

RSCA : récit de situation complexe authentique à Saint Étienne

La validation du D.E.S de médecine générale est clôturée par la présentation du portfolio contenant les traces d'apprentissage : journal de bord, récits de situation complexe authentique (RSCA), protocole de thèse et le parcours de l'interne.

Le RSCA constitue un travail académique rédigé selon des règles précises et scientifiques. Ce travail doit être supervisé par le tuteur du groupe d'échange de pratiques (GEP). Ce tuteur valide le sujet, la formulation des problématiques, les recherches et les références bibliographiques. L'évaluation et la validation des RSCA se font grâce à une grille précise et validée par le département de médecine générale. (Cf. Annexe). Ce document a pour objectif de vous aider à rédiger vos RSCA.

Qu'est-ce qu'un RSCA de médecine générale ?

Le RSCA est avant tout une histoire clinique originale, complexe que l'interne a vécue en stage et qui lui a permis de comprendre plusieurs éléments clés de sa discipline. Il a envie de les éclaircir et d'en livrer les clés à ses pairs sous la forme d'une trace d'apprentissage potentiellement publiable.

Concernant la Narration

Prérequis : la situation rapportée est en lien avec la discipline ; l'interne y est impliqué personnellement. Elle doit avoir été authentifiée par le maître de stage des universités (MSU) qui peut avoir réalisé une supervision directe ou indirecte.

- Elle explicite le processus de décision et comment ce processus interagit avec la décision
- Elle permet de reformuler ce qui a été dit, pensé, ressenti par le narrateur
- Elle donne des éléments de ce qu'il a compris du vécu du patient
- Elle donne des éléments non verbaux et de verbatim
- Elle respecte la temporalité, la chronologie des faits rapportés.
- Elle fait apparaître la complexité tant au plan EBM que biopsychosocial.
- L'interne est impliqué(e), investi(e), s'exprime à la première personne
- Le discours est précis, clair, structuré, et rend lisible la démarche et le raisonnement
- L'orthographe et la syntaxe sont conformes

Concernant l'analyse de la décision

- L'interne analyse quelles décisions il a prises et ce qui a influé sur celles-ci
- Il analyse aussi les décisions qu'il n'a pas prises en explicitant ses choix

Concernant la problématisation

Elle permet une prise de recul de l'interne par rapport à sa pratique

- L'interne fait un diagnostic de situation et fait apparaître la complexité biomédicale et psychosociale
- Il identifie, hiérarchise et argumente les problèmes posés par la situation
- Il explicite ce qui est connu et non connu de lui, les points positifs et négatifs de ses décisions
- Il identifie et argumente ses besoins d'apprentissage sous forme d'objectifs clairs et précis
- Les questions sont explicitement en lien avec la situation, ne sont pas des questions générales appelant des réponses non contextualisées

Les questions posées peuvent être nombreuses : 2 à 6 questions peuvent être traitées, explorant au moins deux champs différents de la complexité (biomédical et psycho sociale), recouvrant au moins une compétence par question.

Concernant les réponses apportées

- Répondent à la problématisation
- Synthétiques, appropriées (c'est-à-dire à la fois répond à la question et appropriée par l'interne qui le transfère dans sa pratique)
- Les réponses sont centrées patient
- L'interne fonde ses réponses sur des sources de qualité (indépendance, niveau de preuve, lien d'intérêt, issues des soins premiers)
- Il exerce un regard critique pour extraire les données pertinentes des ressources (pas de copié-collé, ni de topos)
- En contextualisant les données retrouvées, l'interne les rend réutilisables

Concernant les ressources bibliographiques utilisées

- La stratégie de recherche est argumentée : pourquoi ? Comment ?
(Mots clés ? Équation de recherche ?)
- Analyse critique est faite sur le niveau de preuve des sources trouvées.
- Les sources sont diverses et issues principalement des soins premiers

Concernant la synthèse des apprentissages

Deux niveaux :

- Question par question :
 - Critique positive et/ ou négative de ce qui a été réalisé
- Pour cette situation :
 - Décrire la stratégie idéale pour ce patient à la lumière des résultats de la recherche. Argumenter et justifier ses nouvelles propositions.
 - Identifier ses apprentissages, sa progression, réévaluer ses propositions initiales (faites dans la situation) : qu'est-ce qui a changé ? Qu'est-ce qu'il pourrait être difficile ou réalisable dans l'application de cette pratique idéale ?
 - Proposer des stratégies alternatives/contextuelles
 - Identifier les compétences mises en jeu et expliciter la progression
 - Identifier les familles de situation auxquelles appartient la situation retracée

Concernant la conclusion

La conclusion précisera de façon synthétique, intégrative ce qui a été découvert à travers la ou les situations cliniques, quel modèle général peut être établi (diagnostic bioclinique, psychologique, éthique, social et professionnel).

Quelle prise en charge optimale pourrait être attendue, quels risques critiques pourraient être évités, quelle transposabilité à d'autres situations peut être imaginée.

Quelles compétences sont mises en œuvre.

La conclusion élabore une sorte de solution, construit des propositions qui tiennent compte de chacune des sous-parties du travail.

Modalités pratiques du RSCA

Préparation

- Rédaction du script clinique à chaud, c'est-à-dire le plus rapidement possible après son déroulement (soir même, lendemain matin, au plus tard WE d'après) écrire une version « longue » contenant les faits, les affects, les souvenirs, les conflits, l'ambiance...
- Présentation de la situation au GEP et problématisation avec le groupe et le tuteur
- Présentation après validation du tuteur des réponses et des références bibliographiques des réponses apportées au GEP suivant

Rédaction

- En français
-
- Patients et médecins doivent rester anonymes.
- Phrases courtes et simples : 1 idée = 1 phrase (attention aux répétitions de mots, d'idée).
- En dehors de la narration : Bannir les jugements de valeur et les marques d'affectivité
- Pas d'abréviations, de parasites (bien sûr, en effet...) ni anglicismes.

- Verbatim (transcription intégrale des propos d'un patient, d'un médecin) :
en italique et entre guillemet.
- Sauf dans la narration, éviter « être, avoir, dire, faire », « je, on », et utiliser des formes passives, si besoin.
- Locution latine, nom latin des bactéries... : en italique.
- Rédaction au passé pour les résultats et au présent pour les synthèses, hypothèses et conclusion
- Médicaments : utiliser systématiquement la DCI, si la marque est indispensable ®.
- Le corps de texte contient en général 12-30 000 caractères.
- La page de garde reprend le titre, la date, l'auteur, les aides et relectures éventuelles (remerciements) le nombre de caractères du corps de texte, un plan avec pagination
- Les pages seront numérotées, écriture Arial 10, justifiées, interligne 1,5
- Chapitre en gras police taille 14, sous chapitre en gras taille 12.
- Éviter les sous-sous-chapitres, et préférer une succession de paragraphes.
- Les nombreuses réformes de l'orthographe ont assoupli les règles, mais ne les ont pas supprimées. Une relecture soigneuse est exigée, la tolérance est de 2-3 fautes par texte. Il en est de même de la grammaire, de la syntaxe.
- L'article a- il été soumis ?

- Références bibliographiques

- Règles de Vancouver vous pouvez vous aider des recommandations aux auteurs des revues de médecine générale exercer et Médecine avec les deux liens suivants :

<https://www.zotero.org/styles?q=exercer>. http://www.jle.com/fr/revues/med/espace_auteur.

- IMPORTANT : La recherche documentaire doit être en adéquation avec les problématiques posées. Une courte synthèse de chaque référence bibliographique doit être présentée en annexe, en indiquant la question posée/objectif principal, la méthode utilisée, la population, les résultats/conclusions. Pour les recommandations, la synthèse se limitera à lister les recommandations de grade A ou B pertinentes pour la pratique en médecine générale.

- Exemples :

1. ANAES – URML Ile de France. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Conférence de consensus. Paris 2000;23 p.

« Cette recommandation de grade C — accord professionnel — assez ancienne n'a pas été, à ce jour, révisée par la HAS malgré des polémiques et des publications récentes qui vont à son encontre ».

2. Prescrire Rédaction. Bronchiolite pas de kinésithérapie respiratoire systématique. Absence d'efficacité démontrée, mais fracture de côtes. Rev Prescr 2006;26:768-70.

« Cette synthèse de la revue PRESCRIRE est l'une des premières recommandations qui sème le doute en 2006 en France sur l'intérêt de la kinésithérapie dans la bronchiolite du nourrisson ».

3. Gajdos V, Katsahian S, Beydon N, Bailleux S, Chevret S, Labrune P. Effectiveness of chest physiotherapy in infants hospitalized with acute bronchiolitis: a multicenter, randomized, controlled trial. *PlosMed* 2010; 7 (9):e100435 12 p.

« En 2010, l'étude Bronkinou était la première étude randomisée et contrôlée évaluant l'efficacité de l'AFE chez le nourrisson hospitalisé. Elle n'avait pas permis de mettre en évidence une efficacité de la kinésithérapie respiratoire. Toutefois, il semblerait que le délai de guérison soit réduit chez l'enfant non atopique, mais l'étude n'avait pas été conçue pour l'analyse en sous-groupes ».

- Les références ne doivent pas comporter de livres ou pages web triviaux : Vidal, site Wikipédia, site Doctissimo (s'il est nécessaire de les citer [travaux de sociologie explorant un savoir profane, utiliser la note de bas de page].
- Les références, si elles citent une page web doivent donner l'URL de la page à visiter avec l'auteur de la page, et son titre en clair, et la date de consultation et pas seulement l'URL du site principal.
- ASPECT QUANTITATIF : la bibliographie ne contiendra pas plus du tiers de page web (si besoin de plus : utiliser les notes de bas de page, ni d'un tiers des grandes recommandations nationales et internationales (AFSSAPS, HAS, NICE, CDC, INVS, Prescrire...).
- Exemples :

[1]Levy-Bruhl D, Pebody R, Veldhuijzen I, Valenciano M, Osborne K. ESEN : une comparaison des programmes de vaccinations — Première partie : la diphtérie. *Euro Surveill.* 1998;3(10):93-96.

[2]Barjat C, Charles R, Lucht F, Frappé P. Gestion du risque tétanique des plaies en médecine générale. *Med Mal Infect.* 2011;41(8):424-29

[3]Cooke MW. Are current UK tetanus prophylaxis procedures for wound management optimal? *Emerg Med J.* 2009;26:845-48.

[4]Rhee P, Nunley MK, Demetriades D, Velmahos G, Doucet JJ. Tetanus and trauma : a review and recommendations. *J Trauma.* 2005;58(5):1082-88.

[5]Rutschmann O. Prophylaxie antitétanique aux urgences. *Urgences* 2004;31:415-24.

[6]Haut Conseil de la santé publique. Rapport relatif au programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017. Mai 2012.

- Tableaux

-Un tableau se lit de gauche à droite et de haut en bas. Les résultats normaux sont à lire avant les résultats anormaux. Un tableau a un numéro, généralement en chiffre romain, situé en haut du tableau. Le titre doit permettre de comprendre la suite. Il est souvent centré sur la page, et en gras.

- Il n'y a jamais de traits verticaux. Trois traits horizontaux suffisent : un trait au-dessus et un trait au-dessous de la souche et des têtes de colonne, un trait au-dessous des têtes de ligne et du corps.

Les têtes de colonnes doivent préciser, outre le nom de la variable, s'il s'agit d'un nombre ou d'un pourcentage, et l'unité choisie.

- Le corps du tableau ne doit comporter que des nombres, jamais d'unités de mesure. On peut

choisir de présenter une colonne avec des nombres et de mettre entre parenthèses les pourcentages sans le « % », mais en expliquant en tête de colonne ou en note de bas de page que « les parenthèses indiquent les pourcentages ». Les nombres doivent être alignés sur la virgule s'il y en a une, et doivent avoir toujours le même nombre de chiffres après la virgule.

Les données manquantes doivent être bien repérées avec un trait ou un astérisque.

Les notes de bas de tableau doivent permettre de comprendre les abréviations.

Qu'est-ce qu'un RSCA de médecine générale ?

Le RSCA est un travail disciplinaire.
 Il doit être consacré à des problématisations centrées sur la médecine générale.
 Le non-respect de cette règle empêche la validation du RSCA par le tuteur.
 Les citations sont autorisées (en italique entre guillemets) et en références.

Chaque item de chaque partie (narration, analyse, problématisation, réponses, ressources, synthèse, conclusion) est évalué P (pertinent) A (améliorable) I (insuffisant). La validation requiert une majorité de P (2/3) et quelques A (1/3), mais aucun I. Une progression doit être notée par le tuteur au fil des RSCA. Une fois validé par le tuteur, l'interne dépose le RSCA sur son port folio.

RSCA	Pertinent (P)	Améliorable (A)	Insuffisant (I)
Forme Clarté Orthographe Titre original centré sur le patient			
Narration Situation décrite précisément anonymisée Implication (« je », ressenti) Raisonnement, processus de décision Complexité EBM Biopsychosociale			
Analyse Explicitation des décisions			
Problématisation Diagnostic de situation Problématiques <ul style="list-style-type: none"> - Contextualisées, - Argumentées - Hiérarchisées - Au moins 3, au moins 3 compétences Objectifs précis / besoins d'apprentissage			
Réponses apportées Répondent aux problématiques Synthétiques Critiques positives et négatives Centrées patient			
Références bibliographiques Stratégie de recherche explicitée			

Sources diverses, soins premiers surtout Sources scientifiques, sites web < 1/3 Vancouver			
Synthèse des apprentissages Pour chaque problématique Stratégie idéale Stratégies alternatives Compétences et familles de situations			
Conclusion Intégrative Transposabilité			

Forme générale :

P : Le nombre de caractères est respecté (entre 12 et 30 000) ainsi que la police du texte (Arial 10), l'interligne (1,5) et la forme justifiée. Le texte est clair et bien orthographié. Le titre est original traduisant la complexité de la situation et est centré sur le patient.

A : Le nombre de caractères, la police, l'interligne, la forme justifiée sont respectées. Le texte manque de clarté et contient des fautes d'orthographe. Le titre est peu original, traduit peu la complexité de la situation et est peu centrée sur le patient.

I : Le nombre de caractères, la police, l'interligne et la forme justifiée ne sont pas respectés. Le titre n'est pas original, ne traduit pas la complexité de la situation et n'est pas centrée sur le patient.

Narration :

P : Elle est rédigée au passé. La situation clinique est contextualisée et décrite précisément en préservant l'anonymat. L'implication de l'auteur est bien traduite (expression de son ressenti et utilisation du « je »). La démarche, le raisonnement et les processus de décision sont clairement exprimés. La complexité de la situation au plan EBM et biopsychosocial est bien mise en évidence.

A : Elle est rédigée au passé. La contextualisation est insuffisante. L'anonymat est respecté. L'implication de l'auteur est peu traduite. Le raisonnement et les processus de décision sont difficiles à comprendre. La complexité de la situation au plan EBM et biopsychosocial est décrite partiellement.

I : Elle n'est pas rédigée au passé. La situation est absente, l'anonymat n'est pas respecté. L'implication de l'auteur n'est pas traduite. La démarche, le raisonnement et les processus de décision ne sont pas explicités ou ne sont pas adéquats. La complexité de la situation au plan EBM et biopsychosocial n'est pas décrite. La situation ne concerne pas les soins premiers.

Analyse :

P : L'analyse des décisions prises est précise, elles sont explicitées (éléments qui ont influé ?). Elle est rédigée au passé.

A : L'analyse des décisions prises est peu précise. Elle est rédigée au passé.

I : L'analyse des décisions prises est inexistante. Elle n'est pas rédigée au passé.

Problématisation :

P : Elle est rédigée au passé. Le diagnostic de situation est clairement identifié et la complexité biomédicale et psychosociale est abordée. Les problématiques sont bien identifiées, contextualisées, argumentées et hiérarchisées (au moins 3, au moins 3 compétences). Les objectifs et besoins d'apprentissage sont formulés précisément.

A : Elle est rédigée au passé. Le diagnostic de situation et la complexité biomédicale et psychosociale sont partiellement abordées. Les problématiques sont mal identifiées. Les objectifs et besoins d'apprentissage ne sont pas formulés précisément.

I : Elle n'est rédigée au passé. Le diagnostic de situation et la complexité biomédicale et psychosociale ne sont pas abordées. Les problématiques ne sont ni identifiées ni contextualisées. Leur nombre n'est pas respecté et les ne respectent pas les compétences. Les objectifs et besoins d'apprentissage ne sont pas formulés.

Réponses apportées :

P : Elles sont rédigées au présent. Elles répondent clairement aux problématiques et sont synthétiques. Le regard critique est bien exprimé. Elles sont centrées patient et sont transposables. Les niveaux de preuves sont intégrés ainsi que les rapports bénéfiques/risques.

A : Elles sont rédigées au présent. Elles répondent mal aux problématiques et sont peu synthétiques. Le regard critique est mal exprimé. Elles sont peu centrées patient et peu transposables. Les niveaux de preuves sont peu précisés ou ne sont pas mentionnés ainsi que les rapports bénéfiques/risques.

I : Elles ne sont pas rédigées au présent. Elles ne répondent pas aux problématiques et ne sont pas synthétiques. Le regard critique n'est pas exprimé. Elles ne sont pas centrées patient. Les niveaux de preuves ne sont pas mentionnés ainsi que les rapports bénéfiques/risques.

Les références bibliographiques :

P : La stratégie de recherche est clairement explicitée. Les références sont soumises à une analyse critique. Les sources sont pertinentes, diverses surtout issues des soins premiers et ne sont pas triviales. Les sites web représentent moins d'un tiers des références. Elles sont écrites selon les normes Vancouver.

A : La stratégie de recherche est mal explicitée. L'analyse des références est insuffisante. Les sources sont peu pertinentes. Elles ne sont pas écrites selon les normes Vancouver.

I : La stratégie de recherche n'est pas explicitée. Les références ne sont pas soumises à une analyse critique. Les sources ne sont pas pertinentes. Elles ne sont pas écrites selon les normes Vancouver.

Synthèse des apprentissages :

P : Elle est précise et concerne chaque problématique avec une critique positive et négative de ce qui a été réalisé. Elle précise les modifications apportées par les recherches. Une stratégie idéale concernant la situation est bien identifiée. Des stratégies alternatives sont proposées. Les solutions

proposées sont centrées patient. Les compétences et les familles de situations impliquées sont clairement identifiées. La progression est précisément explicitée.

A : Elle est peu précise. La synthèse est incomplète. La stratégie idéale et les stratégies alternatives sont inadaptées. Les solutions proposées sont discutables et peu centrées patient. Les compétences et les familles de situations impliquées sont peu identifiées. La progression n'est pas explicitée.

I : Elle n'est pas précise sans regard critique. Les solutions sont inadaptées et non centrées patient. La synthèse est absente tout comme la progression.

Conclusion :

P : Elle est synthétique et intégrative. Elle met en évidence la transposabilité.

A : Elle est peu synthétique et intégrative. La transposabilité n'est pas précisée.

I : Elle n'est pas synthétique ni intégrative. La transposabilité est inexistante.