

## **FACULTE DE MEDECINE de CRETEIL**

8 rue du général Sarrail - 94010 CRETEIL cedex  
☎ 01.49.81.35.06 - 📠 01.49.81.37.94

# **LE STAGE EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE DE NIVEAU 1 ET LES STAGES COURTS**

# **CARNET DE VALIDATION**

# **DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE**

**Coordonnateur du département, Professeur des Universités,**  
Claude Attali

**Coordonnateur honoraire du département, Professeur associé des Universités**  
Jean-Pierre Wainsten

**Coordonnateur adjoint, Professeur associé des Universités**  
**Responsable du tutorat et des stages**  
Vincent Renard

**Maître de Conférence associé des Universités**  
**Responsable de la formation et des stages**  
Michel Medioni

**Maître de Conférence associée des Universités**  
**Responsable de l'évaluation et de la certification**  
**Responsable du 2ème cycle**  
Laurence Compagnon

**Maitre de Conférence Associé des Universités**  
**Responsable de la recherche et des thèses**  
Jacques Cittée

**Maitre de Conférence Associé des Universités**  
Christian Dumay

**Responsable du site internet**  
Hubert Zerbib

**Chefs de clinique**  
Séverine Broli      Memtolom Djassibel      Emilie Ferrat      Julien Le Breton

## **Chargés d'enseignement clinique :**

Dr Sabine Abitbol, Dr Didier Béguin, Dr Sandrine Bercier, , Dr Olivier Bismuth, Dr Samuel Chartier, Dr Jacques Cittée, Dr Christian Clément, Dr Valérie Culang, Dr Xavier Demoucron, Dr Christian Dumay, Dr Bernard Elghozi, Dr Pierre Eterstein, Dr Thierry Froissant, Dr Elie Ghebali, Dr Jean-Louis Lemoine, Dr. Gérard Leroux, Dr. Hervé Mangin, Dr Patrick Martin, Dr Christiane Massicot, Dr Daniel Maury, Dr Sylvie Motteau, Dr Gilles Noussenbaum, , Dr Vincent Philippe, Dr Christine Piot, Dr Fabien Quedeville, Dr Sharam Saïdi, Dr Philippe Salagnac, Dr Claude Scali, Dr Sylvain Sciarrafa, Dr Alain Spicq, T Dr Thierry Ulliac, Dr Philippe Veinberg, Dr Benoît Weiler, Dr Jean Luc Weiler.

**Secrétariat du Département Universitaire d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale :** Mme Anne Marie FORGEAS      ☎ 01.49.81.37.21

## **SCOLARITE 3<sup>ème</sup> CYCLE**

Chef du service de la scolarité : Mme Bernadette FAURE      ☎ 01.49.81.43.98  
Responsable du 3<sup>ème</sup> cycle : Mme Sylvie LOUBET      ☎ 01.49.81.35.04  
Secrétariat du troisième cycle: Mme Nicole RAKOTOVELO      ☎ 01.49.81.35.06  
Responsable des thèses : Mme Evelyne DECNEUVELE      ☎ 01.49.81.35.05

La validation de votre stage est fonction de votre investissement et de votre travail au cours du stage. Elle témoigne que vous avez acquis une autonomie dans le contexte de la médecine générale ambulatoire, et que vous avez développé des compétences en rapport avec les 6 compétences génériques listées dans votre carnet de stage.

Elle est prononcée d'une part au vu

1/ du travail que vous aurez réalisé (Cf. Portfolio)

Ce travail que vous réalisez est constitutif de votre mémoire de DES. Ce dernier regroupera l'ensemble de vos travaux effectués durant le 3ème cycle; les travaux qui vous sont demandés en liaison avec vos différents lieux d'enseignement vous permettent de construire progressivement votre mémoire tout au long de votre cursus.

2/ du déroulement du stage (Cf. Grille Maître de Stage **MSU**).

1/ Votre portfolio comprend le journal de bord, les comptes rendus des groupes d'échanges et d'analyse des pratiques GEAP et le récit de situation complexe authentique (RSCA) définis dans le carnet de stage. Ils auront fait l'objet du travail tout au long de votre stage et été supervisés par votre **MSU**. Ils peuvent être achevés et visés par votre **MSU** à partir du dernier mois de ce stage. Ils sont alors mis à disposition de votre tuteur pour évaluation. Une fois que votre tuteur aura eu le temps d'en prendre connaissance, l'échange que vous aurez avec lui comportera au minimum un entretien individuel. Le tuteur pourra vous conseiller d'améliorer ou de revoir certaines parties de votre travail s'il n'est pas suffisant pour être validé, et en informera votre maître de stage. Pour la validation de votre production, les échanges avec votre tuteur pourront donc nécessiter des échanges de courriels, ou plusieurs entretiens.

2/ La grille d'évaluation du **MSU** sera remplie par ce dernier. Il la signera et la tamponnera au cours d'un entretien explicatif qu'il aura avec vous en conclusion de votre stage.

Aucun stage ne peut être validé définitivement avant le dernier jour du semestre définissant la période de stage. La validation du stage nécessite que la scolarité ait reçu ce carnet de validation rempli et qu'elle ait été informée par votre **MSU** et par votre tuteur de votre validation conformément aux procédures définies ci-dessus.

# VALIDATION DU PORT – FOLIO PAR LE TUTEUR

## Journal de bord

Votre journal de bord doit rendre compte de la chronologie de votre stage, être renseigné tous les jours d'activité, avec mention toutes les semaines de ce qui vous paraîtra remarquable et ayant nécessité une adaptation de votre part. Vous mentionnez pour chacun des travaux que vous effectuez le numéro de l'item de la grille (de 1 à 10) dans lequel ce travail s'inscrit.

Il est élaboré sous la supervision de votre **MSU**, de préférence pendant votre présence au cabinet médical. Pour aider à la réalisation de ce journal, vous améliorerez votre production lors de certains enseignements à la faculté. Les items comportent une évaluation quantitative et qualitative. Le tuteur vérifiera la pertinence de votre production selon les critères de la grille

**Vous devez adresser à votre tuteur une version intermédiaire de ce journal de bord une fois effectués 3 mois de stage.**

Les items sont cotés P Pertinent, A améliorable, I insuffisant. Aucun item ne doit être coté I pour que le journal de bord soit validé. Tout item coté I ou A peut faire l'objet d'une demande d'amélioration de la part du tuteur.

JOURNAL DE BORD AMBULATOIRE (JDBA)			
EVALUATION (Critères d'évaluation listés ci-dessous )	P	A	I
1/ Situations cliniques inédites de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage (au moins 10)			
2/ Prescriptions médicamenteuses nouvelles (au moins 5)			
3/ Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés (au moins 3)			
4/ Difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage (au moins 3)			
5/ Procédures médico administratives (au moins 2)			
6/ Situations de soins non programmés vous ayant posé problème (au moins 3)			
7/ Pratique de gestes techniques utiles en soins primaires (au moins 3)			
8/ Evaluation par le senior de la compétence à communiquer avec le patient selon les critères de la grille Calgary simplifiée (au moins 1)			
9/ Exemples de l'apport d'articles de la littérature utiles pour réévaluer la décision (au moins 5)			
10/ Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utile pour modifier votre décision (au moins 5)			
<b>EVALUATION GLOBALE</b>			

## **Critères d'évaluation de chaque item de la grille**

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

**P** Des situations cliniques de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation sont rapportées et datées, en lien avec les soins primaires, de prévalence importante, dont les tableaux et la démarche sont bien décrits, dont des solutions adéquates sont rapportées avec mention du niveau de preuve, avec des synthèses concises et pertinentes des apprentissages effectués

*A Les situations cliniques sont rapportées, datées, en lien avec les soins primaires, de prévalence moyenne ou importante, dont les tableaux ou la démarche ne sont que partiellement décrits, dont des solutions adéquates ou discutables sont rapportées avec ou sans mention du niveau de preuve, avec des synthèses discutables des apprentissages effectués.*

*I Les situations biomédicales rapportées sont en nombre insuffisant, sans lien direct avec les soins primaires, ou de prévalence faible ou moyenne, ou dont les tableaux ou la démarche ne sont pas bien décrits, ou dont des solutions ne sont pas rapportées ou sont inadéquates, ou sans synthèse des apprentissages effectués.*

### **2/ Prescriptions médicamenteuses nouvelles**

**P** Les prescriptions médicamenteuses nouvelles sont rapportées et datées, en lien avec les soins primaires, avec un contexte de prescription bien décrit, avec mentions des dénominations communes, des classes thérapeutiques et des équivalents, d'une sélection raisonnée des indications, des contre-indications et des éventualités iatrogènes, d'une synthèse de l'avis de la commission de transparence, du SMR et de l'ASMR, de l'avis de la revue Prescrire.

*A Les prescriptions médicamenteuses sont rapportées et datées, en lien avec les soins primaires, avec un contextes de prescription partiellement décrit, avec mentions des dénominations communes, une sélection discutable des classes thérapeutiques ou des équivalents, ou des indications et contre-indications, ou des éventualités iatrogènes, ou avec synthèse insuffisante de l'avis de la commission de transparence, du SMR et de l'ASMR, de l'avis de la revue Prescrire..*

*I Les prescriptions médicamenteuses rapportées sont en nombre insuffisant, ou sans lien direct avec les soins primaires, dont les contextes ne sont pas ou mal décrits, ou sans mention des dénominations communes, des classes thérapeutiques ou des équivalents, ou des indications et contre-indications, ou des éventualités iatrogènes, ou avec absence de l'avis de la commission de transparence, du SMR et de l'ASMR, de l'avis de la revue Prescrire.*

### **3/ Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés**

**P** Les incidents iatrogènes sont rapportés et datés, dont les contextes de survenue possibles en soins primaires sont bien décrits, dont la responsabilité est analysée, pour lesquels les rapports bénéfices risques du ou des interventions en cause sont évalués, et les solutions exposées pour les éviter sont pertinentes

*A Les incidents iatrogènes sont rapportés et datés, dont les contextes de survenue possibles en soins primaires ne sont que partiellement décrits, ou dont la responsabilité n'est que partiellement analysée, ou pour lesquels les rapports bénéfices risques du ou des médicaments en cause ne sont que partiellement évalués, ou les solutions exposées pour les éviter sont discutables*

*I Les incidents iatrogènes rapportés sont en nombre insuffisant, ou sans lien avec les soins primaires, dont les contextes de survenue ne sont pas ou mal décrits, ou dont la responsabilité n'est pas analysée, ou pour lesquels les rapports bénéfices risques du ou des médicaments en cause ne sont pas évalués, ou les solutions exposées pour les éviter sont absentes ou inadaptées.*

### **4/ Difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage**

**P** Les problèmes relationnels sont rapportés et datés, dont les contextes de survenue sont bien décrits, dont les genèses sont bien analysées, dont les conséquences sont évaluées, avec élaboration d'alternatives relationnelles possibles (incluant en stage ambulatoire les analyses faites lors du module accompagnement de l'interne)

*A Les problèmes relationnels sont rapportés et datés, dont les contextes de survenue ne sont que partiellement décrits, ou dont l'analyse des genèses sont discutables, ou dont les conséquences ne sont que partiellement analysées, ou dont les alternatives relationnelles envisagées sont discutables*

*I Les problèmes relationnels sont rapportés en nombre insuffisant, ou dont les contextes de survenue ne sont pas ou mal décrits, ou dont les genèses ne sont pas analysées ou dont les conséquences ne sont pas évaluées, ou dont les alternatives relationnelles sont absentes ou inadaptées*

## **5/ Procédures médico administratives**

**P** Les procédures médico administratives sont décrites et datées, applicables à des patients pris en charge en ambulatoire, listant clairement les étapes à effectuer, et décrivant les avantages et les inconvénients pour le patient

*A Les procédures médico administratives sont décrites et datées, plus ou moins applicables à des patients pris en charge en ambulatoire, ne listant que partiellement les étapes à effectuer, ou ne décrivant qu'incomplètement les avantages et les inconvénients pour le patient*

*I Les procédures médico administratives sont mal décrites, ou ne concernant pas des patients pris en charge en ambulatoire, ou ne listant pas les étapes à effectuer, ou ne décrivant pas les avantages et les inconvénients pour le patient*

## **6/ Situations de soins non programmés vous ayant posé problème**

**P** Les situations de soins non programmées issues de garde ou de l'activité quotidienne, sont décrites et datées, en lien avec les soins primaires, ne concernent pas des urgences vitales, avec des tableaux bien décrits, dont la synthèse concise et pertinente rapporte les particularités de la décision prise dans le cadre des soins non programmés.

*A Les situations de soins non programmées issue de garde ou de l'activité quotidienne, sont décrites et datées, plus ou moins en lien avec les soins primaires, ne concernent pas des urgences vitale, avec des tableaux partiellement décrits, ou dont la synthèse adéquate ou discutable rapporte imparfaitement les particularités de la décision prise dans le cadre des soins non programmés.*

*I Les situations de soins non programmées issues de garde ou de l'activité quotidienne sont rapportées en nombre insuffisant, ou sont sans rapport avec les soins primaires ou concernent des urgences vitale, ou dont les tableaux ne sont pas bien décrits, ou dont la synthèse est absente ou ne rapporte pas les particularités de la décision prise dans le cadre des soins non programmés.*

## **7/ Pratique de gestes techniques utiles en soins primaires**

**P** Les situations cliniques ayant nécessité un geste diagnostique ou thérapeutique sont rapportées et datées, en lien avec les soins primaires, avec des tableaux bien décrits, dont l'indication du geste technique et ses alternatives éventuelles sont discutées avec mention du niveau de preuve éventuel, et dont la synthèse concise et pertinente mentionne les apprentissages et les difficultés rencontrées

*A Les situations cliniques ayant nécessité un geste diagnostique ou thérapeutique sont rapportées et datées, plus ou moins en lien avec les soins primaires ou avec des tableaux partiellement décrits, ou dont l'indication du geste technique et ses alternatives éventuelles ne sont pas assez discutées avec mention du niveau de preuve éventuel, ou dont la synthèse concise et pertinente mentionne incomplètement les apprentissages et les difficultés rencontrées.*

*I Les situations cliniques ayant nécessité un geste diagnostique ou thérapeutique sont rapportées en nombre insuffisant, ou sont sans rapport avec les soins primaires ou avec des tableaux insuffisamment décrits, ou dont l'indication du geste technique et ses alternatives éventuelles ne sont pas discutées ou dont la synthèse concise et pertinente ne mentionne pas les apprentissages et les difficultés rencontrées..*

## **8/ Evaluation par le senior de la compétence à communiquer avec le patient selon les critères de la grille Calgary simplifiée**

**P** Au moins 1 situation clinique de soins gérée en autonomie a été évaluée en supervision directe par le senior selon les critères propres de la grille Calgary simplifiée (grille présente dans le guide relatif au module communication).

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

**P** Les situations cliniques pour lesquelles des articles de la littérature ont permis une aide à la prise en charge d'un patient, sont rapportées et datées, en lien avec les soins primaires, les références des articles sont mentionnées (format Vancouver), le résumé de leurs apports et de leurs limites dans la décision est concis et pertinent

*A Les situations cliniques pour lesquelles des articles de la littérature ont permis une aide à la prise en charge d'un patient, sont rapportées et datées, plus ou moins en lien avec les soins primaires, les références des articles sont imparfaitement mentionnées, ou le résumé de leur apports rend compte partiellement de leurs apports et de leurs limites dans la décision.*

*I Les situations cliniques pour lesquelles des articles de la littérature ont permis une aide à la prise en charge d'un patient, sont rapportées en nombre insuffisant, ou sans rapport avec les soins primaires, ou les références des articles sont mal mentionnées, ou le résumé de leur apports ne rend pas compte de leurs apports et de leurs limites dans la décision.*

## **10/ Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utile pour modifier votre décision**

**P** Les situations cliniques pour lesquelles la supervision de l'enseignant clinicien vous apporte une aide utile pour modifier votre décision sont rapportées et datées, en lien avec les soins primaires, avec mention des solutions proposées et de la modification de la décision, et évaluation de sa pertinence au vu des données actualisées de la science, du contexte et du patient.

*A Les situations cliniques pour lesquelles la supervision de l'enseignant clinicien vous apporte une aide utile pour modifier votre décision sont rapportées et datées, plus ou moins en lien avec les soins primaires, ou avec mention incomplète des solutions proposées et de la modification de la décision, et évaluation incomplète de sa pertinence au vu des données actualisées de la science, du contexte et du patient.*

*I Les situations cliniques pour lesquelles la supervision de l'enseignant clinicien vous apporte une aide utile pour modifier votre décision sont rapportées en nombre insuffisant, ou sans rapport avec les soins primaires, ou sans mention des solutions proposées et de la modification de la décision, ou sans évaluation de sa pertinence au vu des données actualisées de la science, du contexte et du patient.*

**EVALUATION GLOBALE** : L'objectif est d'avoir l'ensemble des items cotés P. Le travail ne peut pas être validé en cas de cotation I. Si un des items de la grille est I, l'évaluation globale est obligatoirement I. Le travail de l'enseignant clinicien est d'amener l'interne à n'avoir aucun des items coté I.

Le tuteur directeur du mémoire a la possibilité de demander à l'interne d'améliorer sa production sous la supervision de son enseignant clinicien et de lui réadresser.

**Toutes les situations rapportées doivent être enrichies de vos commentaires personnels et de votre synthèse. Nous vous rappelons que le journal de bord, construit tout au long du stage, doit être formalisé sous format informatique compatible .doc en 1 seul fichier.**

**Vous devez envoyer votre journal de bord et autres travaux par voie électronique PAR L'INTERMEDIAIRE DU CAMPUS NUMERIQUE à votre tuteur après les avoir fait visés par votre MSU: APRES 3 MOIS DE STAGE pour évaluation intermédiaire ET A LA FIN DU STAGE DE 6 MOIS pour évaluation terminale**

# RECIT DE SITUATION COMPLEXE AUTHENTIQUE (RSCA)

Le RSCA est supervisé par votre **MSU**; une fois envoyé par voie électronique au tuteur, ce dernier l'évalue à l'aide de la grille ci-dessous. Lorsque le tuteur considère, après corrections et améliorations éventuelles, que le travail est validable, il vous accorde un entretien où vous devez argumenter ce travail de manière pertinente; le tuteur peut alors adresser un avis de validation de ce travail à la scolarité.

La grille comporte différents items; chaque item est coté P, A ou I et cette notation est une aide à la prise de décision.

**I** (insuffisant) correspond à un travail insuffisant devant être repris pour permettre la validation du RSCA

**A** (améliorable) correspond à un travail acceptable mais avec une marge de progression.

**P**(pertinent) correspond à un travail pertinent .

<b>GRILLE EVALUATION RSCA</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>I</b>
<b>Complexité : Diversité des champs abordés</b>			
<b>Complexité : Adaptation des solutions</b>			
<b>Narration : Caractère narratif du récit</b>			
<b>Narration : Exposé de la démarche</b>			
<b>Problématisation : Pertinence des questions formulées</b>			
<b>Problématisation : Adéquation des questions avec les tâches et fonctions de la MG</b>			
<b>Problématisation : Précision de la définition et adéquation des objectifs d'étude</b>			
<b>Recherche documentaire : Adéquation de la recherche avec les objectifs</b>			
<b>Recherche documentaire : Pertinence de la recherche</b>			
<b>Recherche documentaire : Qualité du résumé</b>			
<b>Synthèse : Identification des points clés</b>			
<b>Synthèse : Acquisition de nouvelles compétences</b>			
<b>Synthèse : Utilité des traces d'apprentissage produites</b>			
<b>EVALUATION GLOBALE</b>			

## **Complexité de la situation**

### **1/ Diversité des champs abordés**

**P** La diversité recouvre plusieurs des champs abordés en soins primaires en prenant en compte des éléments issus du patient (représentations, préférences, opinions, relationnel...), des éléments issus du contexte (environnement, réglementaire, administratif, social, éthique..) et des éléments issus de la situation biomédicale (anamnèse, histoire de la situation, démarche, données de la science...)..

**A** *La diversité est relative puisque seules quelques problématiques sont abordées mais il n'est pas exposé les éléments des autres champs de la situation*

**I** *La situation expose une problématique dans un ou deux champs seulement*

### **2/ Adaptation des décisions**

**P** Les décisions proposées dépendent de stratégies de résolution de problème prenant en compte les différents champs évoqués de la complexité et décrivent le poids respectif de ces différents champs

**A** *Les décisions sont bien définies mais ne prennent pas en compte tous les champs de la situation*

**I** *Les décisions sont uniques, ou exclusives ou standardisées*

## **Narration de la situation**

### **1/ Caractère narratif du récit**

**P** Le **récit** est détaillé prenant en compte les temps relationnels avec le patient et les temps autres, concernant la globalité du patient, produit par un sujet impliqué, narrateur à la première personne du singulier, relatant la succession dans le temps de l'ensemble des faits marquants, des comportements réels, des sentiments vécus par le narrateur et de l'ensemble des éléments (description physique, présentation, paroles échangées, ton, attitudes, sensations, sentiments ressentis, interactions, transfert...) permettant de suivre et d'expliquer la complexité de la démarche

**A** *La relation est faite par un sujet narrateur plus ou moins impliqué, de séquences marquantes de la situation, avec des manques concernant le vécu de la relation, ne permettant pas d'avoir l'ensemble des éléments concourant finement à la démarche de résolution de problème ou d'expliquer la complexité de la situation*

**I** *La situation est similaire à une prise d'observation clinique : description impersonnelle exhaustive, structurée d'un cas clinique sans fait marquants ou incidents critiques, sans élément permettant de suivre et comprendre la complexité de la démarche*

### **2/ Exposé de la démarche**

**P** Les données exploratoires de la demande ou de la plainte initiale identifiée, les éléments sémiologiques, l'ensemble des données recueillies par l'entretien et l'examen clinique, sont rapportés et décrits permettant d'explicitier l'argumentaire de la décision, la négociation avec le patient et son résultat

**A** *Certaines données exploratoires, éléments sémiologiques, données de l'entretien et de l'examen clinique, sont manquantes, la décision n'est pas clairement explicitée en regard de l'ensemble des éléments de la situation et de la négociation avec le patient*

**I** *Les données exploratoires et recueillies par l'entretien et l'examen sont insuffisantes en regard de la situation, ou les décisions ou la négociation ne sont pas explicitées*

## **Problématisation et objectifs d'étude:**

### **1/ Pertinence des questions formulées par l'étudiant:**

**P** Les problèmes sont formulés par des **questions précises** se rapportant à la résolution de la situation clinique racontée

**A** *Les problèmes sont formulés par des questions générales se rapportant plus ou moins à la résolution de la situation clinique*

**I** *Les problèmes ne sont pas formulés sous forme de question, mais sous forme de sujets généraux d'étude à traiter, ou ne se rapportent pas à la résolution de la situation clinique*

## 2/ Adéquation des questions avec les tâches et fonctions de la MG:

**P** Les questions sont **en adéquation avec les tâches et fonctions de la médecine générale** définies par le référentiel métier

*A Les questions sont parfois en dehors du champ de la médecine générale ou des soins primaires*

*I Les questions ne concernent pas le champ de la médecine générale ou des soins primaires*

## 3/ Précision et adéquation de la définition des objectifs d'étude

**P** La définition des objectifs est **précise** en fixant des tâches d'apprentissage précises en rapport avec les problèmes posés

*A La définition est vague sans tâche d'apprentissage clairement identifiée ou partiellement en rapport avec les problèmes posés*

*I Il n'y a pas d'objectif d'étude notifié, il n'y a pas de tâche d'apprentissage identifiée, ou ces objectifs sont discordants avec les problèmes posés*

## Recherche documentaire

### 1/ Adéquation de la recherche avec les objectifs

**P** La recherche est en adéquation précise avec les objectifs d'étude identifiés

*A Les choix et la recherche sont insuffisamment adaptés en regard des objectifs d'étude*

*I Les documents recherchés ne sont pas adaptés aux objectifs d'étude ou il n'y a pas d'élément documentaire étayant les réponses aux objectifs d'étude*

### 2/ Pertinence de la recherche

**P** Les ressources sollicitées sont de bon niveau de preuve et permettent de répondre précisément aux questions posées

*A Les ressources sollicitées sont de niveau de preuve discutable ou ne permettent de répondre que partiellement aux questions posées*

*I Les ressources sollicitées sont de niveau de preuve insuffisant ou ne permettent pas de répondre précisément aux questions posées*

### 3/ Qualité du résumé

**P** Le résumé est clair, concis, identifie les réponses aux questions posées, les références sont citées au fur et à mesure du texte selon le format Vancouver avec mention du niveau de preuve

*A Le résumé ne répond pas toujours clairement aux questions précises bien qu'il comprenne des notes d'analyse bibliographique, des résumés des entretiens avec les personnes ressources ou de discussions collégiales, ou n'est pas référencée de manière suffisante ou le niveau de preuve n'est pas mentionné*

*I Le résumé de la recherche ne permet pas de répondre aux questions posées, n'est pas clair, n'est pas référencé*

## Synthèse

### 1/ Identification des points clés du RSCA

**P** Les points les plus importants de la situation conditionnant la décision sont identifiés de manière explicite et claire de façon à pouvoir être réutilisés dans d'autres situations

*A Les points importants apparaissent de manière inégale et ne sont pas réutilisables facilement*

*I Les points importants ne sont pas identifiables, paraissent absents ou sur le même plan que des points de détail ou de lointain rapport avec les soins primaires*

### 2/ Acquisition de nouvelles compétences

**P** La **synthèse** compare les connaissances et compétences antérieures et celles acquises par le travail, en comparant les solutions proposées et celles mises en œuvre dans le RSCE

*A La synthèse apporte des éléments imparfaits rendant compte du processus d'apprentissage et permet difficilement de comparer les solutions proposées et celles mises en œuvre*

*I La synthèse est absente ou ne rend pas compte de l'apport du travail effectué, ou ne compare pas les solutions proposées et celles mises en œuvre*

### **3/ Utilité des traces d'apprentissage produites**

**P** Les traces d'apprentissage produites reflètent l'ensemble des travaux effectués et peuvent être facilement réutilisées

**A** *Les traces d'apprentissage ne reflètent qu'une partie des travaux effectués ou ne sont que moyennement réutilisables*

**I** *Les traces d'apprentissage rendent insuffisamment compte des travaux attendus et ne sont pas réutilisables efficacement*

### **EVALUATION GLOBALE**

La validation du travail est impossible si la note globale est insuffisante ou si plus d'un item est coté insuffisants. Le travail des enseignants cliniciens en stage est d'amener les étudiants à n'avoir aucun des items cotés insuffisant.

**VALIDATION DU PORT – FOLIO PAR LE TUTEUR** ( )

**COMMENTAIRE GLOBAL DU TRAVAIL:**

**Journal de bord valide:** ( )

**RSCA valides:** ( )

**Identité du TUTEUR :**

**CACHET ET SIGNATURE**

**VALIDATION DES PRESENCES AU MODULE  
ACCOMPAGNEMENT DE L'INTERNE PAR LA SCOLARITE**

**Au vu des feuilles d'émargement, présence à la totalité des  
séances (sauf une en cas d'absence excusée)**

**Cachet et signature**

**La grille suivante, identique aux grilles d'évaluation formative présentes dans votre carnet de stage, doit être complétée dans ce document par l'enseignant clinicien ambulatoire à la fin du stage.**

**Elle est le support de la validation de votre stage.**

## Grille de validation finale de l'interne en stage de niveau 1

A / Compétences nécessaires à l'exercice et faisant partie des compétences à certifier pour l'obtention du DES

- ❖ Prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires.
- ❖ Communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage.
- ❖ Prendre une décision adaptée en situation d'urgence et/ou en situation d'incertitude
- ❖ Prise en charge globale

Connaissances médicales	Insuffisant	Satisfaisant	Excellent	Connaissances médicales
Limitées, mal organisées et mal utilisées. La connaissance des maladies, de leur diagnostic et de leur traitement est limitée. Insuffisamment motivé dans l'acquisition des connaissances	1 2 3	4 5 6	7 8 9	approfondies et bien utilisées. Excellente connaissance des maladies, de leur diagnostic et leurs traitements. A la pointe des connaissances. Motivé pour apprendre
<b>Entretien</b>				<b>Entretien</b>
Souvent incomplet, superficiel, non orienté par les problèmes posés par le patient. Pas d'alternance de questions ouvertes et fermées Coupe rapidement la parole du patient. Ne propose pas de reformulation ou d'aide à l'expression du patient. N'explore pas l'intégration des plaintes dans la vie du patient	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Toujours précis, complet et fiable, orienté en fonction des problèmes posés par le patient. Laisse le patient s'exprimer. Alterne questions ouvertes et fermées, respecte les silences reformule. S'autorise à explorer les retentissements des plaintes dans la vie du patient
<b>Examen clinique</b>				<b>Examen clinique</b>
Souvent incomplet, imprécis, rapide et superficiel, mal conduit. Inadapté au problème posé et aux hypothèses à vérifier	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Toujours complet et précis, bien organisé en fonction des problèmes posés par le patient. Découvre des signes discrets.
<b>Conduite des explorations</b>				<b>Conduite des explorations</b>
inadaptée, négligente. Ne prend pas en compte les risques et l'inconfort des examens prescrits ni l'anxiété du patient. Ne prend pas en compte les valeurs prédictives ni les effets des résultats dans la décision finale	1 2 3	4 5 6	7 8 9	compétente, précise. Minimise les risques des examens et l'inconfort du patient. Donne les explications appropriées sur l'objectif de l'examen, prend en compte les valeurs prédictives et les effets des résultats dans la décision finale.
<b>Jugement clinique</b>				<b>Jugement clinique</b>
incapable de faire le lien entre les données recueillies et la pathologie, faible capacité	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Excellente analyse des données recueillies. Capable de générer les hypothèses diagnostiques. Connait

diagnostique. Incapable de considérer les rapports bénéfiques/risques. Ne se rend pas compte de ses limites en terme de connaissances et compétences. Incapable de prendre une décision dans les situations complexes.				ses limites en terme de connaissances et compétences. Capable de prendre des décisions en situations complexes. Capable de hiérarchiser les problèmes posés
<b>Décision en contexte varié</b>				<b>Décision en contexte varié</b>
Inadaptée à la situation clinique, ne prenant pas en compte ni la prévalence ni la gravité des maladies Uniquement basé sur une démarche bio clinique, n'intégrant pas le patient ni les répercussions de la maladie ou de la plainte dans la vie du patient. Sans réflexion éthique ni réglementaire.	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Bien adaptée à la situation tenant compte la prévalence et la gravité de la situation à partir d'une démarche centrée sur le patient intégrant les aspects bio psycho sociaux et prenant en compte. les contraintes de la maladie mais aussi les préférences et possibilités du patient dans son contexte de vie et de travail.
<b>Tenue des dossiers :</b>	<b>insuffisant</b>	<b>Satisfaisant</b>	<b>Excellent</b>	
Les dossiers ne comportent pas le minimum requis : ATCD, motifs de recours, demandes réelles, hypothèses diagnostiques, décision prises, projet de soins et de suivi	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Tous les dossiers comportent de manière intelligible, concise et structurée, les ATCD, motifs de recours, demandes réelles, hypothèses diagnostiques, décisions prises, projet de soins objectifs et suivi

❖ **Exécuter avec sécurité les gestes les plus fréquents en soins primaires**

	insuffisant	Satisfaisant	Excellent	
Incapable de poser l'indication puis de réaliser les gestes diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la démarche décisionnelle centrée sur le patient	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Pose toujours l'indication et réalise avec habileté et sûreté les gestes diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la démarche décisionnelle centrée sur le patient

- ❖ Entreprendre et participer à des actions de santé publique
- ❖ Éduquer le patient à la gestion de sa santé et de sa maladie
- ❖ Evaluer sa pratique

<b>Prévention / dépistage</b>	insuffisant	Satisfaisant	Excellent	
Ne se soucie pas d'intégrer la prévention ni le dépistage dans les consultations. Se contente uniquement de répondre aux problèmes ponctuels sans se préoccuper de ces dimensions même quand le problème à régler est facilement et rapidement gérable	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Toujours intéressé à la promotion de la santé. Attentif aux démarches de prévention et de dépistage individuel et/ou organisé validées. Vérifie le statut vaccinal et propose systématiquement des procédures de prévention et de dépistage validées
<b>Education du patient :</b>	<b>insuffisant</b>	<b>Satisfaisant</b>	<b>Excellent</b>	
Ne s'intéresse pas à l'éducation du patient. Informations inexistantes et ou ne tenant pas compte des représentations, des possibilités et de l'avis du patient. Les objectifs ne sont ni explicités ni formulés ni	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Toujours prêt à intégrer l'éducation du patient à partir d'une démarche centrée sur le patient et d'un diagnostic éducatif. Prend en compte les contraintes de la maladie mais aussi les préférences et possibilités du patient

négociés. Pas d'évaluation des capacités et des apprentissages du patient				dans son contexte de vie et de travail
<b>Evaluer sa pratique / développer ses compétences</b>	<b>insuffisant</b>	<b>Satisfaisant</b>	<b>Excellent</b>	
Ne se pose aucune question sur sa pratique. Incapable de la moindre autoévaluation ou autoévaluation sans rapport avec la pratique réelle. Aucune réflexivité, incapable de mettre en place un quelconque processus d'évaluation des pratiques validé. Ne fait pas de recherche bibliographique valide Faible capacité de lecture critique des données	<b>1 2 3</b>	<b>4 5 6</b>	<b>7 8 9</b>	Très réflexif, se posant en permanence des questions avant, pendant et après l'action. Demandeur de confrontation et de supervision directe et indirecte. Très bonne capacité d'autoévaluation base de recherche de nouvelles connaissances adaptées à la résolution des problèmes en soins primaires. Toujours à la recherche d'informations validées et actualisées. Forte capacité à la lecture critique d'article
<b>Evaluation globale</b>	<b>1 2 3</b>	<b>4 5 6</b>	<b>7 8 9</b>	

B/ Compétences nécessaires à l'exercice ne faisant pas partie des compétences à certifier actuellement pour l'obtention du DES

	insuffisant	satisfaisant	Excellent	
<b>Assurer la continuité des soins</b>				
N'est pas attentif à la continuité des soins et reste centré sur le problème ponctuel présenté par le patient sans tenir compte des expériences passées, des problématiques de suivi au moyen ou long cours	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Intègre dans la décision la continuité des soins, tient compte des expériences passées, des problématiques de suivi au moyen ou long cours
<b>Professionalisme</b>				
- <b>Jugement éthique</b>				
Jamais préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance, autonomie du patient)	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Toujours préoccupé par une réflexion éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance, autonomie du patient)
- <b>Qualités humaines</b>				
manque d'honnêteté intellectuelle et de fiabilité. Manque de respect du patient, de compassion et d'empathie. Superficiel. Incapable d'évaluer le vécu de la maladie par le patient et ses souhaits. A de mauvais rapport avec les patients et leurs familles	1 2 3	4 5 6	7 8 9	toujours honnête intellectuellement et fiable. Toujours respectueux vis à vis des patients. Capable de compassion et d'empathie. Excellents rapports avec les patients et leurs familles. Fournit une information appropriée au patient
- <b>Comportement</b>				
fréquemment irresponsable et se sentant non concerné. Manque de communication. Incapable de travailler en équipe. Ne fait pas bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé Manque de ponctualité	1 2 3	4 5 6	7 8 9	enthousiaste, énergique, motivé, sociable. Tient compte de l'avis des autres personnes de l'équipe. Capable d'être leader dans une équipe. Ponctuel Fait bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé à chaque fois que c'est nécessaire, efficace ou éthique
<b>Evaluation globale</b>	1 2 3	4 5 6	7 8 9	

**EVALUATION DE LA MISE EN AUTONOMIE ET DE L'APTITUDE A REALISER UN  
SASPAS A LA FIN DU STAGE AMBULATOIRE NIVEAU I**

Nom du **MSU** :

Nom de l'interne :

Situations	OUI	NON	A partir de / mois
<b>L'interne a été mis en situation d'autonomie c'est-à-dire a consulté seul avec supervision indirecte après la consultation ou à distance</b>			
<b>Mis en situation d'autonomie, il a été capable de résoudre les situations les plus courantes de façon efficace</b>			
<b>Mis en situation d'autonomie, il a été capable de demander de l'aide en cas de doute et/ou de difficultés ressenties pouvant avoir des répercussions sur la qualité des soins</b>			
<b>Mis en situation d'autonomie, il a été capable lors des supervisions indirecte d'évaluer correctement ses forces et faiblesses (évaluation ni par défaut ni par excès)</b>			
<b>En l'état actuel de ses compétences, cet interne pourrait tout à fait faire un Saspas dans mon cabinet avec une supervision à distance</b>			
<b>En l'état actuel de ses compétences, cet interne pourrait tout à fait faire un Saspas dans mon cabinet mais avec une supervision directe toujours possible c'est-à-dire avec la présence de l'ECA sur le site</b>			
<b>En l'état actuel de ses compétences, cet interne pourrait tout à fait faire un remplacement mon cabinet</b>			

**PÉRIODE DU STAGE : SEMESTRE DU \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_**

**VALIDATION DU STAGE :**

**Avis favorable ( \_ )**

**Avis défavorable ( \_ )**

Avis Global du **MSU** sur le stagiaire :

**Signature de l'étudiant (nom en clair)**

**Identité du MSU :**

**Cachet et Signature**

## ANNEXE 2 / MODELE DE SEMAINIER DU RESIDENT

SEMESTRE DE ..../.... à ..../....

**OBLIGATIONS DE PRÉSENCES STATUTAIRES : 11 DEMI-JOURNÉES  
HEBDOMADAIRES (\*)**

NOM DU RESIDENT :

NOM DU MAITRE DE STAGE :

<b>JOUR</b>	<b>MATIN</b>	<b>APRES-MIDI</b>
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		
SAMEDI		

Tout congé annuel, congé maladie, maternité ou service national, de même que toute modification du planning devra être signalé au :

**Bureau des Internes et Résidents (AP-HP)  
3, avenue VICTORIA  
75100 PARIS RP  
01.40.27.41.89. ou 41.07.  
01.40.27.46.33.**

chargé de la gestion et de la rémunération des résidents en Ile-de-France.

**(\*) Dont 7 chez le praticien et 4 au titre des stages courts.**

# ***Stage auprès des partenaires sociaux***

NOM - PRENOM DE L'INTERNE :

Tableau des présences  
au stage court auprès des partenaires sociaux

	Signature responsable du stage	Signature Interne
<b>Vacation 1 Pôles enfance et famille et action sociale</b>		
Vacation 1 EDS		
<b>PMI : Prénom, Nom et tampon du responsable</b>	Vacation 1 PMI	
	Vacation 2 PMI	
	Vacation 3 PMI	
	Vacation 4 PMI	
	Vacation 5 PMI	
	Vacation 6 PMI	
	Vacation 7 PMI	
	Vacation 8 PMI	
	Vacation 9 PMI	

	Signature responsable du stage	Signature Interne
<b>PMI : Prénom, Nom et tampon du responsable</b>	Vacation 1 CPEF	
	Vacation 2 CPEF	
	Vacation 3 CPEF	
	Vacation 4 CPEF	
	Vacation 5 CPEF	
	Vacation 6 CPEF	
	Vacation 7 CPEF	
	Vacation 8 CPEF	
	Vacation 9 CPEF	

# EVALUATION du STAGE en CPEF

A remplir par l'Enseignant Clinicien en CPEF

(Entourer l'item correspondant à votre évaluation)

<u>Présence à toutes les séances</u>	<b><u>OUI</u></b> <small>(indispensable pour permettre la validation)</small>	<b><u>NON</u></b>		
<u>Echelle d'évaluation :</u>				
0 En désaccord total	2 Plutôt en accord			
1 Plutôt en désaccord	3 En accord total			
<u>Attitude correcte, ponctualité</u>	0	1	2	3
<u>Motivation pour l'apprentissage</u>	0	1	2	3
<u>Acquisitions satisfaisantes</u>	0	1	2	3
<u>Participation active</u>	0	1	2	3
<u>Intégration des situations cliniques dans le journal de bord</u>	0	1	2	3

## AVIS DE VALIDATION DU STAGE

**FAVORABLE**

**DEFAVORABLE**

Nom et signature :

Tampon :

# EVALUATION du STAGE en PMI

A remplir par l'Enseignant Clinicien en PMI

(Entourer l'item correspondant à votre évaluation)

<u>Présence à toutes les séances</u>	<b><u>OUI</u></b> <small>(indispensable pour permettre la validation)</small>	<b><u>NON</u></b>		
<u>Echelle d'évaluation :</u>				
0 En désaccord total	2 Plutôt en accord			
1 Plutôt en désaccord	3 En accord total			
<u>Attitude correcte, ponctualité</u>	0	1	2	3
<u>Motivation pour l'apprentissage</u>	0	1	2	3
<u>Acquisitions satisfaisantes</u>	0	1	2	3
<u>Participation active</u>	0	1	2	3
<u>Intégration des situations cliniques dans le journal de bord</u>	0	1	2	3

## AVIS DE VALIDATION DU STAGE

**FAVORABLE**

**DEFAVORABLE**

Nom et signature :

Tampon :