

UNIVERSITE PARIS 13

FACULTE DE MEDECINE DE BOBIGNY

Année 2021

Thèse n° :

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

Giulia SQUILLACE

Née le 14/04/1989 à ROME (Italie)

Présentée et soutenue publiquement le 09/02/2021

Quels sont les résultats de consultation en médecine générale retrouvés dans les Récits de Situation Complexes et Authentiques (RSCA) des stages ambulatoires des IMG du USPN ?

Président de Thèse : Professeur Alain MERCIER

Directeur de Thèse : Docteur Didier DUHOT

Membre du jury : Professeur Olivier BOUCHAUD

Professeur Pierre LOMBRAIL

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
Celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Alain MERCIER

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse, pour votre aide et disponibilité. Soyez assuré de ma reconnaissance.

À Madame le Professeur Olivier BOUCHAUD, qui a accepté de faire partie du jury

À Monsieur le Professeur Pierre LOMBRIL, merci d'avoir accepté de faire partie du jury

À Monsieur le Docteur Didier DUHOT, mon maître de stage et directeur de thèse, merci de m'avoir accompagné dans cette partie finale de mon parcours universitaire, pour votre disponibilité et investissements dans le travail.

À Madame le Docteur Flora JOSEPH MELCHIOR SRIKUMAR, ma co-thésarde et compagne de travail, merci pour ton aide et tes précieux conseils.

À Madame le Docteur Sophie HAGHIGHI, ma tutrice, merci pour son support tout au long du DES.

À Madame Sandra METIVIER, secrétaire du département de médecine générale de l'Université Sorbonne Paris Nord, merci pour votre aide, gentillesse et disponibilité.

REMERCIEMENTS

Je dédie ma thèse à mes deux familles :

Celle en Italie, qui m'a soutenu dans toutes mes études d'abord de près en Italie, puis de loin en France. A mon père Paolo et ma mère Anna, pour leur immense amour et support dans toutes mes décisions (pour la plus part très difficiles) ; à ma petite sœur Irene que j'adore avec tout mon cœur et ma sœur jumelle Betta, qui sera toujours mon phare; notre rapport fusionnel ne perd pas de force malgré la distance. J'aurais voulu pouvoir partager ce moment avec vous, mais dans mon cœur vous serez quand même présents. A ma grand mère Anna, peu importe où elle soit je sais qu'elle est toujours avec moi.

Celle en France, mes amis romains Irene, Alessandro, Luca, Simone et tout le Roma Club Parigi, grâce à vous je me sens toujours chez moi et je éloigne la solitude, à vous je dois ma sérénité ici, surtout dans ce période difficile. Sans vous je n'aurais pas tenu autant.

A ma plus grande amie Silvia, avec qui j'ai eu la chance de partager mes années d'études en Italie et l'aventure pour réaliser l'internat en France. On vit dans deux coins différents de la France mais on se tien toujours la main.

A mes amis français Cécile, Vero, Tarik, Vincent, Sujee avec qui j'ai partagé mes années d'études ici en France et crée une amitié profonde et merveilleuse, je me sens très heureuse à vous avoir comme amis.

A mes chères amies Chiara et Inga et leur précieux soutien en tout. Merci d'être toujours là.

ABREVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Étude Spécialisé

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECN : Épreuves Classantes Nationales

GAP : Groupes d'Analyse des Pratiques

GEPRI : Groupe d'Enseignement à la Pratique Réflexive entre Internes

IMG : Interne de Médecine Générale

MG : Médecine Générale

OMG : Observatoire de Médecine Générale

RC : Résultat de Consultation

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SN1 : Stage en Niveau 1

USPN : Université Sorbonne Paris Nord

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 – Classement Top 50 RC de l'OMG par patient

Figure 1 – Diagramme de flux

Tableau 2 – Nombre d'internes et de RSCA par groupe

Tableau 3 – Ratio RC différents et RC totaux pour nombre de RSCA

Tableau 4 – Ratio RC différent pour RC totaux

Tableau 5 – Nombre de RC différents en fonction du nombre de RSCA par niveau de stage par groupe

Tableau 6 – Ratio RC différents et RC totaux par nombre d'internes

Tableau 7 – Classement des RC par groupe et pourcentage

Tableau 8 – RC abordés plus de 3 fois

Tableau 9 – RC non abordés

Tableau 10 – Confrontation classement OMG et fréquence RC dans les groupes

Tableau 11 – Classement des RC en total

Tableau 12 – Classement en fréquence des RC de l'OMG et des internes

Tableau 13 – Comparaison des classements de l'OMG et des internes par tiers

Tableau 14 – RC codifié comme 51

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
ABRÉVIATIONS.....	5
TABLEAUX ET FIGURES	6
INTRODUCTION	8
MATÉRIELS ET MÉTHODES	10
RÉSULTATS.....	12
DISCUSSION	21
CONCLUSION	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
ANNEXE	27
SERMENT D'HIPPOCRATE	43
RÉSUMÉ.....	44

INTRODUCTION

La formation en médecine générale (MG) a commencé en 1973 à la faculté de médecine de Bobigny avec le création du DUFOR [1], puis en 1983 avec la création du collège national des généralistes enseignants (CNGE), suivi en 1991 par la nomination des premiers enseignants universitaires associés de Médecine Générale (MG) et la création des Département Universitaires de Médecine Générale (DUMG) [2,3]. Enfin en 2004 la MG est reconnue comme une discipline universitaire avec la création du diplôme universitaire d'études spécialisée (D.E.S) de MG.

La validation du D.E.S. prévoit une formation pratique avec 6 stages (ambulatoires et hospitaliers) et des enseignements universitaires [4].

Les stages ambulatoires comprennent au minimum 2 stages : le stage en Niveau 1 (SN1) et le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisé (SASPAS) devenu obligatoire depuis 2017 [5].

Pour l'enseignement universitaire, le model nantais, appliqué dans presque tous les DUMG prévoit la réalisation de traces d'apprentissage appelées récits de situations complexes et authentiques (RSCA) [6]. Ce sont des travaux de réflexion et élaboration rédigés par les internes autour d'une expérience pendant leurs stages d'internat, lors de laquelle émergeait la complexité de la pratique de la médecine.

Pour que l'expérience soit considérée authentique, elle doit concerner la médecine, ne pas être un épisode exceptionnel (et par conséquent doit être choisie au hasard), doit mettre en évidence un ou plusieurs taches de la médecine, être contextualisée dans un milieu médical (stage hospitalier, stage ambulatoire) et être surtout vécue par l'interne. [7, 8]

Dans la rédaction de ces travaux les interactions avec l'enseignant référent et avec le tuteur, qui guide l'interne vers l'apprentissage de sa propre réflexion et autonomie cognitive et professionnelle, sont favorisés. [6, 7, 8, 9]

Dans le département universitaire de médecine générale de l'université Sorbonne Paris Nord (USPN, anciennement appelé Paris 13), les internes présentent leurs RSCA lors de GEPRI, Groupes d'Enseignement à la Pratique Réflexive entre Internes, qui se réunissent chaque mois. Chaque promotion est distribuée en plusieurs groupes d'une dizaine d'internes. Un ou deux enseignants (médecin généraliste ou patient-enseignant) guident les discussions autour de la situation présentée par l'interne, et donnent de pistes de réflexion et de recherche [10, 11].

Les internes lors de la rédaction et du développement des RSCA doivent acquérir une réflexivité dans l'analyse de situations complexes sur le plan bio-psycho-social (selon le model holistique d'Engel) en apprenant à identifier et nommer les problèmes de santé pris en charge [12].

Ces types de groupes d'échanges existent aussi ailleurs, appelés Groupes d'Analyse des Pratiques (GAP) ou, comme défini à partir du 1994 par la Société française de médecine générale (SFMG), groupes de pairs®. Les professionnels se réunissent pour discuter des situations cliniques qu'ils retrouvent dans leur pratique, afin d'améliorer leurs pratiques cliniques en le comparant avec les recommandations existantes et les pratiques des autres médecins. Ces sessions d'échange et de réflexion rassemblent des pairs, c'est à dire professionnels de la même spécialité [13, 14, 15].

Pour aider les médecins généralistes à décrire leur pratique la SFMG a développé 2 outils. Le Dictionnaire des résultats de consultation (DRC), avec ses 278 Résultats de Consultation permet de décrire les problèmes de santé pris en charge en médecine générale [16]. C'est un outil de recueil standardisé des « diagnostics » les plus fréquents en médecine générale qui existe depuis début 1990. Chaque RC est constitué d'un titre, d'une définition, de « voir aussi » (les RC proches), de risques évitables et d'une position diagnostique (symptôme, syndrome, tableau de maladie et diagnostic certifié) qui permettent au praticien de visualiser facilement le degré d'ouverture du RC.

A partir de 1993, la SFMG, a mis en place un réseau de médecins généralistes informatisés constituant l'Observatoire de la médecine générale (OMG), fondé sur le relevé des pratiques en continu et en temps réel. L'OMG a permis de connaître la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans l'activité des médecins généralistes et a permis de valider le DRC en pratique quotidienne [17].

Le DRC permet de décrire 95 % des phénomènes pathologiques rencontrés par un praticien généraliste dans son exercice. Les 25 premiers RC (étude réalisée par l'OMG sur les données de l'année 2009) représentent 50 % de l'activité des médecins généralistes [18, 19, 20] et les 50 premiers en représentent 70 %.

Afin de savoir si les situations cliniques décrites dans les RSCA des stages ambulatoires étaient identiques à celles des médecins généralistes en exercice nous avons menée une étude dont l'objectif principal était d'identifier dans les groupes GEPRI les RC retrouvés par les internes lors de la rédaction de leurs RSCA, et de le comparer au top 50 RC retrouvés dans l'OMG.

L'objectif secondaire était de comparer l'ensemble des RC retrouvés par les internes aux classements du top 50 RC de l'OMG.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive rétrospective conduite entre novembre 2019 et mars 2020. Elle a été réalisée en binôme avec une co-thésarde, qui a travaillé sur les concepts de la médecine générale abordés dans les RSCA [21].

La population étudiée était composée par les 59 internes de la promo ECN 2014 de la faculté de médecine de l'USPN repartis dans 6 groupes de GEPRI. Nous avons étudié les RSCA rédigés par les internes lors de leur stage en ambulatoire, en Niveau 1 et en SASPAS, pendant l'internat.

Les critères d'exclusion étaient les situations vécues pendant un stage hospitalier ou en remplacement, la mauvaise qualité des fichiers sur le portfolio rendant les RSCA illisibles et la rédaction des RSCA par une des deux relectrices. Nous avons éliminé les deux dernières situations pour limiter le biais d'évaluation.

Mode de recueil des données

Après accord du DUMG, le directeur de thèse, également membre du DUMG, a extrait à partir des portfolios des internes l'ensemble des RSCA ambulatoires. Les RSCA ont été ensuite anonymisés pour ce qui concerne les lieux, les dates, noms (interne, médecin, autre). Ils ont ensuite été identifiés par un numéro aléatoire d'interne, et les groupes GEPRI ont aussi été anonymisés avec des lettres aléatoires (H, J, L, P, S, Z). Un dernier contrôle d'anonymisation a été effectué par un tiers de confiance pour que l'anonymisation soit assurée avant que les deux relectrices reçoivent les RSCA.

Pour ce qui concerne les RC, nous avons pris comme référence les chiffres de l'OMG pour l'année 2009 décrivant le classement des 50 RC les plus fréquents par patient (Tableau 1). Pour faciliter l'analyse, tous les RC autre que celui du top 50 ont été définis comme RC 51.

01	Examen systématique et prévention	11	Angine (amygdalite - pharyngite)	21	Bronchite Aigue	31	Cystite - Cystalgie	41	Sciatique
02	État fébrile	12	réaction à situation éprouvante	22	Diabète de type 2	32	Cervicalgie	42	Vertige - État vertigineux
03	HTA	13	Rhinite	23	Dermatose	33	Épaule (Ténosynovite)	43	Epigastralgie
04	Rhinopharyngite - Rhume	14	Plainte abdominale	24	Insomnie	34	Contusion	44	Hypothyroïdie
05	Vaccination	15	Contraception	25	Otite moyenne	35	Eczéma	45	Dorsalgie
06	État morbide afebrile	16	Tabagisme	26	anxiété - angoisse	36	Suite opératoire	46	Conjonctivite
07	Hyperlipidémie	17	Diarrhée - nausée - Vomissement	27	Anomalie biologique sanguine	37	Constipation	47	Humeur Dépressive
08	Lombalgie	18	Toux	28	Arthrose	38	Sinusite	48	Néuralgie - Névrite
09	Arthropathie – Péri-arthropathie	19	Procédure administrative	29	Asthénie - Fatigue	39	Dépression	49	Ténosynovite
10	Douleur non caractéristique	20	Reflux - Pyrosis - œsophagite	30	Asthme	40	Céphalée	50	Angor - Insuffisance coronarienne

Tableau 1 – Classement Top 50 RC de l'OMG par patient

Pour chaque RSCA, 2 relectrices ont identifié de manière indépendante, les RC abordés par l'interne. Les données ont été colligées dans un fichier Excel®. Les analyses des deux relectrices ont ensuite été comparées. Il n'y a pas eu de désaccord entre les 2 relectrices concernant les RC.

L'unité d'analyse était le GEPRI et les tableaux de résultats sont présentés par groupe.

Concernant les RC, pour chaque groupe nous avons analysé les RC différents pour évaluer quels RC compris dans le top 50 de l'OMG les internes ont abordés. Nous avons aussi analysé les RC totaux pour évaluer combien des RC compris dans le top 50 ont été abordés par les internes.

Une déclaration de conformité au référentiel de méthodologie MR-004 auprès de la CNIL a été obtenue pour la réalisation du fichier de recueil de données. Sa référence est le 2220260V0.

RÉSULTATS

La promotion ECN 2014 des IMG de l'USPN était constituée de 59 internes, réparties en 6 GEPRI.

Le groupe H et P étaient composés par 9 internes, le groupe J, L et Z de 10 internes chacun et le groupe S de 11 internes.

Il n'existait pas de différence statistique entre ces 6 groupes ($p = 0.9998$).

Chaque interne devant fournir lors de son internat 6 RSCA (1 RSCA pour chaque semestre), nous avons un nombre potentiel de RSCA de 354.

Nous avons identifiés 344 RSCA.

Parmi eux, 11 RSCA étaient illisibles, 218 RSCA ont été exclus car issue d'un stage hospitalier et 2 RSCA ont été exclus car se referaient à une situation vécue dans un remplacement, 3 RSCA ont été exclus car appartenaient à une des relectrices. Il manquait 10 RSCA dans les portfolios des internes.

Les RSCA inclus étaient au nombre de 110 (Figure 1).

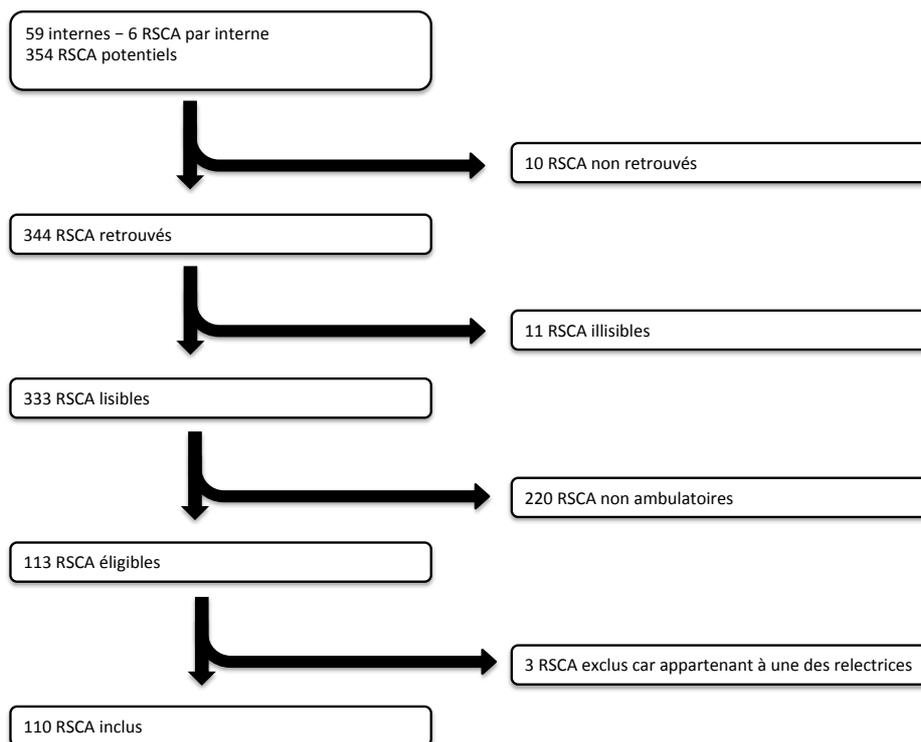


Figure 1 – Diagramme de flux

Les 10 RSCA manquants et les 11 RSCA illisibles se répartissaient ainsi : 8 dans le groupe P et dans le groupe S, 3 dans le groupe J, 1 dans le groupe L et dans le groupe Z. Le groupe H est le seul groupe

dont tous les RSCA attendus ont été inclus. Dans la promotion n’y a pas eu d’interne ayant changé de groupe GEPRI, en congé de longue maladie, ou ayant abandonné leur poste.

Le nombre d’internes par groupe variait de 9 à 11, et chaque groupe a réalisé entre 22 et 16 RSCA.

Le groupe H et Z ont été les groupes avec le nombre de RSCA le plus important (22 et 20 écrits respectivement), alors que les groupes J et P ont été ceux avec le moins de RSCA avec 16.

Le nombre de RSCA de SN1 par groupe variait entre 11 et 15, alors que le groupe H avait le nombre de RSCA fait en Saspas le plus important (10 écrits) par rapport aux autres groupes (entre 4 et 5) (Tableau 2).

	H	J	L	P	S	Z
Nb interne	9	10	10	9	11	10
Nb RSCA	22	16	18	16	18	20
Nb RSCA SN1	12	12	14	11	14	15
Nb RSCA Saspas	10	4	4	5	4	5

Tableau 2 – Nombre d’internes et de RSCA par groupe

Le nombre de RC totaux par groupe variait entre 22 et 41. Le groupe H avait le nombre de RC totaux le plus important et le groupe L le plus faible.

Le nombre de RC différents par groupe était compris entre 9 pour le groupe P et 19 pour le groupe H.

Le ratio des RC par RSCA variait pour les RC différents de 0,6 à 1 avec une moyenne de 0,8, et variait pour les RC totaux de 1,2 à 1,9 avec une moyenne de 1,6 (Tableau 3).

	H		J		L		P		S		Z	
	n	R	n	R	n	R	n	R	n	R	n	R
Nb internes	9		10		10		9		11		10	
Nb RSCA	22		16		18		16		18		20	
RC différents	19	0,9	16	1	14	0,8	9	0,6	13	0,7	17	0,8
RC totaux	41	1,9	30	1,9	22	1,2	25	1,6	28	1,5	34	1,7

Tableau 3 – Ratio RC différents et RC totaux pour nombre de RSCA

Les ratios entre RC différents et RC totaux par groupe sont compris entre 0,4 et 0,6, avec une moyenne de 0,5 (Tableau 4).

	H	J	L	P	S	Z
RC différents	19	16	14	9	13	17
RC totaux	41	30	22	25	28	34
Ratio RC différents/ RC totaux	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5

Tableau 4 – Ratio RC différent pour RC totaux

L'analyse de RC différents en fonction du niveau de stage a montré qu'en niveau 1 le nombre de RC était compris entre 7 et 15, avec une moyenne de 10. Ce nombre en Saspas était compris entre 3 et 16 avec une moyenne de 7,2 (Tableau 5).

Le ratio de RC par RSCA en SN1 était entre 0,6 et 1, avec une moyenne de 0,9, alors que celui en Saspas était entre 1,2 et 2 avec une moyenne de 1,35.

	H		J		L		P		S		Z	
	n	R	n	R	n	R	n	R	n	R	n	R
Nb de RSCA niveau 1	12		13		14		11		14		15	
Nb de RC différents SN1	12	1	13	1	12	0,8	7	0,6	11	0,8	15	1
Nb de RSCA Saspas	10		3		4		5		4		5	
Nb de RC différents Saspas	16	1,6	6	2	3	0,7	5	1	5	1,2	8	1,6

Tableau 5 – Nombre de RC différents en fonction du nombre de RSCA par niveau de stage par groupe

Le ratio des RC par interne variait selon les groupes de 1 à 2,1 avec une moyenne de 1,5 pour les RC différents. Le groupe avec le ratio le plus important était le groupe H, et celui avec le ratio le plus faible le groupe P.

Pour les RC totaux, la variation intergroupe était comprise entre 2,2 et 4,5 avec une moyenne de 3 (Tableau 6).

	H		J		L		P		S		Z	
	n	R	n	R	n	R	n	R	n	R	n	R
Nb internes	9		10		10		9		11		10	
Nb RSCA	22		16		18		16		18		20	
RC différents	19	2,1	16	1,6	14	1,4	9	1	13	1,2	17	1,7
RC totaux	41	4,5	30	3	22	2,2	25	2,7	28	2,5	34	3,4

Tableau 6 – Ratio RC différents et RC totaux par nombre d'internes

Les groupes ont abordés entre 8 RC (16 %) et 18 RC (36 %) compris dans le top 50, avec une moyenne 13,5 RC en (27,3 %). Le groupe qui a abordé le plus des RC du top 50 a été le groupe H et le groupe P celui qui en a abordé le moins.

Le RC 01 était le plus représenté dans les groupes J, P et S (Tableau 7).

Les groupes n'ont pas abordés de 32 à 42 RC du top 50, avec une moyenne de 36,6 RC non abordés.

	H		J		L		P		S		Z	
	RC	%	RC	%	RC	%	RC	%	RC	%	RC	%
1	19	12,2	01	10	15	13,6	01	12	01	14,3	39	17,6
2	01	7,3	02	10	05	9,1	04	12	19	14,3	01	8,8
3	04	7,3	39	10	01	4,5	03	8	15	7,1	02	5,9
4	15	7,3	11	6,7	03	4,5	12	8	39	7,1	09	5,9

5	02	4,9	19	6,7	09	4,5	47	8	03	3,6	12	5,9
6	06	4,9	29	6,7	12	4,5	02	4	05	3,6	21	5,9
7	20	4,9	03	3,3	14	4,5	06	4	22	3,6	22	5,9
8	27	4,9	04	3,3	19	4,5	20	4	26	3,6	04	2,9
9	08	2,4	06	3,3	22	4,5	51	40	27	3,6	05	2,9
10	11	2,4	12	3,3	27	4,5			29	3,6	08	2,9
11	12	2,4	15	3,3	31	4,5			32	3,6	14	2,9
12	14	2,4	17	3,3	39	4,5			47	3,6	15	2,9
13	17	2,4	20	3,3	50	4,5			51	28,6	19	2,9
14	22	2,4	23	3,3	51	27,3					20	2,9
15	23	2,4	42	3,3							26	2,9
16	26	2,4	51	20							30	2,9
17	33	2,4									35	2,9
18	39	2,4									51	14,7
19	51	22										

Tableau 7 – Classement des RC par groupe et pourcentage

Dans le tableau 8 on peut constater que le RC 1 a été abordés plus de 3 fois dans tous les groupes sauf le groupe L.

	H	J	L	P	S	Z
RC abordés > 3 fois	1 - 4 - 15 - 19	1 - 2 - 39	15	1 - 4	1 - 19	1 - 39

Tableau 8 – RC abordés plus de 3 fois

Les RC 7, 10, 13, 16, 18, 24, 25, 28, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 48 et 49 (en gras dans le tableau) n'ont été abordés par aucun groupe et le RC 50 n'a été abordé uniquement par le groupe L (Tableau 9).

	H	J	L	P	S	Z
RC non abordés	3 - 5 - 7 - 9 - 10 - 13 16 - 18 - 21 - 24 - 25 - 28 29 - 30 - 31 - 32 - 34 - 35 36 - 37 - 38 - 40 - 41 - 42 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 49 - 50	5 - 7 - 8 - 9 - 10 - 13 14 - 16 - 18 - 21 - 22 - 24 25 - 26 - 27 - 28 - 30 - 31 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 38 - 40 - 41 - 43 - 44 - 45 46 - 47 - 48 - 49 - 50	2 - 4 - 6 - 7 - 8 - 10 11 - 13 - 16 - 17 - 18 - 20 21 - 23 - 24 - 25 - 26 - 28 29 - 30 - 32 - 33 - 34 - 35 36 - 37 - 38 - 40 - 41 - 42 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 49	5 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 19 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 44 - 45 - 46 - 48 - 49 - 50	2 - 4 - 6 - 7 - 8 - 9 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 16 17 - 18 - 20 - 21 - 23 - 24 25 - 28 - 30 - 31 - 33 - 34 35 - 36 - 37 - 38 - 40 - 41 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 48 49 - 50	3 - 6 - 7 - 10 - 11 - 13 16 - 17 - 18 - 20 - 23 - 24 25 - 27 - 28 - 29 - 31 - 32 33 - 34 - 36 - 37 - 38 - 40 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 47 - 48 - 49 - 50

Tableau 9 – RC non abordés

Le tableau 10 présente le nombre de RC abordés par groupe pour chaque RC du top 50 de l'OMG. Le RC le plus travaillé était Examen Systématique et Prévention qui est le premier RC du Top 50. Il est à noter que 20 RC n'ont été abordés dans aucun groupe.

	RC	H	J	L	P	S	Z
		n	n	n	n	n	n
1	Examen systématique et prévention	3	3	1	3	4	3
2	État fébrile	2	3		1		2
3	HTA		1	1	2	1	
4	Rhinopharyngite - Rhume	3	1		3		1
5	Vaccination			2		1	1
6	État morbide afebrile	2	1		1		
7	Hyperlipidémie						
8	Lombalgie	1					2
9	Arthropathie – Péri-arthropathie			1			2
10	Douleur non caractéristique						
11	Angine (amygdalite - pharyngite)	1	2				
12	réaction à situation éprouvante	1	1	1	2		2
13	Rhinite						
14	Plainte abdominale	1		1			1
15	Contraception	3	1	3		2	1
16	Tabagisme						
17	Diarrhée - nausée - Vomissement	1	1				
18	Toux						
19	Procédure administrative	5	2	1		4	1
20	Reflux - Pyrosis - oesophagite	2	1		1		
21	Bronchite Aigue						2
22	Diabète de type 2	1		1		1	2
23	Dermatose	1	1				
24	Insomnie						
25	Otite moyenne						
26	anxiété - angoisse	1				1	1
27	Anomalie biologique sanguine	2		1		1	
28	Arthrose						
29	Asthénie - Fatigue		2			1	
30	Asthme						1
31	Cystite - Cystalgie			1			
32	Cervicalgie					1	
33	Épaule (Ténosynovite)	1					
34	Contusion						
35	Eczéma						1
36	Suite opératoire						
37	Constipation						
38	Sinusite						
39	Dépression	1	3	1		2	6
40	Céphalée						
41	Sciatique						
42	Vertige - État vertigineux		1				
43	Epigastralgie						
44	Hypothyroïdie						
45	Dorsalgie						
46	Conjonctivite						

47	Humeur Dépressive	2	1
48	Névrалgie - Névrite		
49	Ténosynovite		
50	Angor - Insuffisance coronarienne	1	

Tableau 10 – Confrontation classement OMG et fréquence RC dans les groupes

Le classement des RC totaux de l'ensemble des internes a montré que 30 RC du top 50 de l'OMG ont été retrouvés dans les RSCA. Ils représentaient 75,5 % de l'ensemble des RC présents dans les RSCA. Le RC 1 a été le plus fréquent pour un taux de 9,4 % (Tableau 11).

	RC	n	%
1	Examen systématique et prévention	17	9,4
2	Procédure administrative	13	7,2
3	Dépression	13	7,2
4	Contraception	10	5,5
5	État fébrile	8	4,4
6	Rhinopharyngite - Rhume	8	4,4
7	réaction à situation éprouvante	7	3,9
8	HTA	5	2,8
9	Diabète de type 2	5	2,8
10	Vaccination	4	2,2
11	État morbide afebrile	4	2,2
12	Reflux - Pyrosis - œsophagite	4	2,2
13	Anomalie biologique sanguine	4	2,2
14	Lombalgie	3	1,7
15	Arthropathie – Péri-arthropathie	3	1,7
16	Angine (amygdalite - pharyngite)	3	1,7
17	Plainte abdominale	3	1,7
18	anxiété - angoisse	3	1,7
19	Asthénie - Fatigue	3	1,7
20	Humeur Dépressive	3	1,7
21	Diarrhée - nausée - Vomissement	2	1,1
22	Bronchite Aigue	2	1,1
23	Dermatose	2	1,1
24	Cystite - Cystalgie	1	0,5
25	Asthme	1	0,5
26	Cervicalgie	1	0,5

27	Épaule (Ténosynovite)	1	0,5
28	Eczéma	1	0,5
29	Vertige - État vertigineux	1	0,5
30	Angor - Insuffisance coronarienne	1	0,5
31	RC non inclus dans le top 50 OMG	44	24,4

Tableau 11 – Classement des RC en total

Dans le tableau 12 reprend les RC de l'OMG et des internes. Les RC de l'OMG non abordés par les internes ont été mis en italique gras.

	RC OMG	RC des internes
1	Examen systématique et prévention	Examen systématique et prévention
2	État fébrile	Procédure administrative
3	HTA	Dépression
4	Rhinopharyngite - Rhume	Contraception
5	Vaccination	État fébrile
6	État morbide afebrile	Rhinopharyngite - Rhume
7	Hyperlipidémie	réaction à situation éprouvante
8	Lombalgie	HTA
9	Arthropathie – Péri-arthropathie	Diabète de type 2
10	Douleur non caractéristique	Vaccination
11	Angine (amygdalite - pharyngite)	État morbide afebrile
12	réaction à situation éprouvante	Reflux - Pyrosis - œsophagite
13	Rhinite	Anomalie biologique sanguine
14	Plainte abdominale	Lombalgie
15	Contraception	Arthropathie – Péri-arthropathie
16	Tabagisme	Angine (amygdalite - pharyngite)
17	Diarrhée - nausée - Vomissement	Plainte abdominale
18	Toux	anxiété - angoisse
19	Procédure administrative	Asthénie - Fatigue
20	Reflux - Pyrosis - œsophagite	Humeur Dépressive
21	Bronchite Aigue	Diarrhée - nausée - Vomissement
22	Diabète de type 2	Bronchite Aigue
23	Dermatose	Dermatose
24	Insomnie	Cystite - Cystalgie
25	Otite moyenne	Asthme
26	anxiété - angoisse	Cervicalgie
27	Anomalie biologique sanguine	Épaule (Ténosynovite)
28	Arthrose	Eczéma
29	Asthénie - Fatigue	Vertige - État vertigineux
30	Asthme	Angor - Insuffisance coronarienne
31	Cystite - Cystalgie	
32	Cervicalgie	
33	Épaule (Ténosynovite)	
34	Contusion	
35	Eczéma	
36	Suite opératoire	

37	Constipation
38	Sinusite
39	Dépression
40	Céphalée
41	Sciatique
42	Vertige - État vertigineux
43	Epigastralgie
44	Hypothyroïdie
45	Dorsalgie
46	Conjonctivite
47	Humeur Dépressive
48	Néuralgie - Névrite
49	Ténosynovite
50	Angor - Insuffisance coronarienne

Tableau 12 – Classement en fréquence des RC de l’OMG et des internes

Pour faciliter l’analyse, nous avons reparti les RC par tiers dans les deux classements.

Dans le tableau 13 nous avons comparé les deux classements par tiers pour évaluer la distribution par fréquence des RC abordé par les internes en rapport au classement de l’OMG.

Le classement de l’OMG a été divisé par tiers (de 1 à 16, 17 à 33, 34 à 50). Celui des RC retrouvés dans les RSCA a été divisé par tiers (de 1 à 10, 11 à 20, 21 à 30).

	Classement OMG	Classement internes	RC internes
1er tier	1 - 16	1 - 10	1, 2, 3, 4, 12, 15, 19, 22, 39, 5
2e tier	17 - 33	11 - 20	6, 8, 9, 11, 14, 20, 26, 27, 29, 47
3e tier	34 - 50	21 - 30	17, 21, 23, 30, 31, 32, 33, 35, 42, 50

Tableau 13 – Comparaison des classements de l’OMG et des internes par tiers

L’analyse du « RC 51 » (RC après le Top 50 de l’OMG) a montré un total de 44 RC avec 27 RC différents.

Les plus fréquents étaient « grossesse » et « cancer » avec 13,6 %, « toxicomanie » avec 9,1 %, et « trouble psychique », « aménorrhée », « dyspnée » et « anémie ferriprive » avec 4,5% chacun. Les 21 RC restants étaient présents une seule fois (Tableau 14).

RC codifiés 51	n	%
Grossesse	6	13,6
Cancer	6	13,6
Toxicomanie	4	9,1
Trouble psychique	2	4,5
Aménorrhée	2	4,5
Dyspnée	2	4,5
Anémie ferriprive	2	4,5
Dermatophytose	1	2,3
Démence	1	2,3
Leucorrhée	1	2,3

Perte d'appétit	1	2,3
Maladie de Crohn RCH	1	2,3
Vulvite vaginite	1	2,3
Dysfonction sexuelle	1	2,3
Syndrome maniaco-dépressif	1	2,3
Tuméfaction	1	2,3
Hépatite virale	1	2,3
Problème du couple	1	2,3
Problème lié à l'alcool	1	2,3
Ménopause	1	2,3
Anorexie	1	2,3
Perte de mémoire	1	2,3
Excision	1	2,3
Acné vulgaire	1	2,3
VIH	1	2,3
Malaise	1	2,3
Trouble du langage oral et écrit	1	2,3

Tableau 14 – RC codifié comme 51

DISCUSSION

Nous avons pu réaliser cette étude sur l'identification de résultats de consultation en médecine générale dans les RSCA ambulatoires des IMG de l'USPN, promo ECN 2014.

Nous avons inclus dans l'étude 110 RSCA (dont 78 en SN1 et 32 en Saspas) écrit par les 59 internes. Ils contenaient 180 RC au total et 57 RC différents. Les groupes ont abordés entre 9 et 19 RC différents dans les RSCA.

Il existe une différence importante de nombre de RSCA par groupe allant en SN1 de 11 à 15 (moyenne de 13) et en Saspas de 4 à 10 (moyenne de 5,3). Cet écart s'explique par le fait qu'avant 2017 le Saspas n'était pas obligatoire.

L'évaluation externe de nos données a été rendue difficile par le manque d'études comparables dans la littérature, indexée au grise.

On retrouve une différence concernant le nombre des RC abordés par chaque groupe. Le ratio de RC différents par groupe variait de 1 à 2,1 et celui des RC totaux de 2,2 à 4,5.

Cela peut refléter le fait que chaque groupe a une manière différente d'interagir et de développer les GEPRI.

La production des RSCA est assez variable d'un interne à l'autre, ainsi que pour le même interne pendant son cursus. Cela dépend de plusieurs facteurs comme par exemple le maître de stage ou l'enseignant du GEPRI [22]. On peut supposer aussi que les interactions avec les mêmes internes pendant le GEPRI puissent avoir conditionné leur capacité et leur méthode de travail pour les RSCA.

Les groupes ont abordés entre 8 et 18 RC (13,5 en moyenne) compris dans le top 50 soit entre 16 % et 36 % (27,3 % en moyenne). Le nombre des RC du top 50 non abordés par groupe est assez important, entre 32 et 42 RC (moyenne de 36,6 RC).

Les groupes ont abordés au total 30 RC parmi les RC du top 50 de l'OMG, c'est à dire 60 % des 50 RC plus fréquents dans la MG.

Ce faible pourcentage des RC du top 50 abordés dans les groupes peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- la sélection des sujets par les internes pour les RSCA. Si on considère comme modèle pour les RSCA les groupes de pairs®, une règle de sélection de la situation clinique est de choisir un patient de façon aléatoire. Cela représente un critère de qualité pour permettre la formation des participants dans les situations les plus fréquentes [23]. Les consignes du DUMG du USPN sont d'ailleurs de choisir la 3^e consultation de la journée qui suivait la réception du mail qui indiquait la convocation à la réunion GEPRI [21]. Il est possible que les internes ne respectent pas les consignes au moment de choisir la situation clinique à présenter dans leur RSCA, et qu'ils sélectionnent une situation les ayant touchés particulièrement (impact émotionnel, indécision thérapeutique, conflit avec le patient etc), pour pouvoir en discuter avec les participants du GEPRI.

- une focalisation des internes autour des mêmes problématiques cliniques,

- le nombre limité de RSCA que on a pu inclure dans l'étude. Il n'aurait pas permis d'aborder d'autres RSCA du top 50.

Le nombre des RSCA inclus était limité et rend difficile une comparaison avec le classement de l'OMG.

Cependant, on peut évaluer la distribution des RC des internes par rapport au classement de l'OMG par tiers, ce qui permet de confronter plus facilement les deux classements (tableau 13). On retrouve :

- dans le premier tiers du classement des RC des internes 6 RC appartenant au premier tiers du classement de l'OMG : 1, 2, 3, 4, 5, 12 et 15 ; le RC 19 et 22 qui font partie du deuxième tiers et le RC 39 qui appartient au troisième tiers.

- dans le deuxième tiers du classement des RC des internes les RC 6, 8, 9, 11, 14 et 20 du premier tiers du classement de l'OMG, 26, 27, 29 qui appartiennent au deuxième tiers et le 47 qui fait partie du troisième tiers.

- dans le troisième tiers du classement des RC des internes les RC 17, 21, 23, 30, 31, 32 et 33 appartenant au deuxième tiers du classement OMG et le RC 35, 42 et 50 appartenant au troisième tiers.

La fréquence des RC des internes est différente de celle de l'OMG.

Cette différence peut s'expliquer par le manque de 20 RC du top 50 chez les internes ou par le non-respect du tirage aléatoire pour le choix de sujet des RSCA.

Caractère généralisable des résultats

L'utilisation des RSCA dans la majorité des DUMG, la généralisation des groupes d'échange de pratique et l'obligation des deux stages ambulatoires dans la maquette de DES de MG laisse à penser que cette étude est généralisable à d'autres promotions d'IMG et à d'autres facultés.

Limites de l'étude

La présence de biais est possible, comme en toutes les études. Nous avons essayé de limiter ces biais.

Le biais d'évaluation a été réduit avec l'anonymisation des RSCA et aussi par la double lecture indépendante faite par les deux co-thésardes. Le recours à un troisième investigateur pour parvenir à un consensus lors de la présence d'un désaccord a ultérieurement contribué à réduire ce type de biais.

Le faible nombre de RSCA inclus aura pu créer un biais de représentation de certains RC qui ont parfois été surreprésentés, et parfois sous ou non-représentés. Cela aura donc probablement entraîné une modification du classement des RC.

Un biais de classification pourrait exister. Certaines situations cliniques auraient pu être mal recodées par les investigatrices par défaut d'information ou en raison du recodage des RC des internes a posteriori.

La non-inclusion des 10 RSCA absents dans les portfolios et des 11 RSCA illisibles pourrait aussi avoir influencé les résultats finaux de l'étude. Parmi eux, plusieurs RSCA issus de stages ambulatoires auraient pu aborder des RC non abordés.

Enfin l'OMG reflétait le nombre des RC posés par les médecins par patient, alors que cette étude se base sur les RSCA réalisés par les internes, qui ont comme objectif le développement d'une réflexion clinique non encore acquise, où le diagnostic n'est pas l'élément central.

Implication dans la pratique

L'étude a montré que les internes ne suivent probablement pas la consigne du DUMG dans le choix du cas à présenter dans les GEPRI et dans les RSCA.

Le message n'est-il pas assez clair pour les internes et faut-il l'améliorer dans les enseignements en expliquant l'intérêt de cette méthode ?

Il serait intéressant de centrer l'apprentissage du troisième cycle de MG vers l'identification des situations cliniques plus fréquentes en MG, et l'utilisation du DRC et des RC comme aide pour la diagnostique et la résolution de l'incertitude diagnostique.

CONCLUSION

L'objectif du 3^e cycle de MG est de préparer les internes à leur futur exercice professionnel.

Dans ce cadre il est important que l'enseignement soit axé sur les situations cliniques les plus fréquentes en MG.

Les groupes du GEPRI ont abordés en moyenne 27,3% des RC compris dans le top 50 de l'OMG. Sur l'ensemble des RSCA, 20 RC du top 50 n'ont pas été abordés par les internes.

La connaissance par les internes de la répartition des situations cliniques prises en charge en MG (données de l'OMG) pourrait permettre aux internes de mieux appréhender leur formation de leur 3^e cycle de MG.

Le respect du tirage aléatoire pour les RSCA devrait permettre une plus grande diversité de situations cliniques exposées. Du côté facultaire, le tirage aléatoire d'un RC du top 50 fourni à l'interne avec la convocation au GEPRI pourrait résoudre le problème du non-respect du choix aléatoire par les internes.

Notre étude a été menée sur RC dans les RSCA des stages ambulatoires, il serait intéressant de conduire la même étude sur les RSCA des stages hospitaliers.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hououne, F. Étude des difficultés rencontrées par les internes de médecine générale, à la faculté de Paris XIII, pour clôturer leur cursus universitaire: enquête auprès des étudiants en fin de troisième cycle de leur tuteur. Thèse de médecine ; Bobigny 2012.
2. Rougeron C. La médecine générale en France de la Révolution à aujourd'hui : la métamorphose. *Ethics, Medicine and Public Health*. 1(2):283-8.
3. Collège National des généralistes enseignants https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge
4. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
5. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine
6. Rat, C., Le Mauff, P.(2008). Diplôme d'études spécialisées de médecine générale. La validation des premiers internes à Nantes. *Exercer*, 81, 45-8.
7. Chalons B. Quels sont les difficultés et les bénéfices du RSCA perçus par les internes inscrits en DES de médecine générale à la faculté de Tours au cours du second semestre de l'année universitaire 2008-2009 ? Thèse de médecine : Tours, 2012.
8. Perez A. Sinca E. Fonvieille A. Perception des récits de situations complexes et authentiques (RSCA) par les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées : étude qualitative par Focus Group ; Thèse de médecine ; Toulouse 2017.
9. Ball P, Le Mauff P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ? *Exercer*. 2008;19(83):104-10.
10. Renoux C, Pailloux A, Robert J. Les groupes d'échange de pratique : un outil du paradigme d'apprentissage. *Exercer*. 2017;(129):34-42.
11. Les GEPRI - Département universitaire de Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: <http://dumg.univ-paris13.fr/d-e-s/enseignements-facultaires/enseignements-facultaires-des-150/article/les-gepri>
12. Les traces d'apprentissage - Département universitaire de Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: <https://dumg.univ-paris13.fr/d-e-s/enseignements-facultaires/enseignements-facultaires-des-150/article/les-traces-d-apprentissage>
13. Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807236/fr/staffs-d-une-equipe-medico-soignante-groupes-d-analyse-de-pratiques
14. François P, Philibert AC, Estrurillo G. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. *La Presse Médicale*. 1(42):e21-7.
15. La Société française de médecine générale : une société savante au service de sa discipline. *La revue du praticien médecine générale*. 14 oct 2002;16(587):1-2;
16. Société Française de Médecine Générale : DRC® [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfm.org/drc/>
17. Clerc P, Boissault P, Kandel O. Observatoire de la médecine générale: quels bénéfices pour les médecins? *La revue du praticien médecine générale*. 26 avr 2004;18(650/651):569-72.
18. Société Française de Médecine Générale : Quelques chiffres sur les Résultats de consultation [Internet]. Disponible sur: http://www.sfm.org/drc/quelques_chiffres_sur_les_resultats_de_consultation/
19. OMG - Top 50 des RC [Internet]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
20. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P. Le Dictionnaire des Résultats de consultation® Sémiologie des situations cliniques en médecine générale. SFMG;

21. Joseph Melchior Srikumar F, Duhot D, Quels sont les concepts de médecine générale retrouvés dans les Récits de Situation Complexes et Authentiques des stages ambulatoires des internes de l'université Sorbonne Paris Nord ? Thèse de médecine, Bobigny 2020.
22. Galam E. Produire des traces d'apprentissage : le RSCA. La revue du praticien médecine générale. 2008;22(794)
23. Société Française de Médecine Générale : Critères de qualité [Internet]. Disponible sur: http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/criteres_de_qualite/

ANNEXES 1

Recueil de données

Numéros	Groupe	N°interne	N°RSCA	Stage	Résultat de consultation		
1	J	1	3	SN1	2	17	
2	J	2	4	SN1	2	11	23
3	H	3	4	SN1	33		
4	H	3	5	Saspas	2	11	
5	J	4	2	SN1	12	19	
6	J	4	3	SN1	51		
7	J	4	4	Saspas	51		
8	S	5	4	SN1	51		
9	S	5	5	Saspas	26	47	
10	L	6	3	SN1	5	9	14
11	Z	7	3	SN1	2	22	
12	Z	7	5	SN1	51		
13	S	8	4	SN1	19	51	
14	S	8	6	Saspas	1	15	51
15	Z	9	3	SN1	1	22	
16	Z	9	4	SN1	2	21	
17	H	10	3	SN1	1	19	
18	H	10	4	SN1	51		
19	H	10	5	Saspas	6	19	20
20	H	10	6	Saspas	8	12	19 26
21	Z	11	3	SN1	51		
22	Z	11	5	SN1	15		
23	S	12	4	SN1	1	15	
24	Z	13	4	SN1	14	26	
25	Z	14	4	SN1	8		
26	Z	14	4	Saspas	4	39	
27	S	15	4	SN1	19		
28	H	16	4	SN1	4		
29	H	16	5	SN1	19	51	
30	L	17	4	SN1	15		
31	L	17	5	SN1	1		
32	P	19	3	SN1	51		
33	P	19	4	SN1	12	51	
34	Z	20	4	SN1	39	51	
35	P	21	3	SN1	4		
36	P	21	4	SN1	3	20	
37	P	21	5	Saspas	2		
38	Z	24	4	SN1	12		
39	L	25	4	SN1	19	22	
40	Z	26	3	SN1	35	39	
41	Z	26	4	SN1	1	9	30
42	Z	26	5	Saspas	21		

43	Z	26	6	Saspas	9	39		
44	L	27	4	SN1	39	51		
45	L	27	5	SN1	15			
46	L	27	6	Saspas	31			
47	J	28	4	SN1	1	11		
48	P	29	4	SN1	51			
49	S	30	3	SN1	19	51		
50	S	30	4	SN1	1			
51	J	31	3	SN1	51			
52	J	31	4	SN1	29	51		
53	L	32	4	SN1	51			
54	L	32	5	SN1	51			
55	S	33	4	SN1	39			
56	S	33	5	SN1	51			
57	S	33	6	SN1	3	22	27	
58	L	34	4	SN1	51			
59	L	34	5	Saspas	27			
60	H	35	3	SN1	27	51		
61	H	35	6	Saspas	1	2	15	
62	S	36	5	SN1	5			
63	P	37	4	SN1	12			
64	L	38	3	SN1	12			
65	L	38	4	SN1	5			
66	P	39	3	SN1	1	4	51	
67	P	39	4	SN1	6			
68	H	40	3	SN1	51			
69	H	40	4	SN1	23			
70	H	40	5	Saspas	19			
71	H	40	6	Saspas	51			
72	S	41	4	SN1	32			
73	S	41	6	SN1	51			
74	J	42	4	SN1	29	39		
75	H	43	3	SN1	1	4		
76	H	43	5	Saspas	14	15		
77	H	43	6	Saspas	22	51		
78	Z	44	3	SN1	19	51		
79	Z	44	4	SN1	51			
80	Z	44	5	Saspas	1	5		
81	Z	44	6	Saspas	8	39		
82	P	45	3	SN1	51			
83	P	45	4	SN1	51			
84	H	46	3	SN1	39			
85	H	46	4	Saspas	4	15	17	51
86	J	47	3	SN1	3	39	42	
87	J	47	4	SN1	51			
88	P	48	5	SN1	47	51		
89	P	48	6	Saspas	1	4	51	
90	Z	49	4	SN1	12	39		
91	P	50	3	SN1	1	47		
92	P	50	4	SN1	3	51		
93	P	50	6	Saspas	51			
94	H	51	4	SN1	51			

95	S	52	3	SN1	39	51	
96	S	52	4	SN1	1	29	
97	S	52	6	Saspas	51		
98	H	53	4	SN1	6	20	51
99	H	53	5	Saspas	27		
100	L	54	3	SN1	50		
101	L	54	4	SN1	15		
102	L	54	5	Saspas	51		
103	J	55	3	SN1	20		
104	J	55	5	Saspas	2	6	
105	J	55	6	Saspas	1	4	15
106	S	56	4	SN1	19		
107	L	57	4	SN1	3		
108	L	57	6	Saspas	51		
109	J	59	4	SN1	51		
110	J	59	5	SN1	1	19	39

ANNEXES 1

Exemples de RSCA

RECIT DE SITUATION CLINIQUE COMPLEXE ET AUTHENTIQUE

TITRE

RSCA N°	6
Titre	
Date du GEPRI	

SOMMAIRE

TITRE	1
SOMMAIRE	1
IDENTITE	1
POINTS DE CERTIFICATION	1
RECIT NARRATIF DE LA SITUATION	2
PROBLEMATISATION DE LA SITUATION CLINIQUE	4
STRATEGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	5
LES REPONSES APORTEES PAR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	6
SYNTHESE : CE QUE JE FERAI DORENAVANT	9
PERSPECTIVES	9
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	9
GRILLE D'EVALUATION DU RSCA	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
NOTICE DE LA GRILLE D'EVALUATION DU RSCA	11

IDENTITE

Nom de l'interne	
Nom du tuteur	
Nom(s) de(s) l'enseignant(s) de GEPRI	

POINTS DE CERTIFICATION

Compétences développées	Approche centrée patient Relation Communication	Premier recours Urgences	Approche globale Complexité	Continuité Suivi Coordination des soins	Education en santé Dépistage Prévention individuelle et communautaire	Professionalisme
Nombre de points de certification (6 points à répartir) <i>Proposition par l'interne</i>	2	1		2	1	

RECIT NARRATIF DE LA SITUATION

La narration est une description d'une situation de soins.

Elle utilise la première personne du singulier « je », et conjugue les verbes au passé (la situation est dans le passé). Elle respecte l'anonymat.

Elle aboutit

- **à l'établissement d'un diagnostic de situation analysant la situation selon les 3 aspects du modèle holistique d'Engel (bio-psycho-social),**
- **à l'analyse des décisions prises selon le modèle EBM (Evidence-based medicine).**

J'ai reçu, en SASPAS une patiente de 25 ans en fin d'après-midi: Elle avait comme **antécédents** :

Syndrome du défilé costo-claviculaire à la naissance

Dépression

G1P1, césarienne, allaitement en cours et suivi en PMI

Elle est venue me **consulter** pour lombalgie depuis 2 semaines suite à la reprise du travail, après un congé parental.

Lorsque je l'examine, je retrouve une contracture musculaire lombaire bilatérale, pas de raideur du rachis ni de douleur élective à la palpation des épineuses.

Je lui propose des séances de kinésithérapie et lui demande si tout se passe bien au travail.

En fin de consultation, elle me répond en larmes qu'elle a arrêté le suivi avec la psychologue du travail car elle fait un rejet et elle ne souhaite pas de traitement anxiolytique.

Elle me dit qu'elle est dans une situation difficile en ce moment avec des problèmes financiers, de logement...

Je relève donc les **éléments psychologiques** suivant :

État anxieux avec somatisation et reprise du travail difficile avec une patiente en larmes qui se livre sur sa situation en fin de consultation quand elle semble se sentir plus en confiance.

J'éprouve de la compassion pour cette jeune maman qui se sent perdue et qui est de plus en rupture de suivi psychiatrique.

Sa **situation sociale** est la suivante :

Elle est d'origine malienne, mariée avec un ivoirien sans papier.

Elle a un statut de travailleur handicapé et travaille dans la restauration en milieu protégé (ESAT).

Elle est donc en ALD.

Son logement est déclaré insalubre, elle est ainsi suivie par une assistante sociale (AS) pour le relogement. Ses droits à la CAF ont été supprimés car elle n'avait pas déclaré son conjoint.

En ce qui concerne son entourage:

Sa mère vient de décéder au Mali (plus contact depuis des années), père au Mali qui n'est pas au courant de sa situation, 7 frères et sœurs en ile de France mais avec qui elle est en conflit depuis son mariage car conjoint non accepté de par son origine ethnique.

Il y a donc des répercussions de son environnement sur sa santé :

Il en résulte un état anxio- dépressif.

Mon **diagnostic de situation** :

Patiente en détresse psycho-sociale.

Nécessité de revoir la patiente sur plusieurs consultations pour reprendre un suivi.

Besoin de coordination avec AS, PMI et psychiatre.

J'ai donc pris les décisions suivantes :

Décision 1 :

Je pensais que sa lombalgie traduisait en fait un état anxio-dépressif majeur.

Donc lors de la 2eme consultation : j'ai instauré une discussion sur l'introduction d'un traitement anxiolytique et antidépresseur compatible avec l'allaitement mais je me suis trouvé face à un refus de la patiente.

Lors de la 3e consultation : elle avait des angoisses envahissantes avec crise de larmes nécessitant des arrêts de travail. J'ai donc pris la décision de l'orienter vers un psychiatre dans l'autre cabinet où j'effectuais mon SASPAS.

J'ai pris le rdv avec un confrère car je partais en congé la semaine d'après et je ne voulais pas laisser la patiente sans suivi.

La patiente a accepté et s'est rendu au rdv mais n'a pas pris les traitements prescrits.

Décision 2 :

La situation sociale était aussi préoccupante.

La patiente souhaitait changer d'assistante sociale car elle avait l'impression que son dossier n'avancait pas. Courrier fait à l'AS pour faciliter la coordination mais AS non réceptive car n'a pas apprécié la lettre d'après la patiente et n'a pas répondu.

J'ai donc appelé l'AS sur les conseils de ma maitre de stage: elle m'explique au téléphone que la patiente doit envoyer son dossier d'allocation pour être relogée par la préfecture et qu'elle est en attente de documents pour la CAF pour récupérer ses droits. Mais plusieurs rdv non honorés, elle dit que la patiente ne fait pas ce qu'on lui demande de faire...

PMI injoignable ni par téléphone ni par courrier.

Décision 3 :

Lors de la dernière consultation en fin d'après-midi, la patiente dit qu'elle n'a plus d'argent sur son compte. Arrêt de l'allaitement car n'a plus de lait, n'a plus que 3 doses de laits jusqu'au lendemain.

Elle est accompagnée de son enfant de 6 mois qui a l'air en bon état général.

J'appelle ma maitre de stage: orientation vers PMI en fin de consultation pour dépannage de lait et appel AS le lendemain pour orientation vers une association.

RDV de contrôle dans 3 jours avec moi donné à la patiente dans le cadre du suivi.

Décision 4 :

Le lendemain, appel de l'AS de garde avec ma maitre de stage: orientation vers resto du cœur le matin même et rdv avec AS l'après-midi.

J'appelle ensuite la Maison de la femme à l'hôpital Saint Denis mais on me répond qu'ils prennent en charge seulement les femmes victimes de violence.

Message téléphonique laissé à la patiente pour l'informer des démarches en cours car elle ne décroche pas.

Finalement, la patiente n'est pas venue à son rdv de contrôle avec moi.

Nouvel appel téléphonique: elle me dit qu'elle n'est pas allée au resto du cœur car elle a eu le message trop tard, mais dépannage lait fait par la PMI. A vu AS de garde pour orientation vers une autre association (mais qui sera fermée au mois d'aout), demande d'aide financière au CCAS en cours.

Elle me dit avoir oublié son rdv avec moi, je lui demande donc de revenir dans 2 semaines.

Elle accepte et me remercie de l'aide que je lui apporte.

Mon **ressenti** face à cette situation :

J'ai été satisfaite de la confiance que la patiente a placée en moi et de l'implication de ma maitre de stage.

Mes embarras: difficulté à joindre la PMI et j'ai passé beaucoup de temps à essayer de joindre les différents acteurs nécessaires à la prise en charge de la patiente.

J'ai été désemparée devant le manque de ressource sociale à proposer ma patiente.

J'ai été très investie dans son suivi et elle était reconnaissante mais elle reste assez perdue dans les démarches à accomplir et ne se rend pas à tous ses rdv ce qui rend son suivi compliqué.

PROBLEMATISATION DE LA SITUATION CLINIQUE

Quelles sont les questions posées suite à l'analyse de cette situation ?

Chaque question doit être contextualisée, c'est-à-dire qu'elle doit être introduite par des éléments du diagnostic de situation ou de l'analyse des décisions.

- 1) Comment gérer la coordination des soins en tant que médecin généraliste?
- 2) Quelles sont les structures sociales à notre disposition et leurs missions?
- 3) Quelles sont les techniques pour favoriser l'adhésion du patient à son suivi?

STRATEGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Pour chaque question (à reprendre en clair) :

- **listez les moteurs de recherche interrogés en justifiant votre choix,**
- **précisez les mots-clés utilisés pour chaque moteur de recherche**

1) Comment gérer la coordination des soins en tant que médecin généraliste?

- HAS
- Thèse de médecine générale

2) Quelles sont les structures sociales à notre disposition et leurs missions?

GOOGLE :

- action sociale 93
- service social départemental
- PMI mairie Pierrefitte
- UDCCAS

3) Quelles sont les techniques pour favoriser l'adhésion du patient à son suivi?

CISMEF :

- Décision médicale partagée

LIVRE :

- Communication professionnelle en santé

LES REPONSES APPORTEES PAR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Pour chaque question (à reprendre en clair) :

- faites une synthèse des résultats trouvés par la recherche documentaire (pas de copier-coller),
- précisez en quoi ces résultats vous permettent de répondre à vos questions dans le contexte de votre situation clinique.

Vous devez citer vos références sous forme de chiffres entre parenthèses ou en exposant, selon l'ordre d'apparition (norme Vancouver)

1) Comment gérer la coordination des soins en tant que médecin généraliste?

La **coordination des soins** a pour objectif d'améliorer la qualité des soins en répondant aux besoins et aux préférences des patients. Pour y parvenir, elle organise, au sein de leurs différents axes de travail, le lien entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients.

Cette mission a été renforcée par la réforme du médecin traitant. Instauré en 2004, ce dispositif mettant en place un parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant reste aujourd'hui le principal mode de coordination des soins. En 2009, la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires de 2009 a dévolu explicitement aux médecins généralistes une mission de coordination des soins de leurs patients. (1)

Le dossier médical partagé :

C'est un des outils destiné à favoriser la prévention, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients. En effet, les professionnels de santé estiment devoir partager l'état de santé et le suivi social des patients afin de servir la coordination, la qualité des soins. Les synthèses médicales, les comptes rendus de biologie médicale, d'examens d'imagerie médicale, d'actes diagnostiques et thérapeutiques, et les traitements prescrits y sont consignés. Le fait que la dispensation de médicaments soit notifiée permet de limiter la iatrogénie due aux différents prescripteurs. La pratique de cet outil devrait donc se généraliser pour favoriser une meilleure prise en charge. (2)

La disponibilité du médecin traitant :

Une fréquence de visite bimensuelle permettraient une meilleure exploration du ressenti du patient pour mieux comprendre ses besoins. Une écoute active et une interaction positive sont des leviers puissants pour orienter le patient vers les spécialistes ou les acteurs paramédicaux et sociaux les plus adaptés. Cependant, les contraintes de temps et de mode de rémunération des médecins sont un frein à la mise en œuvre d'une coordination efficace et les difficultés de communication entre professionnels sont un frein important à la coordination des soins. (3)

2) Quelles sont les structures sociales à notre disposition et leurs missions?

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) :

Ils ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale.

Il existe aujourd'hui différents types de CHRS :

Certains sont des établissements spécialisés pour un type de public, par exemple, les femmes enceintes et d'autres sont des établissements de droit commun dit « tout public ».

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale sont pour la plupart gérés par des associations et organisations humanitaires, membres de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Croix-Rouge française, Samu social, Armée du salut, Mouvement Emmaüs, Secours Catholique...). Les autres CHRS sont gérés par des collectivités publiques locales (le Centre Communal d'Action Social ou le Département).

Pour cette patiente, l'hôtel social 93 à Gagny semble être une solution envisageable. Mais toute demande d'admission se fait auprès d'un travailleur social.

Objectif de cette association : permettre aux personnes en difficulté de se loger provisoirement avec l'aide des travailleurs sociaux externes et enrayer le processus de marginalisation ; mettre en place des logements aux plus démunis. (4)

Les assistantes sociales :

Toute personne, quel que soit son statut, son âge, sa nationalité, ses difficultés, peut être reçue au service social.

Son rôle est d'informer, orienter, aider la personne à accéder à ses droits, à trouver ou à retrouver une autonomie nécessaire pour une meilleure insertion.

L'assistante de service social travaille en lien avec ses partenaires sur le territoire, elle est donc sectorisée. (5)

La protection maternelle et infantile (PMI) :

Les parents bénéficient de consultations de suivi de la santé de leurs enfants de moins de 6 ans.

Ce suivi permet de s'assurer du bon développement de l'enfant, de dépister les handicaps sensori-moteurs et de mettre à jour les vaccinations.

Les consultations de PMI sont l'occasion pour les parents d'aborder avec des professionnels les questions qu'ils se posent au sujet de la vie quotidienne de l'enfant : alimentation, hygiène, sommeil, apprentissages, éveil, etc.

Des visites à domicile peuvent également être proposées par une puéricultrice auprès des familles qui le nécessitent.

Les deux centres de protection maternelle et infantile, fonctionnant sur la ville de Pierrefitte, sont gérés et financés par le Département de la Seine-Saint-Denis. Ces centres proposent des consultations gratuites, sur rendez-vous.

Une équipe pluridisciplinaire composée d'auxiliaires de puériculture, de psychologues, d'éducatrices de jeunes enfants, d'une sage-femme et d'une psychomotricienne, de puéricultrices et de médecins en assure le fonctionnement. Des permanences sont mises en place par les puéricultrices pour apporter des conseils, écouter et répondre aux besoins des familles notamment sur et l'allaitement. (6)

Union départementale des centres communaux d'action sociale (UDCCAS) :

Plusieurs missions :

- mettre en œuvre des actions d'orientation, d'accompagnement, de soutien, pour une action sociale de qualité au service de la population comme par exemple une aide financière pour les patients.
- coordonner l'action de ses membres par le développement, la structuration et l'animation du réseau local et par le développement des partenariats de celui-ci. (7)

3) Quelles sont les techniques pour favoriser l'adhésion du patient à son suivi?

Décision médicale partagée :

Il s'agit d'un modèle qui décrit deux étapes clés de la relation entre un médecin et un patient, que sont l'échange de l'information et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient.

Il s'agit donc de donner au patient les moyens de s'impliquer (empowerment) dans les décisions qui concernent sa santé.

Les décisions partagées entre le médecin et le patient sont une des solutions qui pourrait permettre de mieux garantir l'assiduité thérapeutique. (8)

Education thérapeutique :

Les quatre grands principes de l'éducation thérapeutique selon Claude Richard et Marie Thérèse Lussier sont de :

- Partager efficacement l'information avec le patient : en explorant ses connaissances.
- Motiver le patient : en utilisant l'approche de l'entretien motivationnel par le renforcement positif.
- Discuter du suivi clinique avec le patient et le négocier : en définissant des objectifs à atteindre.
- Renforcer l'adhésion au plan thérapeutique : en clarifiant les obstacles concrets de l'observance sans blâmer ni juger le patient.

A travers cette posture éducative, le rôle du médecin traitant sera renforcé et facilité car il sera face à des patients - partenaires actifs de leur prise en charge, et donc certainement plus réceptifs aux messages transmis en particulier dans le cadre de leur suivi.

SYNTHESE : CE QUE JE FERAI DORENAVANT

La synthèse se conjugue au futur.

Expliquez en quoi les réponses trouvées vous permettent d'améliorer votre pratique.

Définissez une pratique « idéale » devant une situation identique.

A l'avenir, j'essaierai de ne pas attendre la fin de la consultation pour aborder la situation psycho sociale du patient car le fait de se concentrer sur le problème physique peut en fait cacher le vrai motif de la consultation.

Je prendrais le temps de contacter directement par téléphone les interlocuteurs concernés par la prise en charge du patient car les courriers n'ont souvent pas de réponses ou alors tardivement.

Je me sens plus informée sur le parcours social mais une bonne coordination entre les acteurs reste indispensable.

Pour faciliter le suivi, la décision médicale partagée et l'éducation thérapeutique me semble être de bonnes perspectives mais leur mise en place se fait sur le long terme en instaurant une relation de confiance avec le patient.

PERSPECTIVES

À votre avis, reste-t-il des questions non résolues ? Si oui, lesquelles ?

Comment favoriser la disponibilité du médecin traitant pour avoir plus de temps à consacrer à la coordination des soins ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Citer les sources selon la norme Vancouver (cf. innombrables tutoriels sur internet)

- (1) BALOUET B. Coordination des soins en médecine générale, le point de vue des patients. Thèse de médecine de l'université de Brest. 2013. 43p
- (2) Haute Autorité de Santé. Des parcours de soins pour un système de santé plus efficient. 2013. [En ligne]: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616095/fr/des-parcours-de-soins-pour-un-systeme-de-sante-plus-efficient.
- (3) Mc Donald KM, Sundaram V, Bravata DM, et al. Closing the Quality Gap : A critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Technical Review 9 – Volume 7, Care Coordination. Rockville, MD : AHRQ Publication. 2007. Disponible à : <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/caregap-evidence-report.pdf>
- (4) Action sociale. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Aout 2017. Disponible en ligne sur www.action-sociale.org
- (5) Seine Saint Denis, le Département. Service social départemental. Aout 2017. Disponible en ligne sur www.seine-saint-denis.fr
- (6) Site officiel Pierrefitte sur Seine. Protection maternelle et infantile. 2009. Disponible en ligne sur www.mairie-pierrefitte93.fr
- (7) UDCCAS. Union départementale des centres communaux d'action sociale. 2017. Disponible en ligne sur <http://udccas93.fr/>
- (8) Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé: décider ensemble. 2013. [En ligne]: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
- (9) Richard C, Lussier MT .Communication professionnelle en santé. 2e ed. Erpi. 2016:336-91.

--

NOTICE DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DU RSCA¹

Éléments	Insuffisant	Améliorable	Pertinent
Pertinence du récit	Le récit décrit une situation exceptionnelle, qu'aucun élément ne rattache à une situation de soins primaires	La situation décrite est rare, elle comporte quelques éléments la plaçant dans le champ des soins primaires	Le récit décrit une situation de soins primaires
Complexité de la situation	La situation n'aborde qu'une compétence	La situation comprend des éléments incomplètement précisés des différentes compétences	La situation fait appel à différentes compétences
Narration de la situation	Le récit est descriptif, sans implication personnelle, il est sous la forme d'une présentation de cas	Le récit est narratif, l'implication personnelle est incomplètement décrite	Le récit est narratif et l'implication personnelle est totalement décrite
Problématisation et objectif d'étude	L'analyse est inadaptée à la situation	L'analyse est partielle, elle décrit partiellement la mobilisation de ressources internes	L'analyse est en rapport avec le récit, elle décrit la mobilisation de ressources internes
Recherche documentaire	La recherche est sans rapport avec les questions. Absence de synthèse de la recherche	La recherche est incomplète, elle ne répond pas à toutes les questions de l'analyse. La synthèse est partielle	La recherche porte sur toutes les questions formulées elle apporte une réponse adaptée, dans une synthèse claire et référencée

¹ Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *exercer* 2013;24(108):171-7.

Synthèse	Absence de synthèse ou Synthèse sans rapport avec le questionnaire	La synthèse est incomplète au regard du questionnaire. Les pistes d'apprentissage sont négligées ou incomplètes	La synthèse reprend les questionnements formulés, les réponses issues de la recherche et propose des pistes d'apprentissage
Évaluation globale	La lecture de ce récit ne permet pas de percevoir la posture de chaque participant et renseigne mal sur leurs interactions. La complexité et la problématisation sont insuffisantes, car de nombreux champs ne sont pas abordés. La recherche et la synthèse ne permettent pas d'explorer la complexité de la situation ni de produire des apprentissages pertinents et transférables	La lecture de ce récit permet de percevoir la posture de chaque participant mais renseigne mal sur les interactions. La complexité et la problématisation peuvent être améliorées, car tous les champs ne sont pas abordés. La recherche est valide, et la synthèse est surtout axée sur la situation sans expression de transférabilité envisagée des apprentissages	La lecture de ce récit permet de bien percevoir les postures de chaque participant ainsi que l'interaction médecin-malade. La complexité et la problématisation sont bien exposées, les recherches réalisées permettent de répondre aux questions posées dans les différents champs. La synthèse permet de renseigner sur la transférabilité des apprentissages dans des situations voisines

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

La formation des internes de MG repose sur la réalisation de traces d'apprentissages appelés récits de situations complexes et authentiques (RSCA), présentés par les internes au sein de groupes d'échange de pratique entre internes (GEPRI). La Société française de médecine générale (SFMG) a développé en 1990 le Dictionnaire des résultats de consultation (DRC) qui décrit 278 problèmes de santé pris en charge en médecine générale. L'observatoire de la Médecine Générale (OMG) permet de connaître les fréquences des RC dans l'activité des médecins généralistes. Nous avons voulu savoir si les problèmes de santé présentés dans les RSCA recoupaient les 50 RC les plus fréquents dans l'OMG.

MÉTHODE

Étude observationnelle descriptive rétrospective basée sur les RC présents dans les RSCA rédigés par les internes de la promo ECN 2014 de l'Université Sorbonne Paris Nord, relus par 2 investigateurs indépendants qui se sont confrontés à la fin de la relecture. L'analyse a été faite par groupe posant les groupes GEPRI comme unité d'analyse.

RESULTATS

Parmi les RSCA rédigés par les 6 groupes, 110 RSCA ont été inclus dans l'étude. On a retrouvé 180 RC au total et 57 différents. Les groupes ont abordés entre 8 et 18 RC du top 50 de l'OMG (13,5 RC en moyenne, soit le 27,3%). Le RC le plus abordé est le 01 « examen systématique et prévention ». Les groupes ont abordés 44 RC non compris dans le top 50 de l'OMG.

CONCLUSION

Les groupes des internes ont abordés que le 27,3% des RC du top 50 de l'OMG. Les internes n'ont pas respecté la consigne du tirage aléatoire dans le choix du cas à présenter dans les RSCA, ce qui limite leur formation du 3^e cycle. Le tirage aléatoire d'un RC du top 50 fourni à l'interne avec la convocation au GEPRI pourrait résoudre le problème du non-respect du choix aléatoire par les internes.

MOTS CLÉS

Médecine générale, RSCA, résultat de consultation, GEPRI, IMG