



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Département de Médecine Générale



LIVRET de STAGE AMBULATOIRE de l'EXTERNE

Année universitaire 2015-2016

Département de médecine générale

Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers
6, rue de la Milétrie – TSA 51115
86073 Poitiers Cedex 9
Scolarité 05.49.45.43.23
Mel. scolarite.dmg.medecine@univ-poitiers.fr
Site Faculté : <http://medphar.univ-poitiers.fr>

COGEMS Poitou-Charentes

Association n°1763
6 rue de la Milétrie TSA 51115
86073 Poitiers Cedex 9
Contact Christophe Bonnet
Tél. 07 86 27 39 44
Mel. dr.bonnet-christophe@wanadoo.fr
Site collège : <http://www.cogemspc.fr>

		LA FONCTION	NOMS (en cours en 2013)	RESPONSABILITES		
Le DMG : Département de médecine générale de Poitiers	MSH	Cinq médecins hospitaliers désignés par les CME de chaque région sanitaire	16. Dr Lucke Véronique 17 Nord. Dr Gombert Bruno 17 Sud. Dr Padeloup Thierry 79. Dr Volard Philippe 86. Dr Landron Cédric	Représentation des régions sanitaires hospitalières		
		Internes	Deux représentants des internes	Maelle Rivière	Représentation des internes	
		Autres	Un représentant des externes, de scolarité et administratif		Représentation	
	Le STAFF du DMG	Nommés	Le COGEMS	Le professeur universitaire de médecine générale (PU)	Pr. Gomes José	Directeur du DMG Coordonnateur régional du DES
				Les professeurs associés de médecine générale (PA)	Pr. Valette Thierry	Directeur du programme Porte-parole du staff
					Pr Binder Philippe	Directeur du pôle recherche
				Les maîtres de conférence associés de médecine générale (MCA)	Dr. Birault François	Responsable de l'évaluation du DES et de la certification
					Dr. Parthenay Pascal	Responsable des stages pratiques et du contenu de l'ENT
					Dr Girardeau Stéphane	Responsable des enseignements théoriques
					Dr. Grandcolin Stéphanie	Responsable stage femme/enfant
					Dr. Frèche Bernard	Responsable des stages hospitaliers
					Dr. Victor-Chaplet Valérie	Responsable du 2è cycle et commission de soutien
					Dr Archambault Pierrick	Responsable tutorat
				Chefs de clinique (CC)	Dr. Tudej Benoit	Recherche
					Dr. Vanderkam Paul	Evaluations
					Dr Brabant Yann	Soutien pédagogique
				Le présidente du COGEMS ou son représentant	Dr Bonnet Christophe	Représentation des MSU
Les quatre MSU coordinateurs départementaux des enseignements théoriques	16 Dr. Audier Pascal 17N Dr Brunet Vincent 17S Dr Yann Brabant 79 Dr Piketty Eloi 86 Dr. Bruno-Stéfanini Françoise	Coordination et organisation des enseignements de son département géographique				
Les quatre MSU coordinateurs départementaux des stages ambulatoires et des tuteurs	16 Dr Cario Camille 17N Dr Baron Nadia 17S Dr Chabannes Marc 79 Dr Lecerf Eric 86 Dr Robin Emmanuel	Coordination et organisation des stages pratiques de son département géographique				
Référent Formation CNGE	Dr Audier Pascal	Organisation des formations régionales des MSU				
Tous les autres MSU adhérents du CoGEMS	48 en Charente 54 en Charente-Maritime 45 en Deux-Sèvres 74 dans la Vienne	Attachés – Chargés - MSU				

CHEFS de CLINIQUE de MEDECINE GENERALE

Benoit TUDREJ benoit.tudrej@univ-poitiers.fr	Yann BRABANT yann.brabant@univ-poitiers.fr
Paul VANDERKAM paul.vanderkam@univ-poitiers.fr	

SECRETARIAT du 2^e Cycle

Madame Marie-Noëlle RINAUD Tél. 05 49 45 43 54 – marie-noelle.rinaud@univ-poitiers.fr
--

SOMMAIRE

Liste des maîtres de stages (MSU) de second cycle	4
La pédagogie	4
La formation pratique (stage).....	5
La formation théorique (objectifs d'apprentissage)	5
La validation	7
L'évaluation	7
Annexe I : guide d'évaluation des compétences	9
Annexe II : guide d'auto évaluation	11
Annexe III : grille Calgary-Cambridge (entrevue médicale)	13
Annexe IV : guide d'élaboration de trace d'apprentissage	14
Annexe V : grille d'évaluation du stage	15
Annexe VI : grille Bordage	16

MAITRES de STAGES SECOND CYCLE (79)		
Charente (20)		
BRUNET Pierre Philippe	DUMAS REAM Isabelle	FONTANAUD Patrick
GUERINIER Jean Marc	GOMES Jocelyne	JAMMET Christophe
JOUARON Jean François	LARROZE Yves	MAILLOCHAUD David
MARTIN Jean Marie	OLARIU Vanessa	PARTHENAY Pascal
PAULIEN Christine	RAYMOND Gilles	RENAULT Anne
SOUCHAUD-MENARD Viviane	VIALLE Jean Marc	VINCENT Nadine
COGNOLATO Franck	DUPUIS DUSSEAU Elise	
Charente-Maritime (10)		
AUDIER Régis	BONNET Christophe	BRABANT Yann
BRUNET Vincent	CHABANNE Marc	FRECHE Bernard
LEGEAY Mélanie	KERHARO Anne	MARBOEUF Quentin
DUC Sandra		
Vienne (33)		
BAUBRI Patrick	BELLANGER Emilie	BIRAULT François
BLANCHARD Typhaine	BOBINEAU Rachel	BONIN Cyril
BRU Gérard	CAUNES Nicole	CHOUILLY Julie
CIA Camille	DIDIER Florian	FIZELIER Jérôme
FLEURANT Yannick	JOUTEAU Damien	MARTINEAU Valérie
LARDEUR Jean Marc	MAUGARD Jean-François	LOCHET GIRAULT
PICART Bruno	PIPERAUD Laurence	RENELIER Corinne
TOUZALIN Delphine	TUDREJ Benoit	VAUDOUD Bertrand
JUIN Claudie	QUAIS Alain	BRECHET Christine
FANTINO JJack	SOULON Cécile	BRIONNE Cindy
STAN Florentin	HUMMEL Cécile	SIMONNET Nathalie
Deux-Sèvres (13)		
BERTAUD Olivier	DEVAUD Nathalie	DOURIEZ Gérard
DUPONT Jean-Marc	FERNANDEZ René	JEANNOT Christelle
LECERF Eric	PIKETTY Eloi	RAMBAULT AMOROS Isabelle
ROCHEPEAU Marie	THOMAS Karine	TOUZARD Martine
MARTIN Virginie		

La PEDAGOGIE

Le DMG a adopté, en cohérence avec les options nationales, une pédagogie « centrée sur les apprentissages » dans une approche cognitiviste.

La démarche d'auto formation et d'auto évaluation à partir d'objectifs de formation (cf : annexes I, II et III) sera encouragée. La production de traces d'apprentissage évaluables (annexe IV) permettra à l'externe l'apprentissage et l'évaluation de l'acquisition du raisonnement en soins primaires (cf. annexe IV).

Le cadre conceptuel

En cohérence avec cette démarche pédagogique, la formation que nous proposons ne peut se faire qu'en contexte de soins primaires, en particulier dans les cabinets de médecine générale, à partir des connaissances antérieures de l'étudiant. Les maîtres de stage l'aideront à élargir son champ de perception des problématiques et à construire de nouvelles connaissances.

L'évaluation formative appartient au champ de l'évaluation authentique, c'est à dire réalisée à partir des productions de l'étudiant.

La FORMATION PRATIQUE (stage)

Réglementation

L'arrêté du 18/06/09 en application de l'art. 8 de l'arrêté du 04/03/97 régit le stage en médecine générale lors du second cycle des études médicales (DCEM 2-3-4).

Durée du stage

Les stages se déroulent sur 3 mois, à mi-temps soit 2 jours de présence au cabinet du médecin généraliste et une journée de travail personnel par semaine.

Les tranches trimestrielles se déclinent ainsi :

- Trimestre 1 de septembre à décembre
- Trimestre 2 de décembre à mars
- Trimestre 3 de mars à juin
- Trimestre 4 de juin à septembre

Procédure de choix

Les stages ambulatoires sont proposés au choix dans les mêmes conditions que les autres terrains de stage. Pour l'année 2013/2014, le DMG de Poitiers propose 31 ou 30 stages par trimestre soit environ 120 stages pour l'année.

Aide du Conseil Régional

Pour les stages effectués chez un médecin généraliste exerçant dans une zone dite « désertifiées » (canton dont la densité médicale est inférieure ou égale à 12,5 médecins généralistes pour 10 000 habitants soit un médecin généraliste pour 800 habitants), le Conseil Régional alloue une indemnité forfaitaire de 20€ par jour de stage soit 600€ pour 2 jours de stage/semaine pendant 15 semaines.

Les OBJECTIFS d'APPRENTISSAGE

L'externe a théoriquement les compétences nécessaires au recueil des données sémiologiques, à l'analyse et à la hiérarchisation des informations pour explorer le cadre nosologique, c'est à dire proposer des hypothèses diagnostiques. Par contre, il n'a pas encore acquis toutes les compétences pour véritablement assurer la globalité de la prise en charge des problèmes de santé des patients.

L'externe peut ainsi

- Renseigner le dossier médical informatisé, en faire la synthèse et l'utiliser comme outil de prévention et de planification du suivi,
- Assurer une partie de la consultation sous la supervision directe du maître de stage dans des situations authentiques, prévalentes et exemplaires en soins primaires.

La progression pédagogique comprend deux phases intriquées tout au long du stage

- une première phase d'observation active,

- une deuxième phase allant de la participation aux différents temps de la consultation, sous supervision directe (facilitant une mise en confiance de l'externe), jusqu'à une mise en autonomie partielle sous supervision indirecte par l'enseignant clinicien ambulatoire (ECA), pour certaines parties de la consultation (entretien, examen clinique et démarche diagnostique). Cela ne sera possible que si l'externe est suffisamment en confiance et volontaire pour le faire. Si c'est le cas, il est probable qu'une situation clinique quotidiennement ainsi analysée sera très formatrice.

Il est entendu que pour ces situations, il faudra que le patient soit systématiquement prévenu et ait donné son accord. Il sera ensuite revu, conjointement, par l'ECA et l'externe, afin de finaliser ensemble la démarche thérapeutique.

Les objectifs de ce stage s'articuleront autour de

- La sémiologie du sujet « normal »
- La sémiologie appliquée aux pathologies fréquentes en soins primaires.
- Les spécificités de la discipline médecine générale » (d'après le livret du CNGE)

Les objectifs de formation

1. Appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire
 - Tâche : assister et participer aux consultations effectuées par l'Enseignant Clinicien Ambulatoire au cabinet médical comme au domicile du patient, sous réserve du consentement éclairé du patient
 - Objectifs d'apprentissage
 - Identifier la plainte d'un patient dans ses composantes bio-psycho-socio-environnementales,
 - Hiérarchiser les problématiques du patient et les hypothèses diagnostiques en fonction de critères d'urgence et de probabilité,
 - Réaliser un examen clinique approprié et orienté.
2. Appréhender la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours
 - Tâche : conduire un entretien centré sur le patient en posant les questions adéquates pour explorer :
 - Les motifs de consultation,
 - Les éléments émotionnels, le ressenti du patient,
 - Les croyances du patient,
 - L'impact des symptômes sur le patient.
3. Appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire
 - Développer une approche négociée avec le patient, trouver un terrain d'entente sur :
 - Le diagnostic,
 - Les examens complémentaires,
 - Le traitement,
 - Le suivi.
 - Faire preuve de compétences sur le plan relationnel :
 - Faire preuve de respect envers le patient,
 - Utiliser un langage adapté au patient,

- Laisser au patient la possibilité de s'exprimer et de poser des questions.
4. Se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale, la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en ambulatoire
 - Elaborer un diagnostic en s'appuyant sur un raisonnement probabiliste,
 - Hiérarchiser les problématiques et proposer une stratégie de prise en charge dans les pathologies les plus courantes en soins primaires ambulatoires.
 5. Se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique
 - L'externe apprendra à
 - Identifier les facteurs de risque et les stratégies à mettre en place
 - Conseiller les patients dans certains domaines de prévention
 - Le développement de l'enfant
 - La contraception
 - Le tabac
 - Les addictions
 - L'obésité
 - Les violences familiales
 - ...
 6. Appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale ambulatoire.
 7. Comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire.

La VALIDATION

Les stages seront validés sur proposition du département de médecine générale, après avis des enseignants cliniciens ambulatoires responsables des stages sur :

- La participation et l'assiduité de l'étudiant,
- La preuve de l'acquisition des bases du raisonnement en soins primaires (prévalences, hypothèses diagnostiques, etc.) en consultation (annexe III),
- La preuve de l'acquisition des gestes techniques enseignés lors des travaux dirigés et validés au cabinet avec supervision directe par le maître de stage (annexe I),
- La production de traces d'apprentissages témoignant que l'étudiant a assimilé les grandes fonctions de la médecine générale et les spécificités de la pratique (annexe II). Ce travail pourra faire l'objet d'une présentation conformément à l'article 3 paragraphe III de l'arrêté du 10-10-2000 modifiant l'article 8 de l'arrêté du 4 Mars 1997.

L'ÉVALUATION

Ce dispositif fera l'objet d'une évaluation continue, par les étudiants et les maîtres de stage.

Pour les étudiants, les points suivants seront à évaluer (annexes I à V)

- l'accueil,
- l'atteinte des objectifs,
- l'apprentissage du raisonnement clinique,

- l'amélioration des compétences cliniques.

Pour les maîtres de stage

- La qualité de la supervision sera évaluée par la grille Bordage (annexe VI).

Annexe I - Guide d'évaluation des compétences cliniques à acquérir lors du stage d'externat en médecine générale

Compétences transversales de l'externe	Niveaux de réalisation			
	NSP	Lu	Vu	Fait
Accueillir le patient				
Se présenter				
Faire s'installer le patient dans le cabinet				
Etablir le contact				
Explorer la demande du patient				
Recueillir le motif de consultation				
Analyser la demande du patient				
Développer une relation empathique				
Reformuler pour vérifier la bonne compréhension				
Rechercher les signes physiques				
Examiner un tympan				
Examiner une gorge				
Rechercher des adénopathies				
Ausculter les poumons				
Ausculter le cœur et les vaisseaux				
Examiner l'abdomen				
Faire un examen gynécologique				
Faire un examen urologique				
Examiner une articulation				
Faire un examen neurologique				
Rechercher une anomalie sensorielle				
Rechercher une anomalie cutanée				

Réaliser un geste diagnostique courant				
Faire un streptotest				
Mesurer le souffle par un débit mètre de pointe				
Prendre la pression artérielle				
Faire un ECG				
Faire un frottis cervico-vaginal				
Faire et interpréter une bandelette urinaire				
Mesurer l'acuité visuelle				
Evaluer les déficits cognitifs chez la personne âgée (MMS)				
Evaluer le risque de chute chez la personne âgée (up and go)				
Poser une hypothèse diagnostique				
Regrouper les éléments dans un cadre nosologique				
Lister les hypothèses compatibles avec les éléments observés				
Classer les hypothèses selon leurs probabilités en soins primaires				
L'annoncer et l'expliquer au patient				
Evaluer le niveau de compréhension et d'adhésion du patient				

Annexe II - Guide d'auto-évaluation du stage d'externat en médecine générale

Tâches d'apprentissage spécifiques de la médecine générale ambulatoire	Niveaux de réalisation			
	NSP	Lu	Vu	Fait
Utiliser le dossier médical informatisé				
Entrer les données sociologiques, ATCD, éléments de prévention				
Faire la synthèse du dossier				
Utiliser le dossier (outil de planification, de prévention, de soins...)				
Identifier les facteurs de risques d'un patient				
Liés aux antécédents familiaux et personnels				
Liés aux habitudes de vie (alcool, tabac, alimentation...)				
Liés à l'environnement (travail, loisirs, habitat, famille...)				
Liés aux problèmes actuels (physiques, psychoaffectifs, sociaux)				
Identifier les spécificités de l'urgence en M.G.				
Définir la place de la MG dans le système de PEC des urgences				
Pointer les modalités pratiques de la gestion de l'urgence en cabinet				
Pointer les types d'urgence (vitale, potentielle, ressentie...)				
Reconnaître la complexité				
Définir le champ biomédical, psycho-affectif et social				
Pointer et analyser les interactifs entre ces trois champs				
Pointer la notion d'incertitude face à une pathologie vue au début				
Elaborer un diagnostic				
Rechercher les indices dans les trois champs (bio-psycho-social)				
Analyser la place des explorations complémentaires				
Analyser la notion de cadre nosologique (niveau diagnostique)				
Définir la notion de diagnostic de situation				
Définir le concept de raisonnement probalite				

Hierarchiser les problématiques				
Pointer les problèmes mise à jour au cours d'un acte (C ou V)				
Analyser la nécessité des déterminants de la hierarchisation				
Définir le concept d'EBM et l'introduire dans la démarche				
Négocier une stratégie de prise en charge				
Pointer les écarts entre la vision du patient et la vision du médecin				
Analyser les facteurs facilitants et bloquants lors de la négociations				
S'engager sur un projet de soins				
Analyser les éléments du contrat (objectifs, critères d'évaluation)				
Analyser les notions de consentement éclairé, respect du patient				
Analyser les concepts d'engagement et de projet de soins				
Accompagner le patient				
Définir la notion d'accompagnement				
Analyser les éléments de l'accompagnement				
Utiliser le système de santé				
Analyser les notions de filière et de réseau de soins				
Analyser la place de la MG dans ces modèles d'organisations				
Analyser les spécificités de la visite à domicile				
Analyser les déterminants et les indications de la visite à domicile				

Annexe III – Guide d'évaluation de Calgary-Cambridge
(l'analyse de l'entrevue médicale)

		A poursuivre	A améliorer	A corriger
1	Début de l'entrevue Séquence d'ouverture d'entrevue	Suite à l'accueil du patient (contact visuel, 2 noms, but de la rencontre). Identifie et valide l'ensemble de symptômes et demandes du patient	Néglige des parties de l'accueil. Identifie sommairement le symptôme principal sans validation par le patient.	Escamote l'accueil et passe directement à l'exploration du premier symptôme présenté par le patient
2	Exploration du problème Rubriques d'exploration du problème	Structure, recueille et clarifie l'information en procédant du général au spécifique. Utilise des questions ouvertes et fermées de manière appropriée en fonction des hypothèses diagnostiques. Complète l'histoire par la revue des systèmes, des antécédents et des habitudes de vie	Procède de manière peu structurée sans clarifier l'information. Utilise des questions ouvertes et fermées de manière appropriée mais sans lien avec des hypothèses diagnostiques. Présente des lacunes dans la revue des systèmes, des antécédents et des habitudes de vie	Procède de manière non structurée avec surtout des questions fermées sans clarifier l'information. Manque plusieurs caractéristiques du symptôme, de même que la revue des systèmes, des antécédents et des habitudes de vie.
3	Explore le profil et la perspective du patient Séquence avis du patient	Identifie le profil du patient (statut socio-professionnel) Précise les éléments déterminants de sa perspective (attentes, inquiétudes, croyances et/ou impacts du problème) Valide au besoin les émotions ou préoccupations du patient	Couvre partiellement le profil du patient ou les éléments pertinents de sa perspective. Valide peu les émotions ou les préoccupations du patient.	Pose des questions de manière stéréotypée ou avec un timing non approprié, soit trop tôt ou sans lien avec le questionnaire. Ne valide pas les émotions ou les préoccupations du patient. Ne couvre pas ce critère.
4	Maintient une relation de coopération Alternance	Contrôle l'entrevue en impliquant de manière active le patient à l'aide de techniques non verbales (contact visuel) et verbales (résumé, signalisation, encouragement et reflet)	Contrôle rigide ou à l'opposé laisse au patient la conduite de l'entrevue. Utilise de manière malhabile les techniques efficaces de communication	Sur contrôle l'entrevue. Procède à un questionnaire où le patient est cantonné à un rôle passif et où il ne peut répondre que par oui ou non. N'utilise pas les techniques efficaces de la communication
5	Education et partage de l'information	Choisit l'information pertinente à communiquer Vérifie les connaissances antérieures. Utilise un langage approprié et les transmet en portions faciles à gérer pour le patient. Vérifie sa compréhension	Transmet les informations de façon unilatérale sans tenir compte de la réalité du patient. Utilise parfois un langage technique ou ne s'assure pas toujours de la compréhension du patients	Surcharge le patient d'informations difficilement assimilables. Utilise un langage technique et hermétique. Ne vérifie pas sa compréhension. Ne fait pas d'éducation.
6	Termine l'entrevue après entente sur les problèmes, objectifs et moyens d'interventions Séquences approche négociée et terminer l'entrevue	Conclut sur un seul problème à la fois. Vérifie si la formulation du problème intègre bien les préoccupations du patient. L'incite à participer aux décisions qui le concernent en lui offrant des choix (objectifs et moyens d'interventions). Résume et précise les ententes sur la conduite. Vérifie sa volonté et sa capacité à suivre la conduite proposée (réseau, soutien). Planifie les prochaines étapes et le filet de sécurité. Salue le patient	Procède un problème à la fois mais ne sépare pas la formulation du problème des objectifs et des moyens d'intervention. Recherche un accord global sur l'ensemble en tenant peu compte des désaccords éventuels. Résume partiellement les ententes sur la conduite. Vérifie peu la volonté et la capacité de mettre en œuvre les décisions. Annonce rapidement les prochaines étapes sans filet de sécurité	Enonce en vrac les diagnostics, les objectifs et les moyens d'intervention sans séparer les problèmes et sans chercher un accord spécifique du patient. Ne fait pas la place aux désaccords éventuels. Escamote la fin de l'entrevue sans préciser les prochaines étapes.

Annexe IV – Guide d'élaboration de traces d'apprentissage démontrant l'acquisition du raisonnement clinique en soins primaires

A partir de 2 ou 3 consultations choisies de manière aléatoire sur les dernières journées de stage, l'étudiant analyse sa démarche selon le schéma suivant :

1. Quelle est la plainte initiale ?
2. Quelles sont vos premières hypothèses ?
3. Quelles sont les données recueillies ?
 - Données de l'entretien : écoute, observation du non verbal,
 - Données de l'examen clinique
 - Données des examens para cliniques éventuels
4. Quel est le contexte ?
 - Antécédents ?
 - Environnement ?
 - Evènements de vie ?
 - Personnalité du patient ?
 - Quelle est l'influence de ce contexte ?
5. Quel est le résultat de consultation (symptôme, syndrome, diagnostic) ? Qu'est ce qui a conduit à ce résultat ?
 - Faire intervenir la notion de prévalence,
 - Expliquer le raisonnement analogique (par comparaison à une maladie ou problème connu).
 - Expliquer les notions de norme biomédicale, socio culturelle et norme intime.
6. Structurer et hiérarchiser les hypothèses
7. Quelle est votre décision ?

Annexe V - Grille d'évaluation du stage « long » de 2e cycle en médecine générale

Nom du maître de stage

Nom de l'externe :

Année d'étude : DCEM2 DCEM3 DCEM4 Stage du..... au

Cotation de la grille, pour chaque item mettre une croix sur l'appréciation retenue Très Bien - Bien - Moyen - Insuffisant		TB	B	M	I
1 Assiduité					
2 Raisonement clinique	Relation avec le patient <ul style="list-style-type: none"> ▪ Construit la relation au décours de l'entretien selon le modèle Calgary-Cambridge (cf. annexe) 				
	Anamnèse <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conduit l'entretien selon le modèle de Calgary-Cambridge 				
	Examen physique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fait un examen orienté, et en identifie les signes normaux et anormaux. (liste des compétences cliniques à acquérir en annexe) 				
	Choix des investigations complémentaires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Choisit les examens complémentaires pertinents à la situation clinique en tenant compte de l'intérêt du patient. 				
	Interprétation des données cliniques et para cliniques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elabore un diagnostic de situation en s'appuyant sur un raisonnement probabiliste. Hiérarchise les problèmes. 				
	Décisions thérapeutiques appropriées <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablit, justifie et négocie un plan de soins, de prévention et de suivi approprié en tenant compte des données de la science, des circonstances de la situation des préférences et du comportement du patient. 				
	S'intéresse au suivi du patient				
	Assimilation des gestes techniques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestes techniques courants en médecine générale ambulatoire (en annexe) 				
3. Qualité de renseignement du dossier médical					
4 Exposé oral : présentation de situations cliniques lors des supervisions					
5 Participation aux activités de la structure : organisation, réponse à l'urgence, activités de recherche...					
6 Commentaires : sur la qualité du carnet d'externe (en annexe)					

Validation du stage
OUI NON

Signature du maître de stage

Annexe VI - Grille Bordage

Evaluation des cliniciens enseignant en milieu de soins ambulatoires

Nom et prénom du Maître de Stage :

Période de stage:

Date de l'évaluation:

Chaque intitulé est relatif aux compétences qu'a mises en œuvre au cours de votre stage de 6 mois, votre Maître de Stage.

Entourez un chiffre de 1 à 7 pour chacun des 15 items de la grille ci-dessous.

Intitulé	Insatisfait.	Moyen	Satisfaisant	Bien	Très bien	Excellent	Supérieur
1. Qualité des relations du MdS avec les membres de l'équipe de soins (secrétaire, associés, correspondants...)	1	2	3	4	5	6	7
2. Précision par le MdS de vos attentes et des siennes pour le stage (définition des responsabilités, rôles, évaluations etc.)	1	2	3	4	5	6	7
3. Bon équilibre entre les soins et l'enseignement réalisés sur le lieu de stage	1	2	3	4	5	6	7
4. Démonstrations sémiologiques du MdS	1	2	3	4	5	6	7
5. Observation directe par le MdS de mon aptitude à questionner et examiner les malades	1	2	3	4	5	6	7
6. Observation directe par le MdS de mon aptitude à expliquer et enseigner aux malades	1	2	3	4	5	6	7
7. Discussion avec le MdS de ma démarche clinique: analyses des données et plans de traitement	1	2	3	4	5	6	7
8. Questionnement par le MdS explorant mon niveau de compréhension (Pourquoi? Si? Imaginez que...Puis après?)	1	2	3	4	5	6	7
9. Insistance du MdS sur les "éléments clés" pour chaque malade	1	2	3	4	5	6	7
10. Aptitude du MdS à stimuler mon intérêt et ma curiosité	1	2	3	4	5	6	7
11. Identification par le MdS de mes qualités et de mes forces	1	2	3	4	5	6	7
12. Identification par le MdS de mes besoins d'étude et d'approfondissement	1	2	3	4	5	6	7
13. Application par le MdS des connaissances théoriques aux malades vus	1	2	3	4	5	6	7
14. Démonstration par le MdS de la prise de décisions diagnostiques et thérapeutiques "fondées sur les preuves"	1	2	3	4	5	6	7
15. Désir de faire des stages additionnels avec ce MdS	1	2	3	4	5	6	7

Commentaires libres sur votre stage, les items de la grille d'évaluation ou d'autres sujets non abordés dans la grille :