

## **INTERETS DU RECIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE (RSCA) DANS L'EVALUATION DES COMPETENCES DES INTERNES**

Lionel GORONFLOT\*, Pierre LE MAUFF\*\*, Jacqueline LACAILLE\*\*, Rémy SENAND\*\*  
Département de Médecine Générale, UFR de NANTES

\*Maitre de conférences associé

\*\*Professeur associé

### **INTRODUCTION**

L'interne de médecine générale doit valider un DES<sup>1</sup> qui présente la singularité de s'effectuer dans un contexte de formation différent de son contexte professionnel puisqu'au moins quatre des six stages semestriels qu'il effectuera se feront à l'hôpital. Cette contrainte réglementaire a été un des facteurs ayant obligé les responsables de formation à développer des modalités pédagogiques innovantes.

Evaluer les compétence des internes peut se faire selon deux modalités opératoires complémentaires : la supervision directe (ou enregistrement des observables) et la supervision indirecte (à partir de traces ou de verbalisations). Dans le premier cas, l'enseignant observe directement l'interne en situation et à partir de ses observations fait son travail pédagogique c'est à dire évalue ce que fait l'interne puis fournit ses recommandations. Dans le deuxième cas, l'enseignant n'observe pas directement l'interne mais analyse ce qu'il a fait, soit à partir d'entretien individuel ou collectif soit à partir de traces d'apprentissages.

L'évaluation des compétences de l'interne nécessite que l'évaluateur assure une double expertise :

- une expertise professionnelle pour évaluer si le travail réalisé correspond aux canons professionnels
- une expertise pédagogique pour faire des recommandations pertinentes en terme de formation professionnelle à partir des observables ou des traces d'apprentissages.

Devant l'impossibilité de disposer d'enseignants ayant la double expertise dans tous les lieux de stage, un projet novateur a été élaboré mutualisant toutes les expertises professionnelles et pédagogiques avec la coordination d'enseignants de médecine générale ayant la double expertise, les tuteurs pédagogiques, qui sont les seuls enseignants qui vont « suivre » les internes de médecine générale pendant la totalité de leur DES.

Il existe deux types d'outils permettant une supervision indirecte performante : les entretiens (entretien de discussion de cas, d'explicitation, critique...) et les traces écrites. Nous avons développé à Nantes<sup>2</sup> mais aussi à Brest, Créteil, Nice, Reims et dans d'autres UFR, le récit de situation complexe et authentique (RSCA). Il s'agit d'obtenir des traces d'apprentissages à partir d'une situation complexe et authentique permettant d'évaluer l'ensemble des composantes qui constituent la compétence : les connaissances théoriques (ou déclaratives), les processus cognitifs qui mobilisent ces connaissances et qui les transforment en une action et enfin la performance de cette action. Pour illustrer notre propos nous avons demandé à une interne de médecine générale de Nantes son accord pour publier in extenso un de ses RSCA

## EXEMPLE DE RSCA

### Récit

*J'ai quatre consultations à faire en autonomie complète, pour la première fois. Monsieur X, 45 ans s'installe et me dit tout de suite la raison de sa consultation : sa femme vient de le quitter et il « craque ». Son discours et son attitude me laissent voir rapidement qu'il s'agit d'une situation aiguë : il tremble, semble à bout, il me décrit un « état de choc » avec une insomnie et état d'angoisse généralisée avec des crises aiguës. Je jette un œil à son dossier et constate que ce patient n'a pas d'antécédent particulier et que c'est sa première consultation pour ce motif.*

*Je le laisse parler... Plus que de chercher à comprendre exactement les circonstances de la situation (ne connaissant rien de la situation familiale du patient, je ne désire pas tout de suite rentrer dans un interrogatoire descriptif alors qu'il est dans une démarche de soin) je cherche à évaluer l'état du patient (sa gravité, la nécessité d'une hospitalisation ou d'un traitement) et ce qu'il attend de la consultation : désire-t-il seulement en parler ? attend-t-il un traitement, un arrêt de travail ? un soutien psychologique ponctuel ou régulier ?*

*Il m'apparaît que monsieur X a besoin de parler, mais qu'il a aussi analysé son état comme limite, au point d'accepter ma proposition d'un soutien chimiothérapique. Ses attentes me semblent d'abord être un besoin urgent de se calmer (par l'écoute et par un traitement médicamenteux), mais au fur et à mesure de la consultation, il m'apparaît que Monsieur X désire un soutien psychologique.*

*J'essaie ensuite de comprendre ce qui perturbe le plus monsieur X dans cette situation. Quelques points apparaissent : la soudaineté de la décision de sa femme alors que sa vie sentimentale lui paraissait satisfaisante et surtout l'angoisse d'être seul (à laquelle se rajoutent des soucis d'ordre matériel comme le déménagement imminent). Il n'a pas encore annoncé la nouvelle à ses trois enfants âgés de 4 à 14 ans, ce qui rend l'atmosphère au domicile encore plus pesante. Monsieur X est dans un état qui ne lui permet pas d'analyser plus clairement la situation.*

*Le temps passe vite, je n'ai que vingt à trente minutes en moyenne à consacrer à chaque patient. Je fais un bilan de la situation : état d'angoisse aiguë suite à un choc psychologique qui entraîne un tournant important dans sa vie. J'en fais la synthèse avec lui : comment passer le cap au mieux ? je lui demande comment il envisage la chose : je lui propose un soutien médicamenteux qu'il accepte : la prescription d'un anxiolytique à prendre au moment de la crise me paraît évidente et je décide aussi, avec son accord, d'entreprendre un traitement de fond par IRS (inhibiteur de la recapture de la sérotonine). J'explique au patient la fonction de chacun des médicaments. Par ailleurs, je lui propose de se revoir, d'une part pour évaluer l'efficacité du traitement et d'autre part pour faire le point sur sa situation. Il me dit qu'il désire en effet être suivi et me précise qu'il se sent plus à l'aise avec une femme (mon maître de stage est un homme). Nous prenons donc rendez-vous dans trois semaines et je précise de ne pas hésiter à reconsulter avant si la situation devait stagner ou s'aggraver.*

### Auto-évaluation et auto-formation

*Cette consultation m'a posé plusieurs problèmes :*

- *La gestion du temps*

*Il s'agissait de la première consultation d'une série de quatre. J'ai très peu appris jusqu'alors à gérer le temps d'une consultation. Je sais parfois accélérer les choses dans une consultation simple. Dans celle-ci, bien que je décide qu'elle vaut le coup de prendre du retard, je ne peux ignorer le stress du temps. Par ailleurs, je ne sais pas bien où je dois arrêter la consultation : il y a beaucoup de choses à dire, je ne connais pas grand chose de la situation du patient. J'ai donc choisi de me cantonner aux points énoncés ci-dessous : diagnostic médical et gravité pour envisager un traitement immédiat adapté, prise de connaissance partielle de la situation en me concentrant sur l'aspect social qui pourrait constituer une urgence.*

- *L'affirmation du diagnostic*

*Je ne connais pas le patient, je le vois dans une situation aiguë. Le diagnostic de crise d'angoisse généralisée me paraît simple devant une sémiologie riche : crises brèves, brutales, avec manifestations psychiques et somatiques. Il y a par ailleurs un fond d'anxiété chronique : ruminations anxieuses, insomnie d'endormissement, asthénie générale, troubles neurovégétatifs. Tous ces signes me font*

porter le diagnostic de trouble anxieux généralisé (TAG) bien qu'ils évoluent depuis moins de six mois (dans les recommandations de l'ANAES, le niveau de preuve de cette donnée de durée n'est que de grade C, en revanche, la notion de survenue des troubles suite à une rupture est un argument de plus en faveur du diagnostic de TAG, grade C) je ne connais pas son état antérieur : présente-t-il une recrudescence d'angoisse sous-jacente, avait-il déjà un terrain dépressif, il m'apparaît sur quelques données (d'interrogatoire et du dossier) que ces crises d'angoisse sont réactionnelles et apparaissent sur un terrain psychologique sans particularité.

Par ailleurs, le patient présente quelques symptômes de dépression (humeur triste, insomnie) qui peuvent faire évoquer une dépression sur le mode anxieux. Cette discussion ne me paraît pas essentielle puisque le traitement symptomatique pour l'instant sera le même, l'important étant l'évaluation de la gravité du syndrome.

- *L'évaluation du degré de gravité*

Toujours parce que je ne connais pas le patient, il me semble plus difficile d'évaluer la gravité de la situation. Je me base sur ce que je vois (le patient est tremblant jusque dans sa voix mais il n'est pas mélancolique), sur les données de l'interrogatoire (il ne présente pas de trouble du comportement lors des raptus anxieux, bien que son humeur soit triste, il n'a pas d'idées noires, ni d'incurabilité, il continue à se rendre à son travail avec goût), sur l'absence d'antécédent psychiatrique. Sur ces données, le patient ne me paraît pas dangereux pour lui-même et je juge que l'on peut se contenter pour l'instant d'un traitement ambulatoire.

- *Les choix thérapeutiques*

Traitement de la crise : il me paraît évident que le patient a besoin en cas de crise d'un tranquillisant type benzodiazépine d'action rapide compte tenu de mon diagnostic (recommandation ANAES, grade B) mais aussi parce que le patient est clairement demandeur. Ce traitement aura une action curative sur la crise et rassurante pour le patient.

Traitement de fond médicamenteux : il est légitime devant la fréquence des attaques de panique et devant le diagnostic de TAG. J'ai également envisagé la possibilité d'un épisode dépressif débutant. Un traitement médicamenteux de fond me paraît justifié car la situation du patient n'est pas prête de s'arranger et les crises du patient sont fréquentes associées à un état de détresse devant cette situation. Le choix de la molécule se porte sur un IRS et en particulier sur la paroxétine dont le niveau d'efficacité est de grade B (ANAES 2001). Je ne souhaite pas imposer le traitement au patient sans savoir ce que lui attend. Je trouve cette étape de la consultation difficile car je ne sais pas l'idée que se fait ce patient d'un traitement anti-dépresseur et psychothérapeutique. J'ai peur qu'il ne se braque ; J'essai donc de lui faire exprimer ce qu'il attend et sous quelle forme. Il a été rapidement clair que Mr X cherchait un soulagement rapide de ses symptômes et il a donc facilement accepté mes propositions.

Traitement psychothérapeutique : Je l'interroge ensuite sur ce qu'il attend de plus : ressent-il le besoin de parler, avec qui, c'est ainsi que nous prenons un nouveau rendez-vous, non seulement pour équilibrer éventuellement son traitement mais aussi pour faire le point sur sa situation.

- *L'évaluation du problème social*

Abordé rapidement pendant cette consultation, j'ai souhaité en parler avec lui pour détecter une situation critique et aussi pour rechercher des facteurs susceptibles de nourrir ses angoisses. Il est apparu plusieurs facteurs anxiogènes : enfants et famille proche ne sont pas encore au courant de la situation, le couple s'est imposé de faire semblant pendant les fêtes de Noël, Mr X est dans l'obligation de trouver rapidement un autre logement.

- *Mon positionnement pendant la consultation*

Il s'agit d'une de mes premières consultations seule en cabinet. Je me sens peu à l'aise dans ce rôle. Je perçois qu'il est tout à fait différent de celui de l'interne à l'hôpital. Le médecin généraliste s'occupe du patient dans son ensemble, il ne va pas apparaître quelques instants dans la vie du patient, il est son référent médical. Il est difficile de ressentir cela pendant un stage et cette consultation me l'a fait découvrir puisque je devenais le médecin qui allait suivre ce patient. J'en étais à la fois heureuse puisque c'est une notion de la médecine générale qui me plaît énormément mais aussi angoissée : je me suis sentie seule responsable médicale de ce patient : je prends conscience de la part de fierté de ce sentiment (que j'essaie de maîtriser) et de la responsabilité qui en découle.

Mon jeune âge et mon manque d'expérience professionnelle mais aussi personnelle, m'ont rendu mal à l'aise face au patient : il m'explique une situation familiale que je ne peux comparer à un vécu (mais est-ce vraiment un handicap ?), je me sens inexpérimentée pour le conseiller (mais est-ce mon rôle ?), j'ai du mal à oublier que je ne suis pas un ami mais un soignant : je ressens de l'empathie envers lui et

*comme je le ferais avec un ami, je ressens le besoin de le réconforter. J'ai donc de la difficulté à savoir comment me comporter. Enfin, aussi ridicule que cela puisse paraître, je me sens mal à l'aise de recevoir des honoraires pour cette consultation...*

*M'appuyer sur des traitements médicaux m'aide beaucoup ; J'ai l'impression de me donner une légitimité : non seulement pour cette consultation mais aussi pour celle à venir (puisque'il sera peut-être question de réajuster le traitement). Je prends conscience de ce sentiment qui peut me faire prescrire un traitement médicamenteux à tort, même si ça n'a pas été le cas ici.*

- *Références bibliographiques :*
  - *DSM IV*
  - *Recommandations ANAES sur le TAG, 2001*
  - *La rencontre médecin-malade est aussi le lieu d'une médiation du lien social. Sarradon-Eck A. la Revue du Praticien- Médecine Générale 2002 ; (16) ; 578.*

## **Synthèse**

*Cette consultation m'a interpellée par le rôle qu'elle me faisait jouer : j'ai découvert pour la première fois une position de médecin que je ne connaissais que de manière théorique. Analyser mes sentiments et malaises survenus au cours de cette consultation m'a déjà permis de gérer un peu mieux d'autres situations rencontrées par la suite.*

*Par ailleurs, cette consultation m'a paru intéressante d'un point de vue diagnostique et thérapeutique : l'aspect le plus difficile m'a semblé être de savoir vers quoi orienter la consultation. Je ne disposais que d'un temps limité et il me fallait élaborer un diagnostic, évaluer la gravité de la situation, choisir avec le patient une thérapeutique adaptée. Ce travail d'analyse m'a permis de remettre mes objectifs de consultation en ordre afin, une prochaine fois, d'être moins « perdue ».*

## REFLEXIONS SUR LA FORME DU RSCA

Le RSCA est un outil et pour que chacun l'utilise à bon escient il convient d'en connaître le mode d'emploi. Le RSCA est structuré en quatre étapes :

- **le récit** : fait la narration d'une situation réelle de médecine générale. Cette narration n'est pas neutre, il s'agit de la situation vécue par cet(te) interne de médecine générale là, à ce moment là, dans ce contexte là. L'exhaustivité de tout ce qui s'est dit ou fait n'est pas recherchée, ce que nous voulons c'est approcher au mieux ce que l'interne a perçu de sa rencontre avec ce patient, ce qu'il a mobilisé comme connaissances, comment il a traité ces informations pour prendre ses décisions et si le résultat est conforme à ce que l'on peut attendre de ce professionnel à ce moment de sa formation. Dans l'exemple que nous avons pris, le récit est relativement concis mais précis : on assiste bien à la consultation avec les lunettes de l'interne : elle n'est pas décrite dans sa totalité ni de façon chronologique, le raisonnement de l'interne est facile à suivre, ses émotions sont plus discrètement évoquées. Il nous manque par contre de nombreux éléments sémiologiques : en effet, si on suit bien son raisonnement, nous ne disposons pas des éléments sur lesquels il s'est fondé, ce qui ne nous permet pas de le valider ou de le discuter. On pointe bien ici la nécessité que le récit soit le plus objectif sur les faits (recueil des données) et le plus subjectif sur les perceptions de l'interne (gestion des émotions, métabolisation des données, construction d'un diagnostic de situation et stratégie(s) de résolution(s) de problème(s), sans quoi l'enseignant ne peut faire une évaluation formative pertinente.
- **L'auto-évaluation** : une fois la situation vécue, il est demandé à l'interne de l'analyser en profondeur, « à froid » en prenant du recul ou de la hauteur, hors des contraintes de temps, de stress, d'idées parasites, matérielles, environnementales... de « questionner son action après l'action » pour qu'il (elle) comprenne comment il fonctionne, qu'il s'appuie sur ses points forts et améliore ses points faibles en terme de connaissances, de processus de résolution de problème(s), de niveau de performance.
- **L'auto-formation** : pour approfondir sa réflexion et répondre à ses questionnements, l'interne doit aller chercher des informations complémentaires, en décrire les modalités et en évaluer le niveau de preuve. Une fois ce travail fait, il analyse son acte à la lumière des éléments nouveaux apportés par ses recherches ce qui doit se traduire par la confirmation (renforcement positif) de certaines procédures et parfois la remise en cause de certaines autres (apprentissage), la modification de procédure(s) ne pouvant être évaluée que lors d'une prochaine situation (transférabilité).

Dans l'exemple que nous avons pris, ce canevas n'a pas été respecté ce qui rend difficile l'analyse. L'auto-évaluation et l'auto-formation sont agrégées ce qui rend difficile la séparation entre savoirs antérieurs et savoirs acquis ; de plus la recherche bibliographique n'est pas explicitée et sa présentation ne répond pas aux critères scientifiques (Vancouver). Autant d'objectifs d'apprentissages à souligner dans la rétroaction pédagogique... On pointe bien ici la nécessité de respecter le « canevas » du RSCA pour permettre à l'enseignant d'évaluer correctement ce que l'interne savait et ce que les recherches ont apportées comme connaissances nouvelles.

- **La synthèse** : au terme de ce travail réflexif, il est demandé à l'interne de souligner les acquis que ce travail lui a apporté pour sa formation de médecin généraliste, et de pointer les changements de « façon de faire » que ce travail va apporter dans sa pratique future. C'est ce changement (futur) qui sera l'indicateur de la modification de son niveau de compétence et que l'enseignant cherchera à valider plus tard. Dans notre exemple, l'interne revient sur son vécu de cette consultation mais ne nous donne pas ce que ce travail lui a apporté en terme d'amélioration du niveau de résolution du problème de son patient ni ce que ses recherches vont modifier dans sa pratique future, ce qui nuit, là encore, aux recommandations que va pouvoir faire l'enseignant qui va évaluer ce travail.

## REFLEXIONS SUR LE FOND DU RSCA

Pour évaluer les compétences des internes, nous disposons de plusieurs types de référentiels validés<sup>3,4,5</sup> auxquels nous référer et qui nous permettent de répondre à cette interrogation : l'interne a-t-il été professionnel ?

- **Ses connaissances théoriques (déclaratives) sont-elles suffisantes ?**

Le récit permet de les évaluer de deux façons, lors du récit quand il décrit la mobilisation de ses connaissances pour poser un diagnostic (de situation) et lors de son auto-évaluation quand il les met en perspective avec les recherches qu'il a effectuées. Compte tenu des nombreuses recommandations

existantes, de la facilité d'accès à des sites spécifiques, il est facile d'en évaluer le niveau. L'enseignant peut ainsi évaluer les connaissances antérieures de l'interne, la pertinence des connaissances nouvelles qu'il(elle) est allé(e) chercher, leur intégration. Cet évaluation faite, il donnera ses recommandations (rétroaction pédagogique) validant (ou pas) le travail fait et donnant des tâches d'apprentissages (ou pas) complémentaires

Dans l'exemple que nous avons choisi, nous pointons bien que l'interne a rapidement réuni des informations permettant de poser un cadre nosologique en s'appuyant sur ses connaissances théoriques. Cependant le récit ne nous permet pas de définir à partir de quels éléments le diagnostic de trouble anxieux a été posé. De plus, on sent bien la confusion dans les troubles anxieux entre anxiété généralisée, TAG, accès de panique d'une part et le diagnostic d'épisode dépressif qui n'est pas écarté d'autre part. Dans le RSCA choisi, le non respect de la procédure du RSCA ne nous permet pas de faire le tri entre connaissances antérieures et connaissances apportées par les recherches personnelles de l'interne. La seule constatation que l'on peut faire est que le résultat global est peu satisfaisant.

- **Sa démarche a-t-elle été pertinente ?**

On peut évaluer la démarche de l'interne selon deux approches :

- celle de la consultation de médecine générale : a-t-il(elle) fait un recueil de données dans les champs bio, psycho et social ? a-t-il(elle) analysé ces données pour construire un diagnostic de situation ? a-t-il(elle) exploré d'autres alternatives ? a-t-il(elle) fait part de ses constatations au patient ? a-t-il(elle) pris en compte les observations du patient ? a-t-il(elle) construit une alliance thérapeutique avec celui-ci ? a-t-il programmé un suivi ?
- celle de l'evidence based medicine<sup>6</sup> : L'interne a-t-il(elle) pris en compte l'état et les circonstances cliniques ? les données de la recherche ? les préférences et agissements du patient ?

L'enseignant peut ainsi évaluer les processus cognitifs mobilisés par l'interne en les confrontant au cadre conceptuel de son choix pour valider (ou pas) les modalités de sa démarche de médecin généraliste en formation et donner (ou pas) des tâches d'apprentissage ciblées sur les processus défaillants.

Dans l'exemple choisi, on constate que la démarche de l'interne respecte bien les temps de la consultation, que le patient est bien informé, qu'il participe aux décisions prises et que le suivi est programmé. D'un point de vue EBM, la démarche est également satisfaisante : s'adaptant aux contraintes ici et maintenant qui sont analysées, s'appuyant sur les données validées qu'elle cite et prenant en compte les possibilités du patient qui sont recherchées et évaluées, on suit bien les étapes de son raisonnement. Si la démarche est bonne, il manque dans ce récit les éléments objectifs permettant de l'étayer.

La démarche « technique » est nécessaire mais pas suffisante pour évaluer la compétence d'un professionnel, il existe des dimensions constitutives du professionnalisme qu'il faut posséder et que le RSCA permet de renseigner : la dimension réglementaire, la dimension éthique, le travail sur soi. L'enseignant peut s'appuyer sur des référentiels pour évaluer toutes ces dimensions : le code de la santé publique, le code de déontologie, les avis du comité d'éthique, la charte du professionnalisme médical<sup>7</sup>... Dans l'exemple choisi, ce RSCA nous permet de pointer que pendant cette consultation, l'interne a été respectueuse envers le patient, empathique (et a analysé sa tendance naturelle à aller au delà) a respecté l'autonomie du patient, a donné une information loyale qui lui a permis de recueillir son consentement éclairé. Elle s'est régulièrement interrogée sur son positionnement et a cherché à contrôler ses réactions affectives. Tous ces éléments témoignent d'une bonne appropriation des concepts du professionnalisme médical. Notons au passage que le RSCA est probablement l'outil le plus performant pour évaluer cette dimension de la compétence professionnelle. Un point important de la rétroaction pédagogique de l'enseignant sera de souligner ce point (renforcement positif+++).

- **Le résultat est-il performant ?**

En médecine générale, le plus souvent il existe plusieurs alternatives de prise en charge des problèmes souvent flous rencontrés (rappelons que, d'après la SFMG, 70% des résultats de consultations sont du niveau diagnostique symptôme ou syndrome). Il est parfois possible de hiérarchiser le niveau de performance des solutions possibles mais le plus souvent, cela n'est pas possible. Dans l'exemple choisi, l'interne avait évoqué un état anxieux (TAG ou stress post-traumatique ou dépression débutante à prédominance anxieuse...). Elle avait donc le choix entre plusieurs alternatives qu'elle a décrit, analysé, hiérarchisé et a décidé en accord avec le patient = accompagnement psychothérapeutique et traitement médicamenteux. Elle aurait pu d'emblée adresser à un psychiatre, mettre un traitement de BZD seule et prendre un RdV chez un psychiatre, prescrire une BZD seule et faire une psychothérapie de soutien plus active en donnant un RdV plus rapproché etc... toutes ces solutions, si elles avaient été

exposées au patient et si celui-ci avait donné son aval aurait eu pour conséquence que le patient aurait été pris en charge dans de bonnes conditions et selon des critères répondant aux recommandations de bonne pratique. Ceci illustre de façon exemplaire que le plus important quand on évalue une performance et son niveau est de confronter le résultat aux processus qui ont conduit à ce résultat. Ainsi apparaît que pour évaluer la compétence « en profondeur », il faut analyser les connaissances, les processus cognitifs qui mobilisent ces connaissances et le résultat de cette action.

Le RSCA répond à l'ensemble de ces obligations, c'est pour cela qu'il a été conceptualisé. Il constitue un outil pédagogique pertinent et puissant. Il permet en effet d'évaluer les compétences des internes, mais aussi de ceux qui les évaluent, des programmes d'enseignement, des lieux de stage... mais ceci est une autre histoire !

## LA RETROACTION PEDAGOGIQUE

En plus des éléments que nous avons pointés précédemment, l'enseignant, dans sa rétroaction pédagogique (feed-back pour les anglo-saxons) doit renvoyer à l'interne les compétences professionnelles que ce récit a permis d'illustrer. Pour cela, il est nécessaire de disposer d'un référentiel des compétences professionnelles du médecin généraliste. Lors du Congrès National du CNGE à Dijon, en novembre 2005, un référentiel a été élaboré<sup>8</sup> à partir des travaux de la WONCA et du groupe « certification » du CNGE.

Si on utilise ce référentiel pour évaluer ce RSCA, on peut dire qu'il permet d'illustrer (pour partie) les compétences professionnelles suivantes :

- Gérer le premier contact avec le patient,
- Prendre en charge un problème de santé de premier recours non sélectionné,
- Respecter la loi et le code de déontologie,
- Privilégier un modèle biopsychosocial :
- Fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science.
- Négocier avec le sujet pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.
- Utiliser le temps comme outil décisionnel et accepter l'incertitude,
- Gérer une situation à un stade précoce et indifférencié,
- Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient,
- Créer une relation adaptée entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie :
- Manifester une écoute active et empathique.
- Maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale.
- Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet.
- Prendre en compte ses émotions et celles du sujet.
- Intégrer dans la pratique les principes éthiques : humanité, respect, égalité, autonomie du patient.
- Adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche.
- Evaluer ses pratiques professionnelles.

On constate ainsi qu'un RSCA permet d'illustrer (en partie ou totalement) plusieurs compétences professionnelles et que pour illustrer l'ensemble des compétences professionnelles, il faut plusieurs RSCA. Dans les UFR qui utilisent régulièrement cet outil, le consensus s'est fait sur le nombre de douze RSCA pour permettre d'illustrer l'ensemble des compétences du médecin généraliste, sous réserve :

- D'être exigeant sur la qualité du RSCA. L'exemple que nous avons pris permet d'illustrer qu'un récit pour permettre d'évaluer les compétences de l'interne doit respecter une architecture précise (premier objectif : appropriation par l'interne des modalités du RSCA). Quand la forme est acquise, il convient que le fond permette à l'évaluateur de suivre pas à pas l'interne dans sa démarche et donc de fournir les éléments constitutifs de celle-ci. Enfin, le professionnalisme a une dimension psychologique et éthique qui doit être renseignée dans le récit.
- D'être vigilant pour bien renseigner l'interne sur la complémentarité des RSCA qu'il devra produire pour illustrer toutes les compétences. Enfin, l'enseignant sera attentif au niveau de performance atteint par l'interne, l'acquisition des compétences est dynamique et s'étale sur six semestres.

On comprend ainsi la nécessité d'un enseignant qui puisse assurer le suivi de l'interne sur les trois ans de sa formation, le tuteur pédagogique. Cet élément, parmi d'autres, illustre la cohérence entre notre

positionnement pédagogique (constructivisme) et les modalités d'évaluation que nous avons développé (le tutorat et ici le RSCA).

## CONCLUSION

Evaluer les compétences professionnelles des internes de médecine générale que nous formons est au cœur de notre mission d'enseignant. Aucun outil ne permet de le faire en totalité, aucun enseignant n'a les compétences suffisantes pour le faire seul. La communauté enseignante généraliste a beaucoup réfléchi, conceptualisé, innové ce qui explique son avance en sciences de l'éducation dans le domaine médical. Nous avons « inventé » les ECOS, les tests de concordance de script, le tutorat médical pédagogique, le portfolio électronique des internes, les groupes d'échanges de pratique des internes, les fiches d'incidents etc. dans le seul et unique but d'avoir des regards croisés d'évaluateurs différents avec des outils différents. Le RSCA s'inscrit dans cette dynamique et vient compléter notre arsenal pédagogique. Nous espérons que ce travail vous aidera à en appréhender les potentialités et vous incitera à l'essayer pour l'adopter.

## BIBLIOGRAPHIE

<sup>1</sup> Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Bulletin officiel n°39 du 28 octobre 2004.

<sup>2</sup> Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J et Senand R. Récit de situation complexe et authentique, le modèle nantais. La Revue du Praticien Médecine Générale 2004 ; 654/655 :724-26.

<sup>3</sup> Pouchain D, Attali C, De butler J, Clément G, Gay B, Molina J, Olombel P et Rouy JL. Médecine générale, concepts et pratiques. Masson éditeur 1996 :1026p ;

<sup>4</sup> Samuelson M and all. Pour un référentiel métier du médecin généraliste. Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants.1997

<sup>5</sup> Certain MH, Gervais Y, Perrin A. un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier. Editions Osmose 1999, 113p.

<sup>6</sup> Gay B. E.B.M. Pédagogie médicale

<sup>7</sup> A.B.I.M., A.C.P.-A.S.I.M. et E.F.I.M. Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. Pédagogie médicale 2004 ; 5 : 43-5.

<sup>8</sup> Attali C. les compétences du médecin généraliste. Exercer 2006

Ouvrages consultés :

- Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. De Boeck éditions Bruxelles 2004. 342p.
- Barbot M.J. et Camatarri G. Autonomie et apprentissage ; l'innovation dans la formation. PUF éditions, Paris 1999 ; 244p.
- Tremblay NA. L'autoformation pour apprendre autrement. Montréal (QC) : Les Presses de l'Université, 2003:327p.