

**D.E.S. DE MEDECINE GENERALE
FACULTE DE MEDECINE DE LILLE**

LE PORT FOLIO

Outil d'évaluation formative

PROMOTION FLEMING

2008-2009



**DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE
COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE GENERALE**
Pr Raymond GLANTENET, Pr Daniel LEONARD , Pr Benoît TAVERNIER
Dr Patrick LEROUGE, Dr Sébastien LERUSTE,
Dr Christophe BERKHOUT, Dr Jean Marc LEFEBVRE

Septembre 2008

NB Remerciements aux enseignants des facultés de Brest, Nantes, Poitiers, Tours et Paris île de France ouest qui présentent une antériorité dans le travail du port folio au niveau national.

Bienvenue dans le DES de médecine générale de Lille.

Cette entrée est la transition entre un 2^e cycle dédié à l'acquisition des savoirs généraux ou connaissances et un 3^e cycle d'apprentissage, dont la finalité est de former des professionnels autonomes compétents.

Cet exercice va nécessiter l'utilisation du savoir,
du savoir faire
et du savoir être
autrement dit du savoir agir.

Le DES doit vous permettre d'acquérir les compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

La mise en œuvre de ces compétences se fera tout au long de votre carrière professionnelle.

Les compétences « génériques » du médecin généraliste

- Résoudre un problème de santé indifférencié.
- Prendre une décision adaptée en contexte d'urgence, d'incertitude.
- Exécuter les gestes techniques les plus fréquents.
- Communiquer avec le patient et son entourage.
- Eduquer le patient.
- Assurer la continuité des soins.
- Entreprendre des actions de santé publique.
- Travailler en équipe, coordonner les soins.
- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect l'éthique.
- Assurer la gestion de l'entreprise médicale.
- Évaluer sa pratique, se former, participer à des travaux de recherche.

A) LA DISCIPLINE « MÉDECINE GÉNÉRALE » .

Nous vous proposons le texte de Denis Pouchain, qui sert d'introduction au traité de médecine générale. Ce texte permet de cerner le champ de la discipline

PRINCIPES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

par Denis Pouchain (*)

Les Savoirs de la médecine générale ont longtemps reposé sur des bases empiriques qui en faisaient un ensemble informel et subjectif. De nombreux travaux ont tenté d'apporter les notions théoriques nécessaires pour décrire et expliquer le fonctionnement de cet ensemble et en définir les concepts. L'argumentation s'est appuyée sur la notion de spécificité. Cette formulation recouvre des éléments essentiels mais parfois insuffisamment développés. La définition plus précise de la médecine générale passe par l'identification des principes essentiels qui régissent son organisation. C'est une étape indispensable à la construction d'un modèle conceptuel et à l'émergence d'une discipline scientifique.

DES MODÈLES RÉDUCTEURS

Pour définir la médecine générale, plusieurs modèles théoriques ont été présentés. Une première conception a fait état d'un système composé d'un fragment de chaque spécialité et la juxtaposition de ces fragments constituerait un ensemble homogène. Dans cette optique, la médecine générale serait une discipline patchwork constituée d'un petit morceau de savoir sur tout. Cette conception est centrée sur la maladie et ne rend pas compte d'une réalité bien plus complexe.

Parallèlement, et au nom de l'unicité de la médecine, une autre définition a été proposée. La médecine générale correspondrait à l'application d'un même savoir médical mais appliqué dans un autre lieu que l'hôpital. Dans cette approche, la médecine générale ne serait qu'une discipline d'exercice. Son contenu ne serait pas différent de celui de la médecine interne par exemple, mais ses conditions d'application seraient particulières. Cette perspective est centrée sur le médecin et ne peut recouvrir tout le champ de la pratique.

Ces deux modèles sont insatisfaisants, car ils simplifient à l'extrême l'identité de la médecine générale, "empruntent" son contenu à d'autres disciplines, et font abstraction du patient.

La question fondamentale est : existe-t-il un contenu spécifique de la médecine générale, et si oui, quels sont les éléments qui permettent de le développer ?

HISTOIRE D'UNE PROGRESSION THÉORIQUE

Au niveau international, une réflexion est menée depuis longtemps pour définir les grands principes de la médecine générale. Dès 1974, le groupe Leeuwenhorst, qui a donné naissance à l'European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), a proposé une description de l'activité du médecin généraliste. En 1977, la Corporation professionnelle des médecins du Québec a publié une brochure sur les fonctions de l'omnipraticien.

(*) Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris : Masson 1996:1100 pages.

Dans le même temps, une résolution du Conseil de l'Europe a élaboré une définition de l'omnipraticien. La WONCA (World Organisation of National Colleges and Academies of General Practitioners/Family Physicians) a fait des recommandations sur le rôle du médecin de famille. La notion de polyvalence a été introduite comme principe de la médecine de famille canadienne. En 1993, M.Marinker a présenté une communication sur les tâches du généraliste et les caractéristiques de la médecine générale. Le Royal College of General Practitioners a publié une brochure pour déterminer ce qu'est la médecine générale. Plus récemment, la conférence commune OMS-WONCA a proposé la contribution du médecin de famille pour rendre la pratique et l'enseignement médical plus en rapport avec les besoins des patients.

En France, quelques travaux ont engagé la même démarche de réflexion. Ils concernaient en particulier la description du champ d'activité ou la définition des fonctions. A partir de l'observation de la pratique, des groupes de travail ont contribué à l'analyse du contenu de la médecine générale. Le rôle primordial du médecin généraliste dans le système de soins a été développé par ailleurs.

Tous ces documents posent un problème de fond : ils ne dissocient pas clairement la médecine générale et le médecin généraliste. La distinction entre les principes essentiels de la discipline et les tâches professionnelles du praticien offre un double intérêt : elle permet de définir un contenu d'enseignement spécifique et positionne la médecine générale comme une discipline à part entière.

LES PRINCIPES ESSENTIELS

L'approche théorique de la médecine générale repose sur dix principes essentiels. C'est leur coexistence qui permet de définir une discipline clinique.

I. Une approche centrée sur le patient

Le point de départ de la démarche clinique est le patient : ses demandes, ses besoins et sa personnalité. Il est aussi important de s'occuper du vécu de la maladie que de la maladie elle-même, car l'anamnèse centrée sur le patient améliore le résultat final. Le dénominateur commun est la personne, avec ses croyances, ses peurs, ses attentes, ses affections. Quatre conséquences en découlent : la décision résulte d'une négociation avec le patient, la prise en compte des aspects personnels demande un travail relationnel et donc une formation adaptée, la relation médecin malade qui procède de cette approche, inclut le médecin dans le processus thérapeutique, dans les études épidémiologiques, la primauté du patient nécessite l'utilisation de classifications à plusieurs entrées comme la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

II. La prise en compte de l'environnement du patient

Les rapports entre le patient et son environnement sont permanents. Le cadre de vie, le milieu professionnel, l'origine et les habitudes culturelles, et surtout la famille interfèrent régulièrement sur les problèmes pathologiques. Le patient ne peut être isolé de son contexte et sa prise en charge intègre de multiples facteurs d'influence. Chaque patient a une histoire personnelle et familiale et la maladie prend un sens dans cette histoire. La décision médicale tient compte des conséquences des événements de vie qui traversent l'existence du patient. Centrée sur le patient et ouverte sur son

environnement, cette approche globale éclaire la signification des symptômes. La connaissance de l'environnement est facilitée par la proximité sur le terrain, et nécessite une compétence humaine développée.

III. Un champ d'activité défini à partir des besoins et des demandes des patients

La médecine générale est le recours le plus accessible et le plus courant pour les problèmes de santé. Elle développe un champ d'activité déterminé par les besoins et les demandes des patients. Cette perspective recouvre des domaines variés et nécessite une polyvalence des soins. Il en découle l'acquisition de compétences adaptées et évolutives mais aussi une prise en charge à géométrie variable, chaque praticien en assurant tout ou partie. De plus, la médecine générale, placée à l'interface de la population et des structures médico-sociales, tient un rôle déterminant. La gestion simultanée des intérêts individuels et des problématiques collectives maintient un équilibre entre des sollicitations a priori opposées.

IV. Une réponse à la majorité des motifs de recours aux soins

L'étude du CREDES montre que, en dehors des problèmes ophtalmologiques, obstétricaux et dermatologiques, tous les motifs de consultation sont pris en charge majoritairement en médecine générale. En particulier, un fort pourcentage concerne les maladies endocriniennes et métaboliques (91%), les affections digestives (88%), les atteintes de l'appareil cardio-vasculaire ou respiratoire (87% chacune), les lésions ostéo-articulaires ou traumatiques (86% chacune), les troubles mentaux et du sommeil (65%). Ainsi, la plupart des problèmes de santé de la population, qu'ils soient biomédicaux ou psychiques, sont traités et/ou suivis en médecine générale.

V. Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves

La prévalence est le rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une maladie et l'effectif de la population concernée susceptible d'être atteinte par cette maladie. Pour les pathologies constituées, potentiellement graves ou mortelles, cette prévalence est plus faible en médecine générale qu'à l'hôpital en raison de l'absence de sélection. Or, pour le diagnostic, la valeur prédictive positive ou négative (probabilité d'être atteint ou non de la maladie) d'un signe clinique ou d'un test dépend de la prévalence de la maladie dans la population concernée. Plus cette prévalence est faible, plus la valeur prédictive positive diminue. Le même signe n'a donc pas la même valeur prédictive en ambulatoire et à l'hôpital, ce qui explique les différences de procédures décisionnelles. En médecine générale, la faible prévalence des maladies graves impose une démarche diagnostique probabiliste qui tient compte de cette réalité statistique.

VI. Une intervention au stade précoce des maladies

Le patient consulte souvent dès l'émergence des symptômes. A ce stade précoce, il est difficile de faire un diagnostic précis et définitif. A la phase d'état, les signes cliniques sont relativement évocateurs. Il n'en est pas de même pour les signes de début qui sont souvent indifférenciés. Après avoir écarté une évolution grave à court terme, la décision peut être la mise en attente jusqu'au développement éventuel de l'affection. La faible prévalence et le stade précoce des maladies ne permettent pas d'élaborer d'emblée un diagnostic complet. Le "résultat de consultation" proposé par Braun est un diagnostic de situation qui laisse une place au doute. La position diagnostique reste le plus souvent

au niveau de signes cardinaux ou de groupe de symptômes, quelquefois au niveau de tableau de maladie, rarement au niveau de diagnostic complet.

VII. La gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples

Le patient consulte souvent pour plusieurs motifs ou plaintes. Il présente en moyenne deux motifs de recours et ce chiffre augmente avec l'âge. Les polyopathologies sont fréquentes et concernent particulièrement les personnes âgées. La médecine générale intègre ces nombreuses sollicitations dans le temps d'un même acte médical. La réponse simultanée à la multiplicité des demandes nécessite une gestion hiérarchisée des problèmes qui tient compte à la fois des priorités du patient et de celles de la médecine.

VIII. La capacité de suivi au long cours

La médecine générale développe une approche dans l'instant et dans la durée. Elle offre au patient l'opportunité d'une prise en charge régulière au long cours et la possibilité d'un suivi de la naissance à la mort. Elle assure la continuité des soins grâce à un accompagnement des patients tout au long de leur vie. Le dossier médical jalonne et facilite ce suivi, il en est la trace explicite. Il est la mémoire objective des consultations mais il n'est qu'un élément de l'histoire commune entre le patient et le médecin. La charge affective qui s'accroît souvent au fil des rencontres est un aspect peu étudié de la relation établie : c'est la compagnie d'investissement mutuel de M. Balint.

- IX. L'aptitude à la coordination des soins

La synthèse des diverses interventions médicales concernant le patient, la circulation de l'information, l'organisation cohérente du circuit de soins reposent sur l'existence même d'un dispositif de coordination. La médecine générale remplit ce rôle de pivot du système de soins, même si les conditions structurelles ne sont pas toujours réunies. L'accès direct aux spécialistes et aux autres intervenants de santé complique parfois le rôle de coordination. Le développement des filières de soins et des réseaux coordonnés permet d'envisager un travail d'équipe autour du patient, qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

X. Une pratique efficiente

Le traitement des problèmes courants requiert des solutions simples et évite souvent une évolution péjorative, source de prises en charge plus complexes et onéreuses. Un plateau technique léger limite la surenchère des investigations et optimise les coûts. La proximité, la continuité et la coordination des soins, la connaissance du patient améliorent la réponse médicale. La médecine générale limite les coûts à leur réelle nécessité et propose au patient une attitude raisonnée en terme de consommation de soins médicaux. C'est une pratique efficiente, au sens économique du terme anglo-saxon, qui recouvre les concepts de coût/efficacité et de coût/utilité. La faible part de la médecine générale dans les dépenses de santé, comparée au nombre de patients soignés, atteste de cette réalité.

UN MODÈLE GLOBAL

La médecine générale est construite sur un modèle théorique différent de celui de la médecine spécialisée, même s'il repose sur des connaissances biomédicales de base communes. Elle reproduit un modèle global, centré sur le patient, ouvert sur l'extérieur,

considérant la maladie comme l'ensemble ou la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux. Cette conception de la santé en tant que phénomène complexe est comparable à l'approche bio-psycho-sociale de Engel. Elle nécessite un système de formation spécifique, issu des sciences biologiques comme des sciences humaines, visant à l'acquisition de compétences scientifiques et relationnelles. Elle doit reposer sur une recherche appliquée, permettant d'affiner et de valider son contenu. Ce modèle global intègre les fonctions spécifiques de la médecine générale : le premier recours, la prise en charge globale, la continuité et le suivi, la coordination des soins et le rôle de santé publique. Il est caractérisé par des démarches diagnostiques et des stratégies thérapeutiques spécifiques. Il détermine les tâches professionnelles qui découlent des fonctions et qui en permettent l'application sur le terrain. Il permet de décrire une discipline médicale qui se trouve à l'interface de l'individu et de la collectivité.

Le modèle global qui résulte de ces principes s'organise en un ensemble conceptuel, dont l'appropriation par la communauté généraliste, renforce la discipline dans ses dimensions de soins, d'enseignement et de recherche.

B) LE DES DE MEDECINE GENERALE A LILLE

La démarche pédagogique est centrée sur l'étudiant, pour l'accompagner dans sa progression, durant les 3 ans du DES.

L'objectif est que l'interne acquiert une pratique réflexive lui permettant la construction de ses compétences et leur utilisation dans les meilleures conditions.

La réflexivité se fait :

- A partir de questions soulevées,
- Dans des contextes professionnels authentiques,
- En interaction avec d'autres internes et/ou avec les enseignants,
- Et réalisant un traitement actif des situations au travers de résolutions de problèmes complexes, d'analyses critiques, d'activités de recherche.

LA VALIDATION DU DES

Au cours du DES, les enseignants s'attachent à accompagner et évaluer les apprentissages.

La validation du DES se fait sur :

- La validation des stages hospitaliers et en médecine ambulatoire selon la maquette.
- La présence aux enseignements dirigés.
- La présentation de traces d'apprentissage au travers le portfolio et les récits de situation complexe et authentique, auprès d'un jury.

Pour la promotion FLEMING, le portfolio devra contenir

- 6 RSCA, soit 1 par semestre.
- 30 événements cliniques questionnants soit 5 par semestre.
- les traces de synthèses de stages et leurs grilles d'évaluations.
- Des traces de recherches bibliographiques
- Des traces de groupe d'échanges de pratiques (UPL)
- Un curriculum vitae des compétences abordées durant le DES.
- La présentation au département

A partir de cette rentrée, le portfolio prendra **une forme électronique**

La présentation dans le portfolio électronique suivra la forme suivante, qui fera l'objet d'un enseignement spécifique.

MODELE DE PRESENTATION DU PORTFOLIO ELECTRONIQUE

- + Tous les documents déposés sur le portfolio doivent être personnellement sauvegardés par l'étudiant.
- + Tous les documents doivent être datés.
- + Respect strict de l'organisation du portfolio selon la maquette fournie.
- + Ne pas importer de photographies, ni de textes de références mais indiquer les liens

Présentation globale

- Les 6 semestres individuellement
- Thèse et recherche
- Curriculum vitae des compétences abordées
- Présentation au DMG
- Projet professionnel

Présentation semestrielle

- 01 Récits de situation complexes et authentiques
- 02 Situations cliniques questionnantes
- 03 Stages (rapports et synthèses) et entretiens d'explicitation
- 04 Enseignement dirigés
- 05 Traces de recherches, lectures (hors RSCA)
- 06 Groupes d'échanges de pratique (dans le cadre des UPL).
- 07 Autres (congrès ,FMC,....)
- 08 Curriculum vitae des compétences abordées

Pour le département de médecine générale de Lille, le portfolio est

Le mémoire du DES.

C) LE PORTFOLIO :

La faculté met à votre disposition un outil d'évaluation formative : **le portfolio**.

C'est un outil qui:

- Appartient à l'étudiant
- Est élaboré par l'étudiant
- Rassemble chronologiquement toute les traces d'apprentissage de l'étudiant
- Permet à l'étudiant d'apprécier sa progression sur les 3 ans du DES
- Permet à l'étudiant de situer sa demande de validation du DES.

Le portfolio sert de MEMOIRE dans le cadre du DES de Médecine générale. Il fera l'objet d'une présentation en fin de cursus de 3^o cycle .

Il sert au recueil des traces d'apprentissages qui peuvent être :

- Comptes-rendus de stages et leur évaluation
- Traces d'écriture clinique (RSCA , rédaction d'événements significatifs))
- Comptes rendus de groupes d'échange de pratique
- Traces de cas hospitaliers (présentations, lettres de sortie)
- Les recherches, les lectures avec sources, lecture critique
- Les rétroactions pédagogiques des maîtres de stage
- Les notes de synthèse de travail des séances de formation
- Séminaires, FMC
- Les notes d'enseignement
- ARP, Écriture d'ECOS par étudiants et leurs résultats.
- Thèses, écritures d'articles

Son développement est progressif au cours des 3 années de votre troisième cycle.

La production de traces d'acquisitions permet à l'étudiant de marquer les étapes de sa progression, de montrer ses capacités de réflexion, d'exposer sa maîtrise de la discipline médecine générale et de mesurer lui-même ces repères.

A la rentrée de 2008-2009, nous mettons en place le portfolio électronique, qui servira de support spécifique à votre production.

L'écriture mais surtout la rédaction sont un moyen de réflexion pour l'étudiant. C'est un moyen de faire la preuve et d'évaluer la trajectoire de progression de l'étudiant.

- Un outil de rédaction a été développé à cet usage : Les RSCA sont un des outils mis en place par le département de médecine générale pour permettre une évaluation formative de qualité des internes de médecine

générale par les maîtres d'apprentissages, au cours de chaque stage de la maquette et sur l'ensemble du DES .

D) LES RECITS DE SITUATION COMPLEXES ET AUTHENTIQUES

Le récit de situation complexe et authentique (RSCA) est plus qu'une « observation clinique », c'est un travail de réflexion sur une situation clinique authentique qui induit toujours:

- Le récit,
- L'analyse,
- Les tâches d'apprentissage induites,
- La synthèse, avec la mise en évidence des compétences abordées dans cette rédaction.

Le RSCA n'est pas une « observation clinique » au sens médical du terme, c'est un travail de réflexion de l'interne sur une situation qu'il a personnellement vécue au cours de sa pratique professionnelle, lors d'un stage, hospitalier ou en médecine générale ambulatoire.

Le script doit répondre aux critères suivants :

- _ **Situation complexe** : plusieurs champs sont concernés, les solutions ne sont pas univoques et immédiatement disponibles.
- _ **Récit narratif** : utilisation du pronom « je », description du contexte et du sujet.
- _ **Analyse** des problématiques posées et des objectifs d'étude.
- _ **Recherche** d'informations validées,, analysées avec synthèse
- _ **Synthèse** : auto évaluation (les compétences mises en œuvre dans cette situation) et auto formation (ce qui a été appris et pourra être mis en action ultérieurement). Ce dernier critère est essentiel à la validation du script
- _ **Présentation des compétences mises en œuvre**

Ce type d'écriture permet de repérer la mise en interactions des différentes composantes des compétences.

Pour vous aider dans votre démarche, voici :

1° par exemple, les champs globaux qui peuvent être abordés :

- 5 grandes compétences spécifiques pour le médecin généraliste
- La gestion des soins de santé primaire
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- Les soins centrés sur la personne
- L'orientation communautaire
- L'approche globale

2° ou encore douze champs spécifiques, qui peuvent être abordés :

- 1 - **Situation autour de l'éducation du patient dans un contexte de maladie chronique à forte prévalence en médecine générale** :HTA ou pathologies cardio-vasculaires, Diabète, Asthme
- 2 - **Prévention** :Cancer, Obésité
- 3 - **Situation autour d'un problème « d'urgence » en rapport avec la médecine ambulatoire** ou situation de prise de décision en contexte d'incertitude comme cela est très fréquent en médecine générale.
- 4 - **Situation autour d'un problème de santé concernant la personne âgée** : Maintien à domicile, Problématique d'handicaps, Chute, Démence, Iatrogénie, Accompagnement d'une fin de vie à domicile
- 5 - **Situation autour d'un problème de santé concernant la femme** : Contraception, Ménopause, Suivi de grossesse, Pathologie gynécologique
- 6 - **Situation autour d'un problème de santé concernant l'enfant et/ou l'adolescent** Plaintes et demandes spécifiques, Troubles du comportement
- 7 - **Situation autour d'un problème de santé impliquant le médecin dans la famille** Violence, Pathologies conjugales, Sexualité, Sévices, Mesure de protection
- 8 - **Situation de prise en charge d'un problème de souffrance psychique** : Anxiété, Dépression, Tentative de suicide
- 9 - **Situation autour d'un problème de santé au travail** : Inaptitude, Invalidité, Handicap, Harcèlement, Maladie professionnelle, Souffrance au travail
- 10 - **Situation clinique évoquant un problème de conflit ou de responsabilité** :Médico-légale, Déontologique, Juridique, Ethique
- 11 - **Situation relationnelle particulièrement satisfaisante ou difficile** :Patient en deuil, Patient revendicatif ou insatisfait, Annonce de diagnostic ou pronostic grave
- 12 - **Situation autour d'un problème de dépendance** :Alcool, Tabac, Cannabis, Héroïne

3° la grille de validation des RSCA qui est utilisée.

Cette grille doit permettre une autoévaluation qui préparera le travail avec le tuteur.
C'est donc VOUS qui la remplissez !

C'est un moyen pour tracer votre évolution dans le temps en comparant les grilles du début du DES avec celles à mi temps par exemple et celle de fin de DES.

GRILLE D'EVALUATION DES SCRIPTS DE SITUATION COMPLEXE

titre du script :

Date :

nom de l'interne :

N1 ou N2

Nom des Mds :

1 : pas du tout 2 : un peu
3 : suffisamment 4 : parfaitement

	1	2	3	4
Les 4 parties du script (récit, analyse, tâches induites, synthèse) sont présentes et distinctes les unes des autres				
l'interne est impliqué personnellement dans la situation choisie				
L'interne mentionne les émotions ou les sentiments qu'il a ressentis				
les interactions relationnelles entre le patient, l'interne et l'environnement sont décrites				
l'approche de la situation tient compte :				
des éléments biomédicaux				
des éléments psycho-affectifs propres au patient				
des éléments sociologiques				
les stratégies de résolution du problème sont relatées précisément				
les éléments de la négociation sont mentionnés				
la décision et les éléments décisionnels sont explicités				
la problématique développée est une problématique de soins primaires				
la ou les fonctions du médecin généraliste mises en œuvre sont identifiées				
les compétences nécessaires à cette fonction sont définies				
la solution proposée est adaptée à la situation				
des alternatives sont envisagées				
le doute et l'incertitude sont pris en compte				
le questionnement développé est pertinent par rapport à la situation décrite				
suite à l'analyse effectuée, un besoin de formation est exprimé				
un ou des objectifs d'auto-formation sont formulés				
une recherche (documentaire, par personne ressource, groupe d'échanges de pratiques) a été menée				
il existe des traces de cette recherche				
les résultats de cette recherche sont pertinents par rapport à la médecine gén.				
la rédaction du script a modifié les connaissances initiales de l'interne				
la rédaction du script a modifié la pratique de l'interne par				

E) EVENEMENTS SIGNIFICATIFS QUESTIONNANTS

Événement questionnant induisant une courte rédaction (maximum une page), description de la situation, questions soulevées et analyse réflexive.

Rédaction de 5 événements par semestre.

F) THESE de MEDECINE GENERALE

Vous avez la possibilité de choisir un sujet de thèse de Médecine Générale. Votre tuteur ou les médecins généralistes enseignants (chargés d'enseignements ou enseignants cliniciens ambulatoires) que vous allez rencontrer peuvent vous aider dans votre réflexion ;

Choisir une thèse de médecine générale :

- C'est avoir une réflexion **sur les soins primaires**, susceptible de faire progresser les connaissances de la discipline ou leur mise en oeuvre dans l'intérêt des patients.
- C'est montrer dans votre proposition une **pertinence** par rapport à la pratique de la médecine générale, à ses aspects spécifiques, à son domaine d'intervention*, à sa recherche ou encore son enseignement :

***Activité de la recherche en soins primaires** : étude des soins prodigués individuellement aux patients améliorant les indicateurs de santé publique (modèle bio-psycho-social).

- patients et états pathologiques à un stade initial et/ou peu différencié.
- prise en charge ambulatoire de patients en situation complexe.
- patients et maladies chroniques.
- patients et états morbides aigus.

Avec votre tuteur et/ou votre directeur de thèse,

Vous vérifierez par une revue de la littérature que cette proposition est originale, novatrice ou complémentaire par rapport à ce qui a déjà été produit et publié sur ce thème.

(Personne ressource : Solenn BIHAN, Conservateur à la Bibliothèque Universitaire, E-mail :solenn.bihan@univ-lille2.fr, tél : +33320623585)

- Et vous vous assurerez que la question de recherche, les moyens pour y répondre et les délais nécessaires pour mener la thèse à son terme sont pertinents et réalistes.

Dès lors rédigez votre fiche de projet de thèse que vous déposez au secrétariat du département.

Année 2008 - Département de Médecine Générale de Lille

Fiche de déclaration d'un travail de recherche au Département de Médecine Générale.

Nom de l'interne :

Courriel :

Nom du Directeur de thèse :

Courriel :

TITRE (provisoire)

Sous titre (provisoire)

CONTEXTE :

Justification de thème et du sujet, en se référant à 2 ou 3 références bibliographiques en fin de page (pertinence par rapport à la pratique des soins primaires, à la profession ou à l'enseignement discipline médecine générale).
Objectif du travail de recherche.

QUESTION :

Question précise à laquelle le travail va tenter d'apporter une réponse.

METHODOLOGIE :

En fonction de l'objectif et de la question, justification du critère principal de jugement (si étude quantitative) de la méthode et des outils utilisés. Prévision des démarches déclaratives (CNIL et CPP). Analyse des biais attendus.
Eventuels calculs d'échantillonnage et outils statistiques d'analyse.

RESULTATS ATTENDUS ET ANALYSE :

Plan de communication des résultats attendus

BIBLIOGRAPHIE :

Référencement en mode Vancouver des justifications avancées dans la fiche.

CONSIGNES

- ⇒ Le corps de la thèse (partie IMRAD) doit comporter au maximum 45 pages rédigées en Arial ou Times New Roman 12, tableaux et illustrations comprises.
- ⇒ Tous les questionnaires, formulaires de recueil de données, transcriptions d'entretiens... doivent être renvoyés en annexes.
- ⇒ Le référencement doit être de type Vancouver. Seuls les ouvrages cités dans le corps du texte doivent apparaître en bibliographie.
- ⇒ Le résumé en 4^e de couverture doit obligatoirement faire apparaître explicitement les paragraphes : Contexte, objectif (ou question de recherche), méthode, résultat(s) et (éventuelle) conclusion.

**G) VOTRE PROJET au sortir du DES DE MEDECINE
GENERALE ?**

