur à l'établissement). Toutefois, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur de l'établissement peut prononcer l'hospitalisation avec un seul certificat d'un médecin de l'établissement, il s'agit d'une procédure de SPDT d'urgence.

Le malade fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale de 72 heures sous la forme d'une hospitalisation complète. Puis deux certificats médicaux (à 24h et à 72h) doivent confirmer la nécessité et la nature des soins.

L'hospitalisation peut se poursuivre au-delà de 12 jours sur autorisation du juge des libertés et de la détention (JLD), saisi par le directeur de l'établissement.

Au cours de l'audience du JLD, le malade peut être entendu, si besoin assisté ou représenté par son avocat. L'hospitalisation prend fin sur décision du psychiatre de l'établissement s'il constate la disparition des troubles chez le malade, ou bien du JLD de sa propre initiative ou sur demande d'un membre de la famille, ou encore du procureur de la République.

*3- Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat* : Lorsque le malade **compromet la sûreté des personnes ou porte gravement atteinte à l'ordre public**, le préfet peut prononcer son hospitalisation par arrêté, au vu du certificat médical d'un psychiatre. Les suites sont similaires avec un certificat à 24h puis à 72h. La fin de l'hospitalisation peut être décidée par le psychiatre, le JLD ou le Préfet.

*4- Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent* : L'hospitalisation peut être demandée par un médecin extérieur à l'établissement en présence d'un péril imminent, c'est-à-dire en cas de danger immédiat pour la santé ou la vie du malade, et s'il est impossible de recueillir une demande d'admission d'un tiers (tiers inconnu ou en cas de refus d'un membre de la famille de demander l'hospitalisation).

La demande doit être accompagnée d'un certificat médical adressé au directeur de l'établissement de son choix. Les suites sont similaires aux SPDT avec de nouveaux certificats à 24 et 72h.

Pour ma pratique future :

Je retiens donc ici la nécessité de dépister **le risque suicidaire** chez tout patient aux urgences, et ce d'autant plus dans une situation complexe comme celle à laquelle j'ai été confrontée. Cette patiente souffrait de troubles psychiatriques, mais également d'un isolement social et d'une vulnérabilité importante, qu'il conviendra

d'intégrer à mon examen et mon analyse de la situation à présent. Je pense en effet que la meilleure solution dans ce cas précis aurait pu être une hospitalisation libre, après discussion et entretien psychiatrique avec la patiente.

Références :

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761>

Article « Quels sont les critères d'hospitalisation en psychiatrie des patients suicidants ? » SFMU 2011

## **QUESTION 4 : Utilisation et prescription d'un transport et prise en charge**

Les différents types de transports existants sont : les transports individuels ou en communs ; le transport assis professionnalisé ; le transport en ambulance.

Un Arrêté du 23 décembre 2006 fixe le référentiel de prescription des transports, inscrit au code de la sécurité sociale. Celui-ci mentionne :

1- « Qu'un transport par ambulance peut être prescrit si l'assuré ou l'ayant droit présente **au moins** une déficience ou des incapacités nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise, un transport avec surveillance par une tierce personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène, un transport avec brancardage ou portage ; ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie »

2- « Qu'un transport assis professionnalisé peut être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit **s'il présente au moins une déficience ou incapacité** :

- **physique invalidante** nécessitant aide au déplacement
- **intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne**
- nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène
- ou nécessitant la prévention du risque infectieux par désinfection rigoureuse du véhicule
- ou pour un assuré ayant des risques d'effet secondaire pendant le transport ».

De plus une **Demande d'Entente préalable** doit être remplie pour tout transport :

- de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de 2 mois, au titre d'un même traitement) ;
- lié aux soins ou traitements dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) pour les enfants et les adolescents

**Les frais de transport** pris en charge par l'Assurance Maladie sont en général remboursés à 65%. Ce remboursement par la Sécurité Sociale est actif s'il s'agit :

- d'un transport lié à une **hospitalisation**
- d'un transport lié aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une **affection de longue durée** et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports
- d'un transport lié aux traitements ou examens en rapport avec un **accident du travail ou une maladie professionnelle**
- d'un transport en **ambulance**, lorsque l'état du patient nécessite d'être allongé ou sous surveillance ;
- d'un transport de **longue distance** (plus de 150 km aller) ;
- d'un transport **en série** (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement) ;
- d'un transport lié aux soins ou traitements d'enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Pour ma pratique future :

Dans ce cas précis, je retiens donc qu'il n'y avait a priori pas d'indication à une prescription médicale de transport. Celle-ci n'aurait pu être justifiée que si la patiente relevait d'une hospitalisation, ou bien d'une affection de longue durée pour ses troubles psychiatriques. En effet, je n'avais pas connaissance de son statut ALD au moment de la prise en charge. De plus, la longueur du trajet ne justifiait pas une prise en charge « trajet long » puisque le trajet Montluçon-Moulin ne fait que 84 km.

Cependant, mon examen plus poussé et l'aboutissement de cette consultation auraient très bien pu conclure à une déficience psychique nécessitant la présence d'une tierce personne pour cette patiente, et ce motif aurait pu justifier la prescription d'un transport professionnalisé pris en charge par l'Assurance Maladie.

Je retiens donc que le professionnalisme du généraliste inclut également une connaissance essentielle des techniques et procédures administratives liées aux soins.

#### Références :

www.ameli.fr

Référentiel de prescription des transports :

[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5041/document/referentiel-prescription-transports\\_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5041/document/referentiel-prescription-transports_journal-officiel.pdf)

## **Synthèse**

J'ai choisi cette situation abordée en GEASP car elle m'a profondément déstabilisée. J'ai ressenti le sentiment d'être sans moyen face à cette patiente, et je regrette de ne pas avoir pris plus de temps pour comprendre et écouter sa détresse.

C'est une situation de **premier recours** qui reflète la complexité de **l'approche globale de la complexité du patient**, dans les 3 domaines du biomédical, psycho-affectif et social.

Ce travail m'a permis d'enrichir mes connaissances dans le domaine administratif et socioprofessionnel sur les sujets de la prescription médicale d'un transport, et des aides mises à disposition pour les personnes en situation de précarité. Ce sont des sujets qui seront abordés dans ma profession de généraliste et je garde à l'esprit la nécessité de se faire aider et renseigner par les travailleurs sociaux, qui sont partie intégrante de notre réseau de soin et de travail en ambulatoire. Cet élément illustre l'importance de la **coordination des soins** dans notre quotidien.

J'ai également pu remettre à jour mes connaissances en ce qui concerne les critères d'hospitalisation en soins psychiatriques, libre ou sous contrainte. Ce sont des procédures importantes et précises, et il pourra m'arriver d'être confrontée à une urgence psychiatrique en ambulatoire. Ces situations sont complexes, et je retiens pour ma pratique future que le temps de l'entretien est essentiel. S'il n'est pas suffisant pour organiser un plan de soin en ambulatoire, je pense qu'il ne faut pas négliger les SPDT ou SPPI en cas d'urgence ou de danger pour le patient.

Enfin, sur le plan éthique, je ne me sentais pas à l'aise avec le jugement et l'orientation initiale « sociale pure » de cette patiente. Mes travaux sur la relation patient-médecin m'ont permis de remettre au centre de ma pratique future l'interrogatoire, **l'écoute, l'empathie et l'explication** au patient. De plus, je souhaite entretenir le plus de possible des relations symétriques et constructives avec ma patientèle future, afin de s'inscrire dans un **suiwi et une continuité des soins centrée sur l'approche patient et la communication**.

Critères	Phase socle			Phase d'approfondissement		
	P	A	I	P	A	I
<b>Narration de la situation</b>						
Caractère professionnel	xx					
Caractère narratif						
• Implication	xx					
• Précision	xx					
• Exhaustivité	xx					
<b>Complexité de la situation</b>	xx					
<b>Analyse de la décision</b>	x	x				
<b>Problématisation</b>						
• Identification des problématiques		xx				
• Rédaction de la problématisation	xx					
<b>Ressources bibliographiques</b>		xx				
<b>Réponses apportées</b>						
• Rédaction de la réponse	xx					
• Utilisation des ressources		xx				
<b>Synthèse des apprentissages réalisés</b>						
• Pour tous les RSCA	xx					
• Pour les RSCA en stage hospitalier	x	x				

## RCSA n°1

### Stage NNR de Novembre 2017 à Mai 2018

Une patiente de 27 ans se présente aux urgences, le motif d'entrée est « rapport non protégé ». Il est 4 h du matin et la nuit a été particulièrement chargée dans les étages avec des appels pas toujours justifiés. En descendant je n'ai qu'un espoir c'est retrouver les urgences vides et aller me coucher. Je me sens « sur les nerfs », énervée. Sur l'étagère des urgences je vois un dossier rose, et souffle, vraiment exaspérée, je sens que mes nerfs sont à vif.

Avant d'entrer dans le box je me dis que je n'ai jamais eu à être confrontée à un tel cas de figure, que je ne connais rien concernant cette question. Je m'attends à voir une jeune femme paniquée, peut être en pleurs, et je suis déjà très réticente à entrer dans le box parce que je ne sais pas comment orienter la consultation, comment l'aborder et comment la rassurer. Quand j'entre dans le box, la patiente est sur le brancard, elle écrit des messages sur son portable, en position « tailleur », ma première impression est que cette patiente ne semble pas du tout angoissée avec une posture plutôt décontractée, ce qui rentre en contraste par rapport à ce que je m'attendais à voir en rentrant dans le box. Je suis décontenancée par son attitude.

Ses vêtements sont plutôt provocants, elle est maquillée à outrance, c'est la première réflexion que je me fais en voyant la patiente, consciente que ce genre de jugement de valeur ne devrait pas traverser mon esprit dans un contexte de prise en charge d'un patient.

Malheureusement, c'est intuitivement la première pensée que j'ai en entrant. Et sur le moment je ne ressens pas de culpabilité à ce sentiment, je me sens énervée.

A l'interrogatoire, je lui demande ses antécédents, en particulier gynécologiques. Elle me rapporte avoir subi 2 IVG médicamenteuses, avoir pris plusieurs fois la pilule du lendemain et ne prendre aucune contraception, la pilule la faisant grossir, et avoue quelques fois omettre de mettre des préservatifs.

Elle me dit qu'elle a entendu parler d'une chimiothérapie prophylactique et qu'elle a eu un rapport non protégé ce soir, qu'elle ne connaît pas son partenaire, qu'elle le voyait pour la première fois ce soir. Elle voudrait cette prophylaxie car elle dit être angoissée par cet événement. Je me fais la réflexion que ses paroles ne sont pas en adéquation avec ce qu'elle laisse paraître. Je trouve son attitude très agaçante, elle me semble d'une nonchalance incroyable. Je me dis que si j'étais à sa place je ne réagis pas du tout comme elle le fait. Pour être tout à fait honnête je n'ai aucun souvenir des recommandations quant à la prise en charge d'un tel cas. Je sens la fatigue et ça obscurcit mon jugement. C'est la nuit, je n'ai pas de chef avec moi.

Je ne sais pas trop au niveau de l'interrogatoire jusqu'où je dois aller au niveau de mes questions, la patiente continue d'écrire des messages pendant que je m'entretiens avec elle, cela a tendance à m'agacer et j'ai du mal à le dissimuler, je trouve cela irrespectueux et le manque de sommeil doit exacerber mon manque de patience. Je n'ai pas l'impression que ce soit la première fois qu'elle entreprend une telle démarche et qu'elle ait réellement conscience que la prise de tels traitements en prophylaxie n'est pas quelque chose d'anodin. Je la trouve détachée, nonchalante et je n'arrive pas à concevoir qu'une personne puisse avoir ce comportement dans une telle situation.

Je réveille mon sénior, ne sachant pas du tout comment prendre en charge un tel cas. Elle me dit que de toutes façons cette patiente aura un traitement prophylactique, elle me présente un formulaire à délivrer à la patiente avec des questions précises et qu'il faut prendre un rendez-vous à 3 semaines en médecine infectieuse. Nous allons voir la patiente ensemble. Ma sénior lui pose les questions du formulaire et lui dit que cela nécessitera une prise de sang notamment son bilan hépatique et rénal. Je reste en arrière plan, et me rend compte que je

m'appuie totalement sur la présence de la sénior, je n'arrive pas à m'impliquer dans l'entretien. Je suis très peu investie dans l'entretien.

Après cet entretien, mon sentiment est le même, j'ai l'impression que la patiente n'est pas consciente du fait que ce traitement n'est pas anodin et que elle risque de se représenter au service des urgences pour ce même motif.

Je reviens dans le box après le passage de ma senior. Je lui dis à la fin de l'entretien, que je pense qu'elle est au courant mais que je tiens quand même à lui dire qu'il est très important de se protéger, que ne pas le faire est très risqué par rapport aux MST et particulièrement le VIH. Mais je lui dis cela alors que je suis debout, à quelques mètres de la porte d'entrée, alors que je sais pertinemment que de telles recommandations nécessiteraient au moins que je m'assois en face d'elle, plus proche. Je dois avouer que je le fais presque de manière automatique, sans grande conviction, ayant l'impression que mes recommandations ne font que « glisser » sur cette patiente.

Aujourd'hui, avec le recul, je pense que ces réflexions ont été parasitées par mon jugement peut être négatif que j'ai pu avoir de cette jeune femme, par rapport à son attitude et sa manière d'être habillée ainsi que le manque de sommeil qui de toute façon, je le sais, altère mon jugement.

J'ai un sentiment de culpabilité du fait de mon attitude détachée, presque froide. Je n'arrive pas à me reconnaître et pourtant c'était bien moi dans ce rôle de « médecin », intolérant, distant et détaché de la situation.

#### Questions :

Quelles sont les indications d'une trithérapie prophylactique dans un contexte de rapport sexuel non protégé?

Quel suivi biologique et clinique mettre en place après la prescription d'une trithérapie préventive dans ce contexte ?

Comment faire comprendre au patient que la trithérapie préventive n'est pas anodine et pas comparable à une pillule du lendemain ?

## Recherches :

### Question n° 1

Quelles sont les indications d'une trithérapie prophylactique ?

La trithérapie doit être prise idéalement dans les 4 h qui suivent le rapport sexuel. Au plus tard jusqu'à 48 h après l'exposition sexuelle.

Il est nécessaire de connaître la date exacte ainsi que l'heure exacte du rapport avant d'instaurer la thérapeutique.

L'indication d'une trithérapie aux urgences après exposition dépend du statut VIH du partenaire, de son groupe de prévalence et également de la pratique sexuelle mise en cause.

Les groupes dits à prévalence élevée se trouvent être des groupes avec comme caractéristiques :

Homosexuel ou hétérosexuel multi partenaire

Travailleurs du sexe

Personne originaire d'une région où la prévalence du VIH est supérieure à 1 % ( Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie)

Usager de drogue injectable

Le groupe à risque faible est un groupe qui comprend tous les autres cas.



Les pratiques sexuelles sont définies comme :

Rapport anal réceptif

Rapport anal insertif

Rapport vaginal réceptif

Rapport vaginal insertif

Fellation réceptive avec éjaculation

Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive.

Globalement, chez des partenaires à prévalence élevée, la TPE est indiquée à chaque fois sauf dans le cas d'une fellation réceptive sans éjaculation ou insertive.

Pour un partenaire à la prévalence faible ou inconnue, elle n'est pas indiquée.

Ces recommandations ne semblent pas suivies, en tous les cas par les urgentistes que j'ai cotoyé, en effet après interrogation auprès de séniors, il semble que la TPE soit bien plus largement prescrite.

Je me rends compte qu'il est nécessaire de poser des questions relativement intimes à la patiente, ce que je n'ai pas du tout fait spontanément.

De plus il me paraît délicat d'évaluer de manière pragmatique un « risque » et de refuser une trithérapie préventive à une patiente si celle-ci ne rentre pas dans les recommandations. Cette question pouvant être très anxiogène.

Je suis consciente que ce traitement est à la fois couteux et pourvoyeur d'effets indésirables potentiels, cependant il me paraît très délicat de refuser une trithérapie préventive à une patiente, angoissée.

Les molécules à prescrire en première intention sont :

TENOFOVIR+EMTRICITABINE+RILPIVIRINE

Ces traitements sont à prendre pendant 28 jours après l'exposition si la situation est jugée à risque par le médecin référent.

Sources :

*Présentation Power Point, Dr JACOMET, AES, Février 2018-04-30 Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH,*

*Recommandations du groupe d'expert, sous la direction du Dr Philippe MORLAT, et sous l'égide du CNS et ANRS*

<http://www.arcat->

[sante.org/a/articleJDS/742/Le traitement post exposition TPE Traitement Post Extase](http://www.arcat-sante.org/a/articleJDS/742/Le_traitement_post_exposition_TPE_Traitement_Post_Extase)

<http://www.enipse.fr/2016/09/tpe/>

## Question 2

Quel suivi biologique et clinique mettre en place après la prescription d'une trithérapie préventive ?

La trithérapie doit être prise au plus tard jusqu'à 48h après l'exposition. Elle est prescrite pour une durée initiale de 48h à 96 h ( les urgentistes ont un kit d'urgence à cet usage) à l'issue desquelles le patient est vu par un médecin référent, le plus souvent un médecin infectiologue, avec les résultats d'un bilan prescrit.

Un médecin généraliste ne peut prescrire cette trithérapie, seul un médecin hospitalier (médecin urgentiste ou médecin référent hospitalier) le peut.

En fonction du bilan et de l'histoire du patient, c'est le médecin référent qui décide de la poursuite de la trithérapie pendant 28 jours.

Il reverra le patient 10 jours après afin de vérifier la tolérance à la fois clinique et biologique du traitement s'il décide de continuer la trithérapie.

Entre le 1<sup>er</sup> et le 4<sup>ème</sup> jour post exposition, il est nécessaire de prélever :

Sérologie VIH, VHC, syphilis, anti HBS ou Ag HBs ou anti HBc et anti HBs

ALAT

Créatinine

B HCG

En Semaine 2 :

ALAT, créatinine

En Semaine 6

Sérologie VIH, Sérologie Syphilis

ALAT ARN VHC

En semaine 12 :

Sérologie VIH

Sérologie VHC

Ag hbS , anti HBc et anti Hbs

En d' autres termes, le suivi de cette exposition éventuelle est un suivi qui se fait sur au moins 3 mois après l' exposition.

Source :

[https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/sida-vih-le-traitement-post-exposition-tpe-comment-ca-marche\\_1504804.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/sida-vih-le-traitement-post-exposition-tpe-comment-ca-marche_1504804.html)

Présentation Power Point, Dr JACOMET, AES, Février 2018-04-30 Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH,

[www.lecrips-idf.net/miscellaneous/decryptage-traitement-post-exposition-vih.htm](http://www.lecrips-idf.net/miscellaneous/decryptage-traitement-post-exposition-vih.htm)

### Question n°3

Comment faire comprendre au patient que la trithérapie préventive n'est pas anodine et pas comparable à une pilule du lendemain ?

Même s'il est important de ne pas faire culpabiliser le patient, dans ce cas précis, mon sentiment est que la trithérapie préventive n'est pas perçue par la patiente comme un traitement d'urgence, qui doit rester exceptionnel.

Mes recherches montrent que le coût d'une trithérapie préventive est important, environ 800 à 1000 euros pour 28 jours de traitement. Cependant cet argument est souvent non entendu par le patient. Cet argument ne peut être utilisé comme argument dissuasif.

Ce traitement étant pris en charge à 100 % par l' assurance maladie, cet argument est souvent inefficace et contre productif. Il faut tout de même savoir que les consultations et les examens biologiques ne sont pris en charge qu' à 65/70 %.

Mes recherches m'ont également appris les effets indésirables des trithérapies, les effets indésirables les plus fréquents sont des nausées, des vomissements, une grande asthénie, diarrhée, douleurs abdominales importantes. Certains médicaments peuvent entraîner des troubles du bilan hépatique et des troubles lipidiques ( lipodystrophies ).

De plus, le traitement est long, il s' agit de prendre ces médicaments à raison de 2 prises de 5 comprimés par jour, et ce pendant 4 semaines La surveillance se fait sur plusieurs mois après le rapport non protégé., jusqu' à 3 mois pour le suivi de la sérologie VIH.

J'ai également appris que cette trithérapie n'est pas préventive à 100 %, même si je n'ai pas réussi à me procurer des documents concernant ce taux d' échec. Il est admis que le traitement réduit les risques de 80 %, mais aucune étude n'existe à ce jour.

Sources :

[http://www.lepoint.fr/societe/la-trithérapie-d-urgence-meconnue-et-pourtant-si-efficace-30-03-2012-1446799\\_23.php](http://www.lepoint.fr/societe/la-trithérapie-d-urgence-meconnue-et-pourtant-si-efficace-30-03-2012-1446799_23.php)

<http://www.survivreausida.net/a4647-le-traitement-d-urgence.html>

[https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/sida-vih-le-traitement-post-exposition-tpe-comment-ca-marche\\_1504804.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/sida-vih-le-traitement-post-exposition-tpe-comment-ca-marche_1504804.html)

### Synthèse :

Cette situation m'a parue intéressante parce qu'elle reste relativement fréquente en médecine générale et que mes connaissances sur cette question étaient très limitées. De plus, cette situation de soin m'a déstabilisée car je n'ai pas réussi à m'impliquer dans la prise en charge du fait, je le sais, d'un manque de sommeil et un manque d'empathie ressentie envers la patiente.

Je me rends compte que je n'ai pas abordé cette patiente de manière détachée et sans jugement de valeur comme le voudrait en théorie l'exercice de la médecine. Le manque de sommeil a exacerbé ce fait.

Je me rends compte qu'il est difficile de garder des qualités humaines qui semblent inhérentes à l'exercice de la médecine selon l'état de fatigue dans lequel nous nous trouvons. La nervosité, l'agacement parasitent le jugement et la manière d'appréhender le patient et mon expérience n'est pas suffisante pour arriver à contrôler cet état de fait ou du moins le masquer. Un manque d'affect dans la relation médecin/malade, d'empathie, du fait de son comportement et de mon agacement, a entraîné chez moi une analyse superficielle de la situation, je n'ai pas creusé suffisamment, en restant sur mes acquis et en comptant beaucoup trop sur l'intervention du sénior, avec cet argument qui semble aujourd'hui dérisoire : « je ne sais pas donc je l'attends ».

Du fait de mon jugement négatif et de la carence en sommeil, j'y ai mis moins d'investissement dans la compréhension et l'écoute de sa situation. Je ne me suis pas sentie impliquée, j'ai donc passé un message de prévention sans grande conviction, presque de manière automatique.

Il est clair que je n'ai pas posé les bonnes questions, que je n'ai pas instauré un climat de confiance ce qui est pourtant un point central dans la relation médecin/malade. Cependant il me semblait difficile de le faire étant donné l'apparence de détachement qu'elle arborait à ce moment là.

Je me suis trop appuyée sur la venue de ma sénior, et je n'ai donc pas posé les questions qu'il fallait dans cette circonstance.

Cependant je pense que mon analyse de la situation était plutôt pertinente, étant persuadée que cette jeune femme ne présentait pas véritablement de signes d'anxiété et qu'elle ne semblait pas véritablement réaliser que cette thérapeutique est une thérapeutique d'urgence, qui n'est pas anodine.

Cette situation et son analyse m'ont permis de pouvoir améliorer ma pratique et développer les compétences suivantes :

#### La relation, la communication, l'approche centrée sur le patient :

J'ai constaté durant cet entretien, mes limites dans la relation avec le patient et la façon dont gérer un entretien dans lequel je ne me sens pas à 100 % impliquée, ou je n'arrive pas à trouver les ressources pour développer de l'empathie pour le patient..

Je n'ai pas su mettre en place les conditions pour avoir un environnement sécurisant qui permette au patient de se confier. Je n'ai pas su aller au delà de mes jugements, et sensations afin de prendre en charge de manière optimale la problématique. J'ai donc appris sur ma pratique et sait quels points je dois améliorer.

J'ai amélioré la compréhension d'une situation par rapport à une communication non verbale et su analyser de manière pertinente une situation sur l'analyse d'un comportement, d'une gestuelle.

#### L'approche globale, la complexité, la prise en charge médico-psycho sociale

J' ai appris à me référer à des recommandations de bonne pratique et à les adapter à un cas concret.

Le premier recours, l'incertitude, les urgences

J'ai développé ma capacité à prendre une décision dans un contexte d'incertitude, en tant que médecin de premier recours. Il est clair que dorénavant je saurai comment orienter l'entretien, notamment quelles questions poser afin d'orienter ma prise de décision quant à une éventuelle thérapeutique

La continuité des soins, le suivi et la coordination des soins :

J'ai amélioré mes capacités me permettant d'assurer la continuité des soins.

L'éducation, le dépistage, la prévention, la santé individuelle et communautaire :

J' ai amélioré mes compétences quant à la compréhension de mon patient sur son état de santé et les démarches à mettre en œuvre pour permettre de prévenir un risque.

Je suis consciente que dans cette situation, je n'ai pas du tout été performante dans mon message de prévention. J'ai appris dans cette situation à améliorer la façon de délivrer un message préventif chez un patient qui n' est pas forcément prêt à l' entendre.

Le professionnalisme

J' ai pu améliorer mes compétences professionnelles par une pratique réflexive, en identifiant mes besoins de formation et en évaluant ma pratique. J' ai bien identifié le fait que mon approche n' était pas bonne dans ce cas là, que j' avais besoin de progresser quant à ma manière d' appréhender le patient, ma manière de communiquer avec le patient.

J' ai également su identifier qu' il fallait que je progresse en faisant abstraction de sentiments personnels, jugements, sensations, pour appréhender pleinement la problématique du patient et pouvoir y répondre correctement.

Critères	Phase socle			Phase d'approfondissement		
	P	A	I	P	A	I
<b>Narration de la situation</b>						
Caractère professionnel	x	x				
Caractère narratif						
• Implication	xx					
• Précision	xx					
• Exhaustivité	x	x				
<b>Complexité de la situation</b>		xx				
<b>Analyse de la décision</b>			xx			
<b>Problématisation</b>						
• Identification des problématiques		xx				
• Rédaction de la problématisation			xx			
<b>Ressources bibliographiques</b>		x	x			
<b>Réponses apportées</b>						
• Rédaction de la réponse		xx				
• Utilisation des ressources		xx				
<b>Synthèse des apprentissages réalisés</b>						
• Pour tous les RSCA		xx				
• Pour les RSCA en stage hospitalier			xx			

**Annexe VI. Grille d'aide à la construction d'un RSCA actuellement utilisée au DMG de Clermont-Ferrand**

COMMENT FAIRE UN RSCA (RECIT DE SITUATION COMPLEXE et AUTHENTIQUE) ?				
Faire un RSCA ce n'est pas faire une page d'écriture, c'est un travail personnel pour exercer et démontrer vos <b>capacités de réflexion</b> en situation de soins, à partir d' <b>une situation vécue en autonomie</b> . Cette grille est un outil à la fois pour vous aider à auto-évaluer la qualité de votre travail, et pour aider la supervision par votre tuteur ou votre maître de stage				
La méthode		Les critères d'évaluation		
<i>Pas à pas</i>	<i>Les consignes</i>	<i>non conforme</i>	<i>pouvant être amélioré</i>	<i>conforme aux attentes</i>
Quelle situation choisir ?				
1	<b>PERTINENCE ?</b>	Situations de MG ou hospitalières, à forte prévalence en soins primaires, ou pertinente dans l'exercice de votre profession	"histoire de chasse" ou "mouton à 5 pattes"	toutes les autres
2	<b>COMPLEXITE ?</b>	Indices nombreux qu'il faut aller chercher dans tous les champs biomédicaux, psycho-affectifs, sociaux, éthiques. Les incertitudes diagnostiques ou thérapeutiques font envisager plusieurs stratégies possibles	Décrit une simple difficulté diagnostique	il manque des indices selon consignes
Comment faire un récit ?				

3	<b>RECIT</b>	Un bon récit est un récit à la fois subjectif où l'interne s'implique (il emploie le "je") et objectif, s'appuyant sur les faits. Il reflète le discours de chacun (patient, médecin). Il relate bien l'histoire et la trajectoire du patient, il décrit précisément le déroulé des faits et gestes des protagonistes. Il rapporte des informations sur son ressenti	simple observation médicale	ébauche de dialogue, d'éléments introspectifs sur ses pensées, son ressenti, informations non verbales identifiées	les règles du "je", des dialogues, les comportements verbaux et non verbaux sont relatés, les réflexions personnelles et le cheminement diagnostic durant la consultation sont exposés
Comment problématiser et exposer les résultats de vos recherches ?					
4	<b>PROBLEMES posés par cette consultation et que j'ai du résoudre</b>	ceux que j'ai su gérer, et ceux que je n'ai pas su résoudre	ne cerne que les problèmes biomédicaux ou les identifie mal sans pertinence avec ce qui s'est vraiment passé durant la consultation ou l'acte de soins	repère des difficultés de différents ordres mais pas forcément les plus pertinentes dans la situation donnée	<b>Identifie</b> clairement les <b>difficultés</b> de la consultation et les problèmes qu'il a eu, pour "résoudre" la situation ; <b>hiérarchise</b> les problèmes de façon pertinente
5	<b>Quelles QUESTIONS je me pose pour résoudre les problèmes ?</b>	Les questions doivent être précises dans l'objectif d'apporter des réponses pertinentes aux problèmes posés. Exemple: découverte d'un diabète de type II chez un patient obèse, j'ai eu du mal à gérer le traitement ; la question n'est pas: <i>quels sont les ttt du diabète ?</i> Mais: si je fais le choix d'un ttt, par quel traitement commencer chez ce diabétique de type II en surpoids ?.	absentes ou incohérentes	cohérentes mais incomplètes	cohérentes et complètes

6	<b>RECHERCHE pour trouver des solutions à mes questions</b>	Mes recherches bibliographiques (Références à rédiger en "vancouver"). Consulter sur l' ENT : <a href="http://bibliotheque.clermont-universite.fr/boite-outils/guide-r-daction-bibliographie-destination-doctorants-clermontois">http://bibliotheque.clermont-universite.fr/boite-outils/guide-r-daction-bibliographie-destination-doctorants-clermontois</a> . Rédiger un résumé de vos recherches (pas de copier coller d'une reco.)	fragmentaires , mal rédigées, sans lien avec les questions identifiées	partiellement centrées sur les questions	bien centrées sur les questions , définir le niveau d'exhaustivité ( la littérature mondiale ? française ? en médecine générale ?), avec niveau de preuve si possible
7	<b>Que disent mes recherches ?</b>	Ce que j'ai appris de mes recherches bibliographiques qui va me permettre de modifier ou valider ma pratique	pas de synthèses par question	trop générales	Une conclusion précise par question de recherche comparant ce que j'ai fait et ce que j'aurais pu faire (si j'avais fait mes recherches avant)
<b>Comment conclure son RSCA ?</b>					
7	<b>SYNTHESE</b>	Qu'est ce que j'ai appris en faisant ce travail . Quel lien entre tout ce qui vient d'être écrit et les compétences professionnelles symbolisées par la "marguerite"	pas de synthèse pas de lien établi avec les compétences professionnelles	trop générale	bien orientée vers une pratique professionnelle future; évoque les incertitudes, les doutes diagnostiques et les alternatives thérapeutiques; appréhende de façon exhaustive les compétences professionnelles réellement travaillées

**(Conseil national de l'ordre des médecins)**

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

## RÉSUMÉ

Contexte : Dans tous les départements de médecine générale français (DMG), il est demandé aux étudiants de produire des récits de situation complexe authentique (RSCA). L'évaluation de ces traces écrites d'apprentissages (TEA), explorant les qualités réflexives, n'est pas homogène, d'un superviseur à l'autre, au sein d'un même DMG, et même entre les différents DMG. Les étudiants du DES sont dans l'attente d'une harmonisation des pratiques évaluatives. Le collège national des généralistes enseignants (CNGE) propose depuis mai 2018 une grille d'évaluation obtenue par consensus formalisé (RSCA : de l'idée à la réalisation. A.Taha). Cette grille critériée permet d'inférer pour chaque partie d'un RSCA le niveau atteint par la production de l'étudiant et définir en conformité avec les attentes de la réforme du 3ème cycle, les niveaux attendus en fin de phases socle et d'approfondissement. Nous rapportons ici l'expérience de notre DMG dans l'utilisation de ce nouvel outil dans l'évaluation des premiers RSCA de la promotion 2017.

Objectifs : Déterminer le niveau atteint, par les premiers RSCA des internes de la promotion 2017 de notre faculté ayant validés leur phase socle.

Méthodes : Evaluation des 63 premiers RSCA avec la grille du CNGE. Double évaluation indépendante par un binôme composé du thésard (interne en MG) et d'un enseignant du département responsable pédagogique. Recours à un troisième relecteur indépendant en cas de désaccord afin d'aboutir à un consensus à 3 pour validation de la cotation.

Résultats : Nos résultats montrent qu'un grand nombre d'internes obtiennent au moins un critère insuffisant : 63,5% en prenant la cotation la plus sévère et 44% la moins sévère. 22 RSCA ont nécessité l'intervention du 3<sup>ème</sup> évaluateur.

Limites : Notre évaluation s'est faite à postériori avec un outil que les étudiants n'avaient pas utilisé.

Conclusion : Il existe un différentiel important entre les niveaux acceptés pour valider la phase socle dans notre département et les critères proposés par la grille. Ce nouvel outil ne nous semble pas, dans sa forme actuelle, utilisable à des fins sanctionnantes en fin de phase socle. Chaque item comprend parfois plusieurs descripteurs rendant la cotation ambiguë. En revanche, il peut constituer un outil pertinent pour aider les étudiants à comprendre les attendus d'un RSCA.

Mots clés :

- Récit
- RSCA
- Évaluation compétences
- Traces écrites
- Internes
- Médecine générale
- Pédagogie