

ANNEE 2016

N°

**Elaboration d'un livret d'exercices pédagogiques
pratiques**

à destination des internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en
Autonomie Supervisée et de leurs maîtres de stage

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 06 décembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Alice CHERBUY

Né(e) le 31/10/1989

A Viriat (01)

ANNEE 2016

N°

**Elaboration d'un livret d'exercices pédagogiques
pratiques**

à destination des internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en
Autonomie Supervisée et de leurs maîtres de stage

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 06 décembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Alice CHERBUY

Né(e) le 31/10/1989

A Viriat (01)

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Mr le Professeur Jean-Noël BEIS

Directeur de thèse : Mr le Professeur associé François MORLON

Membres : Mr le Professeur Jean-Francis MAILLEFERT
Mr le Professeur Jean-Michel PETIT

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Mr le Professeur Jean-Noël Beis

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, sur le thème de la pédagogie médicale que vous connaissez bien. Recevez pour cela l'expression de ma sincère gratitude. Par ailleurs, merci de votre engagement inébranlable pour la médecine générale et ses étudiants.

Aux membres du jury :

Mr le Professeur Jean-Francis Maillefert,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. En outre, merci de l'engagement dont vous avez fait preuve pour préparer diverses promotions d'externes au concours de l'ECN : «le couteau entre les dents !»

Mr le professeur Jean-Michel Petit,

Vous avez accepté de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Mr l'éminent professeur associé François Morlon,

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse lors de mon SASPAS chez toi, et de m'avoir guidée dans ce travail qui m'a passionné. Ta vision de la médecine générale et de son enseignement ainsi que de la vie en général est réjouissante. Merci pour tout, et merci à Aline pour son accueil.

Aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

Un grand merci aux médecins généralistes qui ont accepté de prendre le temps d'analyser et de critiquer les exercices de ce livret.

Merci aux internes et maîtres de stage qui ont sympathiquement répondu au mail sollicitant leur avis sur le contenu des exercices.

Merci aux personnes qui ont relu mon travail : Cécile, Yves et Jeanne Cherbuy, Nicolas Zenone, et Mr Pierre Bouttier, professeur de littérature illustre et voisin.

Aux différents médecins rencontrés pendant mes études :

Mesdames Villers, merci pour vos encouragements, et pour mon premier stéthoscope. Dr Sportes à Cluny, vous avez contribué à mon passage « du bon côté de la force ». Merci.

Dr Waldner, Sudre, Cubillé, Dautriche, Beis, Morlon, Cannet, Aubry, Sabatier, j'ai beaucoup appris à vos côtés lors de mes stages en médecine générale.

Dr Racine, Matagrin, Buisson, Jacquot (à Autun), Dr Baruteau, Morales, Gonon, Legagneur, Recoque, Madignier, Gauthier, Jolly, Macon, Kellerman et j'en oublie (à Beaune), Dr Samson, Leguy, Berthier, Lorcerie, Millière (au CHU de Dijon)...

Aux équipes d'infirmiers(ères), aides-soignant(e)s, brancardiers, psychologues, assistantes sociales, secrétaires des services de pédiatrie et d'urgences de Beaune et de médecine 1 d'Autun, qui escaladent le talent et la gentillesse par leurs faces Nord.

A mes co-internes :

Nicolas Proux, Aurore, Jean, Marie, Laureline, BenH, Olivia, Nico Chapelle, Sophie, Marie...

A mes anciens co-externes ...et néanmoins amis ! :

A ce groupe de filles inoxydable et joyeux que l'on parvient à réunir régulièrement,
A ce bon vieux Georges, colocataire ET éminent camarade,
A l'aimable groupe de révision ECN et sa minute culturelle,
Et à tous les autres sympathiques bipèdes qui ont peuplé la faculté de médecine de Dijon en ce temps-là.

Aux amis non médecinopodes :

Les copains d'Argelès, les amis rencontrés à SingallGospel et les autres...

A ma famille :

Ma sœur (mon frère) Jeanne : quelle ravissante et plaisante personne. Et Ludo.
Mon père Yves, dont j'ai l'honneur d'être la fille : pour Saint-Vérand, la montagne, la moto, la physique... et tout le reste.
Ma mère (Marcus) Cécile, dont j'ai l'honneur d'être la fille : pour les chants, pour les moments, pour tout. « La vie ce n'est pas d'attendre que l'orage passe...c'est d'apprendre à danser sous pluie ! »
Mémique, merci pour ton amour et ton soutien,
Mon pépé Charles, parce que je suis sûre qu'il est toujours avec moi,
Hélène, Christophe, Louis et Jules, la fière bande de Claudels de Cheupor,
Michel/Joseph (dziękuję za wszystko) et sa famille,
Mamie Solange et papi Pierre, qui auraient été fiers,
Les onze cousines + un cousin paternels (!), et mes moins nombreux mais tout aussi sympathiques oncles et tantes,
Sophie et ses enfants,
Nicole, Estelle Zenone et Guy, Joseph Zenone,
Nane et Jean-Louis, Michel aussi, et leur famille,

Nico, qui est le plus gentil et le plus admirable des compagnons de jeu dans la vie.

Serment d'Hippocrate

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
METHODE	15
RESULTATS	18
1- De la conception des exercices au livret	
1-1 Les exercices de niveau « SASPAS »	18
1-1-1 L'élaboration.....	18
1-1-2 Les consignes des 26 exercices.....	18
1-1-3 La sélection pour le livret.....	23
1-2 Les exercices complémentaires.....	23
1-2-1 La sélection pour le livret.....	23
1-2-2 Les consignes des 7 exercices complémentaires.....	23
1-3 Tableaux synthétiques	14
1-4 Mode d'emploi pédagogique	27
2- Le livret	28
3- Argumentaire pédagogique	40
Exercice 159bis : Alternatives non médicamenteuses.....	41
Exercice 271 : Les relations médecin-patient difficiles.....	42
Exercice 272 : Niveaux de contrôle dans la relation médecin-patient.....	44
Exercice 273 : Prévention quaternaire	46
Exercice 274 : Examens paracliniques et recours aux autres spécialistes.....	48
Exercice 275 : Gestion de l'incertitude.....	50
Exercice 276 : Maintien de l'autonomie.....	52
Exercice 277 : Les préjugés	54
Exercice 278 : Relations familiales complexes.....	56
Exercice 279 : Symptômes Biomédicalement Inexpliqués.....	58
Exercice 280 : Prévention individuelle et collective.....	60
Exercice 281 : Urgence ressentie, urgence vraie.....	62
Exercice 282 : Support ou conseil ?	64
Exercice 283 : L'intuition.....	66
Exercice 284 : Représentations culturelles.....	68
Exercice 285 : Secret médical.....	70
Exercice 286 : L'information aux patients.....	72

Exercice 287 : Sexualité	73
Exercice 288 : Le chronomètre inversé.....	74
Exercice 289 : Eviter les effets indésirables médicamenteux (1).....	75
Exercice 289bis : Eviter les effets indésirables médicamenteux (2).....	76
Exercice 289ter : Eviter les effets indésirables médicamenteux (3).....	78
Exercice 290 : Les motifs de consultation.....	80
Exercice 291 : Patient et travail.....	82
Exercice 292 : Patient et famille.....	84
Exercice 293 : Le mal-être chez l'adolescent.....	85
 DISCUSSION	 87
1- Intérêts de notre travail.....	87
2- Limites de notre travail.....	87
 CONCLUSION	 90
 BIBLIOGRAPHIE	 92
 ANNEXES	 96
Annexe 1 : Les six compétences génériques de médecine générale.....	96
Annexe 2 : Référentiel des niveaux de compétence	97
Annexe 3 : Mail envoyé aux maîtres de stage et aux internes de médecine générale de Bourgogne	117
Annexe 4 : Suggestions des maîtres de stage et internes de médecine générale de Bourgogne concernant le contenu des exercices pédagogiques.....	119

GLOSSAIRE

ACFA : Arythmie Complète par Fibrillation Atriale
AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
AVK : Anti Vitamine-K
CMV : CytoMégaloVirus
CBGE : Collège Bourguignon des Généralistes Enseignants
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
EBM : Evidence Based Medicine
EBV : Ebstein Barr Virus
ECOS : Examens Cliniques avec Objectifs Structurés
GIR : Groupe Iso Ressources
Hba1c : Hémoglobine Glyquée
HTA : Hypertension Artérielle
INR : International Normalised Ratio
IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons
MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
MSU : Maître de Stage Universitaire
PEC : Prise En Charge
RGO : Reflux Gastro-Oesophagien
RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SBI : Symptômes Biomédicalement Inexpliqués
TDH : Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité
TSH : Thyro Stimuline Hormone
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

« La médecine générale est une spécialité médicale à part entière » : cet aphorisme pourrait apparaître comme une évidence. Cependant, depuis la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en 2004, les médecins généralistes s'efforcent encore de faire reconnaître les spécificités d'exercice, d'enseignement et de recherche de cette discipline de soins premiers. Quelles doivent être les qualités et compétences spécifiques d'un généraliste ? Après le référentiel métier de cette profession en 2009, un panel de six compétences génériques recouvrant la totalité des tâches et fonctions du spécialiste en médecine générale a été publié par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) en 2013 (1). Ces compétences constituent un savoir-agir complexe devant permettre de gérer des situations professionnelles authentiques de médecine générale. Elles doivent être acquises graduellement par l'étudiant lors de sa formation, pour qu'il devienne un praticien autonome et réflexif.

Comment former efficacement les futurs professionnels de médecine générale pour qu'ils puissent acquérir ces compétences spécifiques ? L'objectif ne peut se réduire à une accumulation de savoirs théoriques lors de cours magistraux, restitués ensuite scrupuleusement sur une copie d'examen lors d'évaluations sommatives. En effet, il a été démontré que ce type de savoirs isolés restait alors superficiel et difficilement mobilisable ensuite pour agir efficacement en situation professionnelle réelle (2,3). Les enseignants de médecine générale ont donc privilégié depuis quelques années une logique d'apprentissage par compétences, issue des théories constructivistes, bien différente de l'ancienne approche pédagogique par objectifs. Dans ce modèle, l'évaluation et la formation sont indissociables. Les compétences de l'étudiant sont mesurées le plus possible lors de situations authentiques, sur la base de « tâches complexes, complètes et signifiantes » (4). L'étudiant est acteur de sa formation, il réfléchit sur ses propres actions et cognitions et les critique. L'enseignant assume quant à lui le rôle de guide et de superviseur.

Selon Tardif (4), les méthodes d'évaluation des étudiants en adéquation avec le principe constructiviste sont donc celles qui privilégient la compétence contextualisée. Plusieurs outils pédagogiques de ce type sont ainsi utilisés par les différents départements universitaires français de médecine générale. Leur objectif est de recueillir des données sur le niveau de compétence et sur les méthodes de réflexion en action des internes lors de situations cliniques authentiques. Nous pouvons citer plusieurs de ces outils : les traces écrites d'apprentissage (récits de situations complexes authentiques, portfolio), les examens cliniques objectifs structurés (E.C.O.S.), les supervisions directes et indirectes lors des stages en médecine ambulatoire... La multiplication des modes de recueil permet de cumuler les confrontations de l'étudiant à des situations-problèmes, et donc d'appréhender le plus finement possible son niveau de compétence (5).

La supervision clinique indirecte effectuée par le Maître de Stage Universitaire (MSU) à l'issue d'une journée de Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) constitue un bon exemple d'intervention pédagogique permettant d'accompagner l'étudiant « sur le terrain » dans la construction de ses compétences. Le SASPAS a été créé en 2003 (6) ; il s'agit d'un stage effectué en fin de cursus de DES, au cours duquel l'interne effectue des consultations de soins premiers en autonomie à la place du maître de stage. La supervision clinique selon Kilminster (7) consiste pour le MSU à fournir à l'étudiant une rétroaction sur son développement personnel, professionnel et éducationnel, dans le contexte d'une expérience de soins dispensée de manière appropriée et avec sécurité. La supervision s'inscrit dans la grande famille des évaluations dites formatives. Le qualificatif d' « indirecte » est employé car la supervision lors du SASPAS s'effectue *a posteriori*, en se basant sur la description déclarative que fait l'interne des situations cliniques rencontrées et de leur prise en charge, sans que l'enseignant les ait personnellement observées.

Les internes plébiscitent une supervision indirecte de qualité lors du SASPAS, car c'est pour eux la plus-value pédagogique primordiale permettant de progresser et de différencier le SASPAS du simple remplacement (8). La supervision indirecte est en outre appréciée davantage par les internes lorsque les MSU utilisent des supports pédagogiques plus élaborés ou formalisés que la simple liste des patients vus en consultation (cartes heuristiques, tableaux de bord, grilles de recueil...) (9). Les MSU réclament également des outils pédagogiques pour diversifier et étayer ce moment de supervision indirecte (10). Pour eux, ceux-ci devraient être pratiques, brefs, synthétiques, précis et compréhensibles, en évitant le « jargon » pédagogique (11).

Partant de ce constat, il nous a paru intéressant de travailler sur la création d'un outil pédagogique supplémentaire : un livret d'exercices pratiques à destination des internes en fin de troisième cycle réalisant un SASPAS et des maîtres de stage qui les encadrent. Ces exercices se veulent réalisables par l'interne en autonomie face à une situation professionnelle authentique et ont pour objectif de faciliter l'acquisition contextualisée des compétences génériques de médecine générale décrites par le CNGE (1). Nous avons imaginé que leur bilan puisse être analysé par l'interne et son maître de stage lors de la supervision indirecte.

Le concept du livret d'exercices pédagogiques à destination des étudiants en stage ambulatoire avait été développé initialement par le Docteur Morlon, en collaboration avec une équipe d'enseignants du département universitaire de médecine générale (DUMG) de Dijon en 2014 et 2015 (12, 13). Les livrets d'exercices avaient alors été créés respectivement à l'usage des externes en stage de découverte de la médecine générale ambulatoire et des internes en stage ambulatoire de niveau 1 (premier stage d'internat en milieu ambulatoire en trois phases : observation, supervision directe, supervision indirecte).

MÉTHODE

La conception des exercices était principalement guidée par l'objectif d'aborder des problématiques exemplaires, fréquentes et complexes de médecine générale. Le but était également que ces exercices puissent couvrir l'ensemble des six compétences génériques. L'exhaustivité dans l'approche des problématiques fréquentes de médecine générale était bien sûr impossible. Une sélection s'avérait nécessaire, avec une part de subjectivité inévitable.

Pour tenter de diminuer cette part de subjectivité, nous avons en premier lieu cherché à recueillir les suggestions des internes et des maîtres de stage concernant les problématiques intéressantes à aborder dans les exercices. La consultation s'est effectuée par mail (Annexe 3) ; elle ciblait les MSU de Bourgogne et l'ensemble des internes de médecine générale rattachés à la faculté de Dijon, en SASPAS au moment de la consultation ou l'ayant déjà réalisé au cours de leur cursus.

Quatre des vingt-huit internes consultés et quatre des deux cent-dix MSU contactés ont répondu à la sollicitation (Annexe 4). Les internes ont suggéré d'aborder vingt-huit problématiques différentes dans les exercices. Les MSU ont quant à eux envisagé dix problématiques différentes. Un MSU a déclaré ne pas soumettre d'exercices aux internes en SASPAS et les laisser « trouver les solutions à leurs difficultés ». Un MSU a plutôt souligné la nécessité pendant le stage de mettre en contact l'interne avec 4 familles de situation de médecine générale qui lui semblaient importantes.

Neuf problématiques suggérées par les internes et les MSU ont inspiré la création d'exercices du livret. Une interne a plus particulièrement suggéré d'aborder des problématiques exclusivement biomédicales (réalisation de gestes techniques, habiletés d'examen clinique...). Ces problématiques n'ont pas été retenues pour plusieurs raisons : application de savoir-faire et non de savoir-agir complexes, difficile exhaustivité dans le traitement du domaine biomédical en médecine générale, explications possibles du maître de stage à propos de ces problèmes techniques au fur et à mesure qu'ils se présentent...

Nous avons ensuite travaillé sur la conception des exercices du livret. Proposer trente exercices nous paraissait approprié car cela semblait suffisant pour couvrir l'ensemble des six compétences génériques et pour offrir à l'interne et au MSU un panel de choix au moment de la sélection de l'exercice.

La création initiale d'une vingtaine d'exercices spécifiquement destinés aux internes « de niveau SASPAS » a été confiée à une interne en médecine générale ayant elle-même déjà accompli ce stage, dans le cadre de son travail de thèse d'exercice. La conception était guidée par les principes constructivistes et chaque exercice avait pour but d'orienter la réflexivité de l'interne sur une ou plusieurs des six compétences génériques du généraliste. Les exercices ont été ensuite soumis à l'analyse et à la critique d'enseignants formés à la pédagogie médicale. La discussion autour des exercices pédagogiques s'est déroulée sous forme d'échange de mails.

Nous avons fait le choix d'intégrer au livret quelques exercices sélectionnés parmi ceux créés par le Docteur Morlon et son équipe à l'usage des externes et des internes de niveau 1 (12,13). Ces exercices étaient initialement destinés aux étudiants ayant un niveau de compétence allant de « novice » à « intermédiaire ». Cependant, ils abordaient des problématiques qui nous semblaient essentielles à la formation d'un praticien réflexif. Il nous a donc paru intéressant qu'un interne en SASPAS puisse réaliser ces exercices.

Nous avons conçu ensuite un argumentaire détaillant les caractéristiques pédagogiques de chaque exercice de « niveau SASPAS ». Sa finalité consistait à fournir un support pour l'interne et le maître de stage cherchant des compléments d'information sur les exercices. Ils pouvaient y trouver :

- **le(s) compétence(s) générique(s)** abordée(s) par l'exercice, parmi les six compétences couvrant la totalité des fonctions du médecin généraliste décrites par le CNGE en 2013 (1) :
 - premier recours, urgence
 - continuité, suivi, coordination des soins
 - approche centrée patient, relation, communication
 - approche globale, complexité
 - éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire
 - professionnalisme
- **les moments structurant le déroulement d'une consultation** de médecine générale au cours desquels l'exercice pouvait être appliqué par l'interne (15).
- **les différents types de savoirs** (savoir-être, savoir-faire, savoir théorique) abordés par l'exercice.

- **le niveau de compétence de l'exercice**
Trois niveaux de compétences ont été décrits par le CNGE en 2013 : le niveau « novice » concerne les étudiants de l'entrée dans le DES à la moitié du stage d'interne de niveau 1 ; le niveau « intermédiaire » les internes de la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS ; le niveau « compétent » les internes à partir de la seconde moitié du SASPAS (14).
- **les descripteurs de niveau de compétence** (non publiés à ce jour par le CNGE)
Ils décrivent les actions, connaissances et réflexions de l'interne pouvant être observées effectivement en situation authentique. Ils aident l'interne et le maître de stage à identifier le niveau de compétence dans lequel se situe l'interne à un moment donné (16).
- **les familles de situations cliniques de médecine générale** rencontrée par l'étudiant en SASPAS au sein desquelles l'exercice pouvait être appliqué. Onze grandes familles de situations cliniques types ont été décrites par le CNGE, devant lesquelles l'interne de médecine générale devait avoir été placé au cours de son DES afin d'évaluer ses compétences (17).
- **Un exemple de résultat d'exercices** lorsque cela était possible.
- **Les références bibliographiques** des documents ayant guidé la création des exercices ou la rédaction des exemples de résultats d'exercices.

Nous avons imaginé que cet argumentaire puisse être mis en ligne sur le site internet du Collège Bourguignons des Généralistes Enseignants (C.B.G.E.), afin de garantir un accès commode et permanent aux étudiants et aux maîtres de stage.

Pour finir, le livret pédagogique a été élaboré : il propose un bref mode d'emploi, la liste des consignes de chaque exercice et un tableau synthétique permettant de sélectionner un exercice en fonction du moment de consultation où celui-ci peut être appliqué et de la compétence que l'interne et son maître de stage souhaitent voir approfondir.

RÉSULTATS

1- De la conception des exercices au livret

1-1 Les exercices de niveau « SASPAS »

1-1-1 *L'élaboration*

Vingt-six exercices de niveau « SASPAS » ont été créés, puis soumis par mail à la critique de médecins généralistes formés à la pédagogie, entre mai et octobre 2016. Leur numérotation a été déterminée dans le but d'établir un continuum avec celle des exercices déjà existants, ciblés pour l'externat et les internes en stage de niveau 1.

1-1-2 *Les consignes des 26 exercices*

Exercice 159 bis : Alternatives non médicamenteuses

L'interne note les traitements médicamenteux qu'il prescrit, leur bénéfice attendu, et enfin les méthodes thérapeutiques non médicamenteuses complémentaires (ou alternatives) s'il y en a. (Argumentaire page 30)

Exercice 271 : Relations médecin-patient difficiles

L'interne relève les consultations où la relation médecin-patient lui a paru difficile. Il essaie d'identifier les origines de cette difficulté relationnelle en notant les éléments qui lui semblent dépendre du patient, de lui-même et du contexte. (Argumentaire page 31)

Exercice 272 : Le niveau de contrôle dans la relation médecin-patient

L'interne coche, parmi les quatre niveaux de négociation proposés, celui qui lui semble définir la relation médecin-patient observée lors de chaque consultation. Il se pose la question de savoir si le niveau de contrôle qu'il a adopté était complémentaire de celui proposé par le patient. (Argumentaire page 33)

Exercice 273 : Prévention quaternaire

L'interne commence toutes ses consultations en se disant : *Primum non nocere* - d'abord, ne pas nuire -. Il note pour chaque consultation ce qui lui vient à l'esprit, mais qu'il ne fait pas du fait de cette directive. (Argumentaire page 35)

Exercice 274 : Examens paracliniques et recours aux autres spécialistes

L'interne justifie toutes les prescriptions d'examens paracliniques et les recours aux médecins spécialistes effectués au cours d'une journée.

(Argumentaire page 37)

Exercice 275 : Gestion de l'incertitude

L'interne pointe toutes les consultations au terme desquelles persiste une incertitude quant au diagnostic. Il vérifie si sa prise en charge permet de prendre en compte à la fois l'hypothèse diagnostique prévalente en soins primaires, mais aussi la plus « grave ».

(Argumentaire page 39)

Exercice 276 : Maintien de l'autonomie

Pour toute consultation d'un patient âgé dépendant (GIR 5, 4 ou moins), l'interne imagine les aides matérielles, humaines et financières qui pourraient être proposées pour améliorer l'autonomie et la qualité de vie de ce patient. Il note si à son avis, le patient et sa famille accepteraient ces aides.

(Argumentaire page 41)

Exercice 277 : Les préjugés

L'interne note les éventuels préjugés qu'il a pu avoir concernant le patient avant ou au tout début de la consultation. Il précise ensuite si cette opinion s'est modifiée durant la consultation et pourquoi. Il essaie de décrire lors de la supervision indirecte les interférences que ces préjugés peuvent créer avec la consultation.

(Argumentaire page 43)

Exercice 278 : Relations familiales complexes

Lorsque l'interne est confronté à une situation où l'entourage du patient semble impliqué de manière complexe, il tente de décrire les rôles joués ou attribués à chaque intervenant (patient, médecin, proches...) en utilisant les dénominations du schéma relationnel de Karpman : Victime, Sauveur, Persécuteur.

(Argumentaire page 45)

Exercice 279 : Symptômes biomédicalement inexpliqués (SBI)

L'interne repère les symptômes et les motifs de consultation qu'il estime pouvoir relever de troubles somatoformes (plaintes somatiques biomédicalement inexpliquées). Il indique d'une part les méthodes de prise en charge immédiates et au long cours qui lui sembleraient pouvoir apporter un bénéfice au patient et d'autre part celles qui lui paraissent préjudiciables.

(Argumentaire page 47)

Exercice 280 : Prévention individuelle et collective : dépistages organisés, dépistages individuels

L'interne essaie d'intégrer un temps pour discuter avec le patient des dépistages organisés et individuels existants (cancers du sein, du colon, de la prostate...). **OU**

L'interne s'applique à déceler les éventuelles addictions du patient (alcool, tabac, drogues, écrans, sport, médicaments...) (**Exercice 280bis**).

Il note les opportunités dont il a pu éventuellement se saisir pour évoquer ces sujets.
(Argumentaire page 49)

Exercice 281 : Urgence ressentie, urgence vraie

L'interne indique les demandes de consultations ou de visites qui ont été présentées comme devant être réalisées dans la journée par les patients. Il note son mode de prise en charge de la demande. Après la consultation, ou après discussion téléphonique, il note si cette demande lui semble correspondre à une urgence clinique réelle ou simplement vécue comme telle par le patient.

(Argumentaire page 51)

Exercice 282 : Support ou conseil ?

Lors de situations où le patient rencontre des difficultés psychologiques ou sociales, l'interne essaie de décrire ce qui pourrait être, de sa part, une attitude de conseil (attitude directive, émaillée d'ordres, d'avis, de consignes) et une attitude de support (attitude aidante, de soutien). Il imagine les conséquences possibles des deux attitudes.

(Argumentaire page 53)

Exercice 283 : L'intuition

A chaque problématique clinique rencontrée, l'interne s'attache à attribuer l'une des deux étiquettes proposées caractérisant l'intuition diagnostique : « ça colle » ou « ça cloche ».

(Argumentaire page 55)

Exercice 284 : Représentations culturelles

Lors de consultations avec des patients d'une autre culture, l'interne cherche à se renseigner sur les représentations que ceux-ci peuvent avoir de leur santé, des soins proposés, des symptômes ou maladies qui les affectent.

(Argumentaire page 57)

Exercice 285 : Secret médical

L'interne relève toutes les situations de sa journée de consultation où le secret médical a pu être questionné.

(Argumentaire page 59)

Exercice 286 : L'information au patient

L'interne s'efforce de vérifier systématiquement la bonne compréhension du patient concernant l'un des paramètres de la consultation suivants : la physiopathologie de la maladie, l'examen clinique, l'apport des examens complémentaires, les hypothèses diagnostiques...

(Argumentaire page 61)

Exercice 287 : Sexualité

L'interne essaie, quand il en trouve et en ressent l'opportunité, de s'enquérir de la santé sexuelle de ses patients (« Êtes-vous satisfait de votre sexualité ? »)

(Argumentaire page 62)

Exercice 288 : Le chronomètre inversé

Toute consultation d'une journée donnée ne doit pas être terminée en moins de vingt minutes, l'interne devant élargir à sa manière la consultation au-delà de la plainte initiale du patient.

(Argumentaire page 63)

Exercice 289 : Eviter les effets indésirables médicamenteux

Lors de chaque consultation avec une personne présentant au moins deux maladies chroniques et/ou prenant plus de cinq médicaments différents et/ou ayant des difficultés à gérer ses traitements ou ses maladies : l'interne évalue la pertinence des prescriptions médicamenteuses, en vérifiant la validité des indications, l'absence de contre-indications (âge, fonction rénale, interactions etc.), les posologies, la durée de prescription (benzodiazépines, IPP, antidépresseurs etc.). S'il l'estime nécessaire, il proposera un ajustement de l'ordonnance qui lui a été présentée en supervision indirecte.

(Argumentaire page 64)

Exercice 289 bis : Eviter les effets indésirables médicamenteux (bis)

Lors de chaque consultation avec une personne prenant un médicament à risque d'effet indésirable grave (anti-thrombotique, diurétique, psychotropes, hypoglycémiant...), l'interne reprend avec le patient et/ou son entourage les notions d'éducation thérapeutique suivantes : situations à risques, signes d'alertes, conduite à tenir.

(Argumentaire page 65)

Exercice 289 ter : Eviter les effets indésirables médicamenteux (ter)

Lors de chaque consultation avec un patient prenant des médicaments au long cours, l'interne demande des informations précises sur les modalités de gestion de celui-ci. Il pose la question de l'observance du traitement, éventuellement à l'aide du questionnaire d'observance de l'assurance maladie, et fait des propositions pour tenter de l'optimiser si nécessaire.

(Argumentaire page 67)

Exercice 290 : Les motifs de consultation

L'interne classe l'ensemble des motifs de consultation présentés par le patient dans l'ordre de priorité du point de vue du patient et du point de vue du médecin. S'il existe une différence entre les deux classements, il essaie d'expliquer pourquoi. Il entoure les motifs qui peuvent être différés ou ont été différés à une autre consultation.

Exercice 291 : Patient et travail

L'interne relève tous les problèmes de santé qui peuvent être en rapport avec le travail, ou qui peuvent avoir un impact sur celui-ci.

(Argumentaire page 69)

Exercice 291bis :

Si un arrêt de travail est effectué, l'interne justifie sa prescription et sa durée (qu'il peut comparer éventuellement avec les référentiels de durée d'arrêt maladie établis par l'assurance maladie).

(Argumentaire page 71)

Exercice 292 : Patient et famille

A chaque consultation, l'interne pose systématiquement une question au patient sur sa vie familiale.

(Argumentaire page 73)

Exercice 293 : Le mal-être chez les adolescents

L'interne cherche à dépister le mal-être (voire le risque suicidaire) chez les adolescents à l'aide de l'outil TSTS-CAFARD.

(Argumentaire page 74)

1-1-3 La sélection pour le livret

Parmi ces vingt-six exercices, vingt-trois ont été sélectionnés pour figurer dans le livret. Les trois exercices non retenus étaient :

- L'exercice 272 : il abordait les niveaux de contrôle dans le modèle négocié de la relation médecin-patient et nous avons jugé l'appropriation de ces concepts trop complexe.
- L'exercice 276 : il abordait le maintien de l'autonomie des personnes âgées dépendantes à domicile. Nous avons estimé que les étudiants et leur maître de stage abordaient souvent spontanément la question du maintien de l'autonomie lors des consultations et de la supervision indirecte classique. Un exercice traitant de cette problématique pouvait sembler alors redondant.
- L'exercice 278 : les concepts d'analyse transactionnelle (triangle de Karpman) abordés dans cet exercice semblaient là encore trop complexes.

Par ailleurs, la sous-partie de l'exercice 291 intitulée 291 bis et traitant des durées d'arrêt de travail n'a pas été retenue pour figurer dans le livret, en raison de son apport pédagogique jugé assez limité.

Pour finir, nous avons décidé de faire apparaître dans le livret une version simplifiée des consignes des vingt-trois exercices retenus, dans l'optique d'une appropriation plus facile de l'outil pédagogique.

1-2 Les exercices complémentaires

1-2-1 La sélection pour le livret

Pour compléter ce livret, 7 exercices ciblés pour l'externat et les internes en stage de niveau 1 ont été sélectionnés parmi ceux créés antérieurement par le Docteur Morlon et son équipe (12, 13). Les critères de sélection étaient l'apport pédagogique complémentaire par rapport aux 23 exercices de « niveau SASPAS » choisis, permettant de viser une exploration la plus complète possible des différentes facettes de la profession de généraliste.

1-2-2 Les consignes des 7 exercices complémentaires

Exercice 8 : L'étudiant place les patients chroniques ou/et addictifs dans le cycle de Prochaska-Di Clemente.

Exercice 11 : L'étudiant applique le concept EBM aux décisions de prise en charge.

Exercice 14 : L'étudiant démarre la consultation soit en attendant que le patient s'exprime, soit avec une phrase prédéterminée par le MSU.

Exercice 154 : L'étudiant imagine l'état de santé des patients chroniques dans 10 ans.

Exercice 155 : L'étudiant imagine ou recherche l' « agenda caché » du patient.

Exercice 156 : L'étudiant recherche les recommandations en rapport avec le résultat de consultation.

Exercice 158 : « Le contrepied » : l'étudiant imagine la prise en charge alors que le MSU change une information (de contexte, examen clinique ou paraclinique...)

1-3 Tableaux synthétiques

Trois tableaux synthétiques ont été créés, récapitulant l'ensemble des 30 exercices sélectionnés. Leur finalité était d'apporter un support à l'interne et son maître de stage lors du choix des exercices, ce choix pouvant s'effectuer en fonction de la famille de situation à explorer, des moments de consultation ciblés et des compétences génériques à travailler.

Nous avons utilisé le concept des familles de situations cliniques représentatives de l'activité de soins premiers décrites par le CNGE (17) pour élaborer les tableaux synthétiques 2 et 3. Ces familles de situations cliniques sont au nombre de onze :

- Famille de situation n°1 : Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence
- Famille de situation n°2 : Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/fréquents/exemplaires
- Famille de situation n°3 : Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- Famille de situation n°4 : Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
- Famille de situation n°5 : Situations autour de la sexualité et de la génitalité
- Famille de situation n°6 : Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- Famille de situation n°7 : Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
- Famille de situation n°8 : Situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques, médico-légaux sont au premier plan
- Famille de situation n°9 : Situations avec des patients difficiles/exigeants
- Famille de situation n°10 : Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- Famille de situation n°11 : Situations avec des patients d'une autre culture

Seul le tableau synthétique 1 figure dans le livret, par souci de lisibilité mais aussi de continuité pédagogique. En effet, sa logique de construction était similaire à celle des tableaux synthétiques figurant dans les livrets à destination des externes et internes de niveau 1 (choix de l'exercice en fonction du moment de consultation ciblé et/ou de la compétence à travailler).

	Relation Communication Approche centrée patient	Complexité Globalité	Education Prévention Santé indiv. Santé commun.	Urgences Premier recours	Continuité Suivi Coordination	Professionalisme
Famille de situation n°1	8	8-279- 289ter	154-280-289- 289bis-289ter	279	154-280-289	
Famille de situation n°2	290	275-279-290		275-279	290	
Famille de situation n°3		275-281		275-281		
Famille de situation n°4	293	293	293			
Famille de situation n°5				287		
Famille de situation n°6	282	292	282			
Famille de situation n°7		291				
Famille de situation n°8	277-285-286					273-277- 285-286
Famille de situation n°9	271				271	
Famille de situation n°10						
Famille de situation n°11	284	284				284
Autre famille de situation	14-155-158	11-158- 159bis	288	274-283		156-274-288

Tableau synthétique 3 : Familles de situations cliniques et compétences génériques

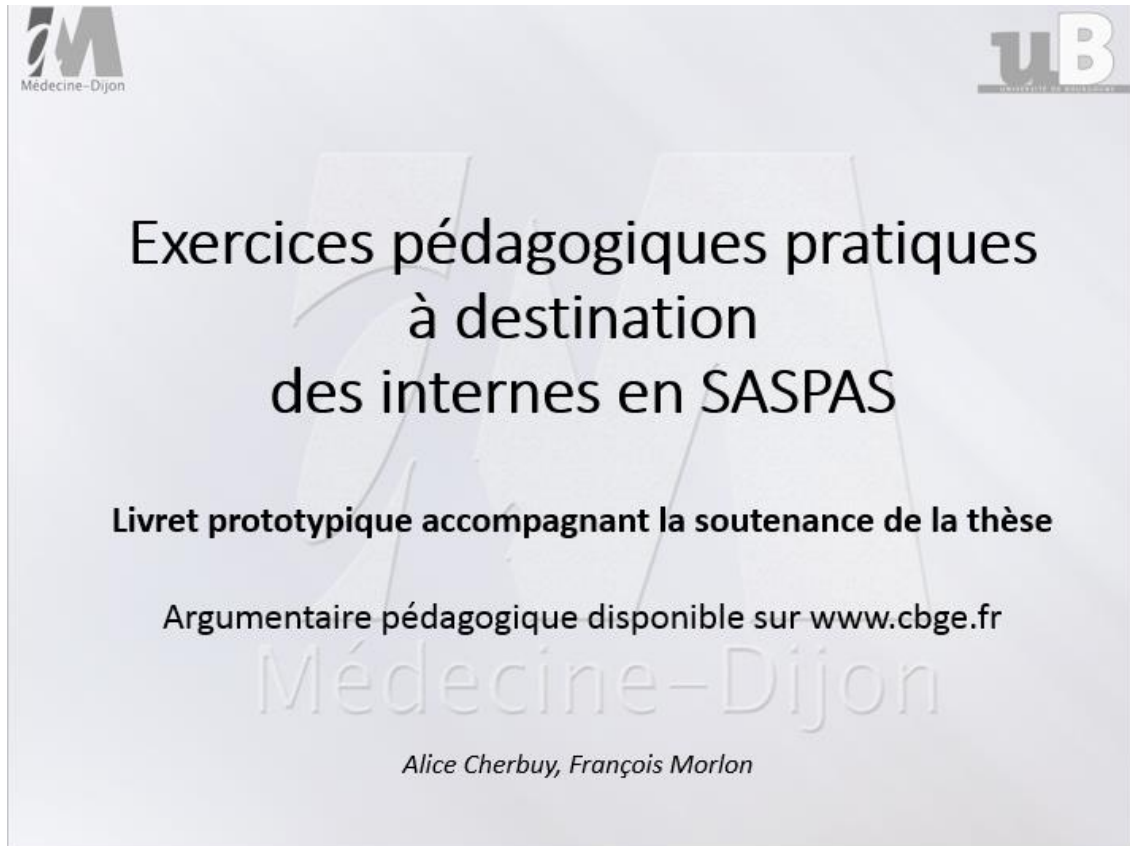
1-4 Mode d'emploi pédagogique

Nous avons élaboré un mode d'emploi pédagogique, dont la version simplifiée se trouve dans le livret d'exercices. Voici sa version complète :

- **SELECTION** : L'interne et son maître de stage choisissent ensemble dans le livret un exercice, avec la possibilité de s'aider du tableau synthétique. Le choix peut être guidé par une compétence que l'interne souhaite approfondir, ou par la nécessité de travailler sur un axe des soins primaires repéré par le maître de stage au cours des supervisions indirectes. Le maître de stage et l'interne peuvent prendre connaissance de l'argumentaire pédagogique correspondant aux exercices de « niveau SASPAS » pour plus d'informations.
- **APPLICATION** : L'interne applique l'exercice lors des consultations de médecine générale « éligibles » effectuées en autonomie au cours d'une journée donnée de SASPAS. Les consultations éligibles sont les consultations au cours desquelles est rencontrée la situation clinique permettant d'appliquer l'exercice. Etant donnée la grande variabilité des consultations en soins primaires, l'exercice pourra donc de façon non prédictible être appliqué une ou plusieurs fois par journée. Ainsi, l'exercice pourra être effectué sur plusieurs journées de SASPAS si la fréquence des situations cliniques « éligibles » est insuffisante. Il est entendu que la réalisation de l'exercice ne doit en aucun cas altérer le déroulement efficace et sûr de la consultation et la réflexion clinique de l'interne reste naturellement prioritaire.
- **CONCLUSIONS** : Le bilan de l'exercice est ensuite analysé avec le maître de stage pendant la supervision indirecte « classique ». L'interne expose alors le résultat de l'exercice, décrit son ressenti et souligne les éléments qu'il souhaite retenir pour sa pratique future. Cette auto-évaluation est suivie d'un échange avec le maître de stage. Ce dernier peut aider l'interne à restituer les actions et réflexions mobilisées par l'exercice en utilisant les techniques de communication de l'entretien d'explicitation (18).

2- Le livret

Nous avons conçu le livret pédagogique en format A5. Il contenait les consignes simplifiées des trente exercices, un mode d'emploi abrégé, le tableau synthétique 1 et un lien vers le site internet du CBGE où les utilisateurs du livret pourront avoir accès à l'argumentaire pédagogique.



Mode d'emploi

- L'interne et son maître de stage choisissent un exercice à l'aide du tableau synthétique.
Sélection possible en fonction des compétences ciblées par l'exercice et/ou du moment de consultation.
Possibilité de cibler les savoirs (savoir théorique : st, savoir-faire : sf, savoir être : sè)
- L'interne applique l'exercice lors des consultations éligibles d'une ou plusieurs journées de SASPAS.
- Le bilan de l'exercice est effectué lors du moment de supervision indirecte.
L'interne expose le résultat de l'exercice et les enseignements qu'il en tire, puis échange avec le maître de stage.
- L'interne et le maître de stage peuvent à tout moment prendre connaissance de l'argumentaire pédagogique pour plus d'informations (disponible sur www.cbge.fr).



Le tableau synthétique

	Relation Communication Approche centrée patient	Globalité Complexité	Education Prévention Santé indiv. Santé commun.	Premier recours Urgences	Continuité Suivi Coordination	Professionnalisme
Présentation	14-271-277-284-290-293	281-284-290-292-293	280-293	281	271-272-280-290	273-277-284
Ecoute	14-155-271-284-290-293	279-281-284-289ter-290-292-293	280-289ter-293	279-281-287	271-280-290	273-284
Formulation des hypothèses	155-271-284-286-293	11-275-279-281-284-293	280-293	275-279-281-283-287	271-280	273-284-286
Examen physique	271-284-286-293	284-293	280-293	287	271-280	273-284-286
Conclusion	271-284-286-293	11-159bis-284-289ter-292-293	280-288-289bis-289ter-293	274	271-280	156-273-274-284-286-288
Hors consultation	8-158-282-285	8-158-159bis-291	154-282-289		154-289	156-285

Les exercices

- **8** L'étudiant place les patients chroniques ou/et addictifs dans le cycle de Prochaska-Di Clemente. (st, sf)
- **11** L'étudiant applique le concept EBM aux décisions de prise en charge. (st, sf)
- **14** L'étudiant démarre la consultation soit en attendant que le patient s'exprime, soit avec une phrase prédéterminée par le MSU. (sf, sê)
- **154** L'étudiant imagine l'état de santé des patients chroniques dans 10 ans.
- **155** L'étudiant imagine ou recherche l'« agenda caché » du patient. (sf)
- **156** L'étudiant recherche les recommandations en rapport avec le résultat de consultation. (st)
- **158** « Le contrepied » : l'étudiant imagine la prise en charge alors que le MSU change une information (de contexte, examen clinique ou paraclinique...) (sf)
- **159bis** L'interne note les traitements médicamenteux qu'il prescrit, puis leur bénéfice attendu, et enfin les méthodes thérapeutiques non médicamenteuses complémentaires (ou alternatives) s'il y en a. (st)
- **271** L'interne relève les consultations où la relation médecin-patient lui a paru difficile. Il essaie d'en identifier les origines, en notant les éléments qui lui semblent dépendre du patient, de lui-même et du contexte. (sê)
- **273** L'interne commence toutes ses consultations en se disant : *Primum non nocere*. Il note pour chaque consultation ce lui vient à l'esprit, mais qu'il ne fait pas du fait de cette directive. (st, sf, sê)

Les exercices

- **274** L'interne justifie toutes les prescriptions d'examens paracliniques et les recours aux médecins spécialistes effectués au cours d'une journée. (st)
- **275** L'interne pointe toutes les consultations au terme desquelles persiste une incertitude quant au diagnostic. Il vérifie si sa prise en charge permet de prendre en compte à la fois l'hypothèse diagnostique prévalente en soins primaires, mais aussi la plus « grave ». (st)
- **277** L'interne note les éventuels préjugés qu'il a pu avoir concernant le patient avant ou au tout début de la consultation. Il indique ensuite si cette opinion s'est modifiée durant la consultation et pourquoi. Il essaie de décrire lors de la supervision indirecte les interférences que ces préjugés peuvent créer avec la consultation. (sê)
- **279** L'interne repère les symptômes et motifs de consultation qu'il estime pouvoir relever de plaintes somatiques biomédicalement inexpliquées. Il indique les méthodes de prise en charge qui lui semblent pouvoir apporter un bénéfice au patient et celles qui lui paraissent préjudiciables. (st, sf, sê)
- **280** L'interne essaie d'intégrer un temps pour discuter avec le patient des dépistages organisés et individuels existants / ou s'applique à déceler les addictions éventuelles du patient (280bis). Il note les opportunités dont il a pu éventuellement se saisir pour évoquer ces sujets. (sf)
- **281** L'interne indique les demandes de consultations ou de visites qui ont été présentées comme devant être réalisées dans la journée par les patients. Il note son mode de prise en charge de la demande. Après la consultation, ou après discussion téléphonique, il note si cette demande lui semble correspondre à une urgence clinique réelle ou simplement vécue comme telle par le patient. (sf)

Les exercices

- **282** Lors de situations où le patient rencontre des difficultés psychologiques ou sociales, l'interne essaie de décrire ce qui pourrait être de sa part une attitude de conseil (attitude directive, consignes) et une attitude de support (attitude aidante, de soutien). Il imagine les conséquences possibles des deux attitudes. (sê)
- **283** A chaque problématique clinique rencontrée, l'interne s'attache à attribuer l'une des deux étiquettes proposées caractérisant l'intuition diagnostique : « ça colle » ou « ça cloche ».
- **284** Lors de consultations avec des patients d'une autre culture, l'interne cherche à se renseigner sur les représentations que ceux-ci peuvent avoir de leur santé, des soins proposés, des symptômes ou maladies qui les affectent. (st, sf, sê)
- **285** L'interne relève toutes les situations où le secret médical a pu être questionné. (st)
- **286** L'interne s'efforce de vérifier systématiquement la bonne compréhension du patient concernant l'un des paramètres de la consultation suivants : physiopathologie de la maladie, examen clinique, apport des examens complémentaires, hypothèses diagnostiques... (sf)
- **287** L'interne essaie quand il en trouve et en ressent l'opportunité de s'enquérir de la santé sexuelle de ses patients (« Êtes-vous satisfait de votre sexualité ? ») (sê, sf)
- **288** Toute consultation d'une journée donnée ne doit pas être terminée en moins de vingt minutes, l'interne devant élargir à sa manière la consultation au-delà de la plainte initiale du patient. (sf)

Les exercices

- **289** L'interne effectue une revue de l'ordonnance des patients « chroniques » ou prenant plus de 5 médicaments différents en vérifiant : la pertinence des indications, l'absence de contre-indications, les posologies, la durée de prescription. S'il l'estime nécessaire, il propose un ajustement de l'ordonnance en supervision indirecte. (st)
- **289bis** Lors de chaque consultation avec une personne prenant un médicament à risque d'effet indésirable grave, l'interne reprend avec le patient et/ou son entourage les notions d'éducation thérapeutique suivantes : situations à risques, signes d'alertes, conduite à tenir. (st, sf)
- **289ter** Lors de chaque consultation avec un patient prenant des médicaments au long cours, l'interne demande des informations précises sur les modalités de gestion de celui-ci. Il pose la question de l'observance du traitement, éventuellement à l'aide du questionnaire de l'assurance maladie, et fait des propositions pour tenter de l'optimiser. (sf)
- **290** L'interne classe l'ensemble des motifs de consultation présentés par le patient dans l'ordre de priorité des points de vue du patient et du médecin. S'il existe une différence entre les deux classements, il essaie d'expliquer pourquoi. Il entoure les motifs qui peuvent être différés à une autre consultation. (sê, sf)
- **291** L'interne relève tous les problèmes de santé qui peuvent être en rapport avec le travail, ou qui peuvent avoir un impact sur celui-ci. (sf)
- **292** L'interne pose systématiquement une question au patient sur sa vie familiale. (sê, sf)
- **293** L'interne cherche à dépister le mal-être (voire le risque suicidaire) chez les adolescents à l'aide de l'outil TSTS-CAFARD. (sê, sf)

Merci aux maîtres de stage qui ont participé à la réalisation ce travail :

Dr CANNET Didier, Dr CARRAT Bruno, Dr CHARRA Clément, Dr DELESVAUX Alexandre,
Dr GOCKO Xavier, Dr MANIETTE Alain-Philippe, Dr MAUFOY François, Dr MORLON François

Et merci aux internes qui ont contribué également à ce travail :

DANDON Thomas, LIEBAULT Marion, NEVERS Anne Laure, RENAUD Charlotte.

Médecine-Dijon

3- Argumentaire pédagogique

L'argumentaire ci-dessous détaillait les caractéristiques pédagogiques de chaque exercice de « niveau SASPAS » :

- Les compétences génériques et types de savoirs abordés,
- Les moments de consultation et familles de situations de médecine générale au cours desquels l'exercice pouvait être appliqué,
- les niveaux de compétence de l'exercice assortis de leurs descripteurs de niveau,
- un exemple de résultat d'exercices quand cela était possible,
- les éventuelles références bibliographiques.

La finalité de cet argumentaire était de fournir un support à l'interne et au MSU qui souhaiteraient se procurer des informations sur les exercices. En effet, après la réalisation de l'exercice puis l'analyse de son résultat, l'interne et son maître de stage peuvent prendre connaissance des descripteurs de niveau pour chaque compétence ciblée par l'exercice. Cette démarche pourrait aider le binôme à situer la position actuelle de l'interne au sein des différents niveaux de chaque compétence générique.

La lecture des exemples de résultats pour chaque exercice pourrait aider à en clarifier la consigne. Les références bibliographiques constituent des indications pour l'interne qui souhaiterait approfondir davantage les problématiques traitées par les exercices.

Exercice 159 bis : Alternatives non médicamenteuses

L'interne note les traitements médicamenteux qu'il prescrit, leur bénéfice attendu, et enfin les méthodes thérapeutiques non médicamenteuses complémentaires (ou alternatives) s'il y en a.

● Moments de consultation : conclusion, hors consultation

● Exemple de résultat d'exercice :

Médicament/Motif	Bénéfice attendu	Complémentaire/alternative
AINS/Lombalgie commune	Symptomatique, confort	Kinésithérapie, physiothérapie, manipulations vertébrales ...
Statines/Dyslipidémie chez un diabétique	Réduction mortalité cardio-vasculaire	Amaigrissement, régime méditerranéen...

● Savoirs mobilisés : savoir théorique

● Compétences et niveaux de compétence ciblés :

Approche globale, prise en compte de la complexité :

Niveau intermédiaire : accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles (on attend qu'il tienne compte des informations dans plusieurs champs pour explorer les différentes réponses possibles à la situation).

● Familles de situations cliniques : autres

● Bibliographie :

19- IWH, Institute for Work and Health. *Evidence Summary for Management of Non-specific Chronic Low Back Pain* (revised April 2009). [En ligne]. <http://www.iwh.on.ca/physicians-network-tool-kit>. [Consulté le 02/11/2016]

20- Estruch R. *Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet*. N Engl J Med. 2013 Apr 4 ; 368(14) : 1279-90.

Exercice 271 : Relations médecin-patient difficiles

L'interne relève les consultations où la relation médecin-patient lui a paru difficile. Il essaie d'identifier les origines de cette difficulté relationnelle en notant les éléments qui lui semblent dépendre du patient, de lui-même et du contexte.

- **Moment de consultation** : tous moments

- **Exemple de résultat d'exercices** :

Relation difficile	Facteur patient	Facteur contexte	Facteur médecin
Patiente insistant pour avoir un arrêt de travail de 8 jours pour une rhinite. Refus du médecin. Colère et incompréhension de la patiente. Agacement du médecin.	• Mal être au travail non détecté ? • Représentations de la maladie ? • Personnalité sous-jacente ? • Autre problématique somatique ou psychologique supplémentaire ?	• Salle d'attente pleine • Retard dans les consultations	• Principes/valeurs (performance dans le travail, justice/équité...) • Préjugés (patient manipulatrice, « n'a pas envie d'aller travailler ! »)
Un patient lombalgique chronique. 5 ^{ème} consultation : les différentes prises en charge proposées ne conduisent pas à l'amélioration des symptômes. Colère du patient. Lassitude du médecin.	Facteurs favorisant l'inefficacité des PEC : • Bénéfice secondaire pour le patient ? • Dépression associée ? • Autres besoins fondamentaux non comblés (pyramide de Maslow), donc moins bonne tolérance/gestion de la douleur ?	Beaucoup d'appels téléphoniques pendant la consultation, difficultés à établir dialogue efficient, fluide	• Sentiment d'impuissance, d'incompétence, de mise en échec, lassitude. • Possibles préjugés (tolérance de la douleur.) • Contre-transfert négatif ? • Défaut de communication avant la consultation sur la PEC et ses objectifs ? • Erreur diagnostique ?

- **Savoirs mobilisés** : savoir-être

- **Compétences et niveaux de compétences ciblés** :

Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient :

Niveau compétent : conçoit que le patient a une histoire personnelle qui détermine ses traits de caractère et influencent le type de suivi (on attend qu'il identifie ce qui peut être un frein au suivi et la nature et l'origine de ce frein (ce qui est dû au médecin, au patient ou à l'interaction)).

Relation, communication, approche centrée-patient

Niveau intermédiaire : dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions (on attend qu'il évoque les éléments d'ordre psychologiques, conscients et inconscients qui du côté du malade peuvent intervenir dans la consultation ; évoque devant des attitudes du patient n'allant pas dans le « sens attendu du soin » les notions de représentations, d'ambivalence, de mécanismes de défense ; évoque face à une réaction émotionnelle surprenante ou intense à l'égard des soignants l'hypothèse de mécanismes transférentiels sous-jacents).

Niveau compétent : est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux (on attend qu'il reconnaisse les émotions du patient et accepte leur légitimité ; fasse référence à des notions de psychologie pour comprendre la nature des réactions du patient et les siennes ; soit capable d'envisager un travail sur lui-même pour améliorer sa gestion des émotions).

- Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles (on attend qu'il repère ses propres difficultés de nature communicationnelle/relationnelle ainsi que des difficultés liées à des fonctionnements personnels qui interfèrent et parasitent la prise de décision ; qu'il commence à se questionner sur ses propres limites, à prendre conscience que la connaissance de soi est un des facteurs de progression professionnelle ; qu'il participe volontiers aux formations qui traitent de ce domaine (...) en acceptant de se perfectionner en communication).

- Lors de situations/rerelations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet...), construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci (on attend qu'il s'interroge sur la nature des relations qu'il entretient avec les patients ; évalue les sentiments et émotions qu'il ressent pendant le traitement du malade comme une information possible sur le fonctionnement psychologique et relationnel de celui-ci ; nomme ce qui pose problème entre le patient et lui-même dans la consultation et après celle-ci).

● Familles de situations cliniques :

9- Situations avec des patients difficiles/exigeants

● Bibliographie :

21- Pomm. H.A., Shahady E., Pomm. R.M. *The CALMER Approach : Teaching Learners Six Steps to Serenity When Dealing With Difficult Patients*, Family Medicine 2004 ; vol 36 ; 7 ; 467-469

22- Gillette RD *"Problem patients" a fresh look at an old vexation*. Fam Pract Manage 2000 ; 7 : 57-62.

Exercice 272 : Niveaux de contrôle dans la relation médecin patient

(ne figure pas dans le livret)

L'interne coche, parmi les quatre niveaux de négociation proposés, celui qui lui semble définir la relation médecin-patient observée lors de chaque consultation. Il se pose la question de savoir si le niveau de contrôle qu'il a adopté était complémentaire de celui proposé par le patient.

Quatre niveaux de contrôle sont décrits dans le modèle « négocié » de la relation médecin-patient :

- **Passivité-contrôle** : relation « centrée-médecin ». Le patient joue un rôle passif et laisse le contrôle au médecin qui assure unilatéralement les soins du patient.
- **Dépendance-expertise** : relation « centrée-maladie ». Le patient fournit l'information nécessaire au médecin et adopte une position de dépendance. Il laisse une partie de son contrôle et de sa responsabilité au médecin qui, possédant l'expertise, domine la relation et prend les décisions auxquelles le patient se conforme.
- **Coopération-partenariat** : plus grand partage du contrôle et de la responsabilité. Le patient et le médecin se considèrent comme des partenaires responsables qui communiquent sur une base égalitaire lors des prises de décision.
- **Autonomie-facilitation** : relation « centrée-patient ». Le patient assume un rôle actif et dominant et celui du médecin se limite à celui de facilitateur. Le patient est apte et intéressé à garder la plus grande part du contrôle et de la responsabilité dans les décisions touchant sa santé. Le médecin a un rôle plus discret de consultant/informateur, prêt à répondre aux questions et inquiétudes du patient.

● **Moments de consultation** : hors consultation

● **Exemple de résultat d'exercice** :

Niveau de contrôle patient	Passivité ⇕ contrôle	Dépendance ⇕ expertise	Coopération ⇕ partenariat	Autonomie ⇕ facilitation
Patient diabétique sous metformine, HbA1C à 7.5 %. Demande des conseils diététiques pour un meilleur contrôle du diabète				x
Patient présentant une douleur abdominale aiguë. Explique ses symptômes, demande un diagnostic		x		

Patiente qui se sent « déprimée », qui « n'en peut plus de son travail ». Me demande si je peux « faire quelque chose ».	x			
--	---	--	--	--

- Savoirs concernés : savoir être, savoir-faire

- Compétences et niveaux de compétences ciblés :

Professionnalisme :

Niveau compétent : prend en charge le patient avec altruisme (on attend qu'il privilégie l'autonomie et le choix du patient).

Education prévention, dépistage, santé individuelle et collective

Niveau compétent : accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (on attend qu'il accepte le fait que le patient a une autonomie et une responsabilité dans la gestion de sa maladie et de sa santé).

Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

Niveau compétent : conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent des traits de caractère et qui influencent le type de suivi (on attend qu'il identifie la place de la relation médecin malade dans l'organisation du suivi ; qu'il identifie ce qui peut être un frein au suivi et la nature ainsi que l'origine de ce frein (ce qui est dû au médecin, au patient ou à l'interaction), et qu'il soit capable de tenir compte de ces identifications pour élaborer une prise de décision et une responsabilité partagée).

- Familles de situations cliniques : autres

- Bibliographie :

23- Girard G, Grand'maison P. *L'approche négociée : modèle de relation patient/médecin*. Médecin du Québec. 1993;28:29-39

Exercice 273 – Prévention quaternaire

L'interne commence toutes ses consultations en se disant : *Primum non nocere* - d'abord, ne pas nuire -. Il note pour chaque consultation ce qui lui vient à l'esprit, mais qu'il ne fait pas du fait de cette directive.

- Moments de consultation : tous moments

- Exemple de résultat d'exercice :

1- Patiente de 38 ans consultant pour renouvellement d'une contraception œstro-progestative. Une biologie est prescrite avec contrôle de la glycémie à jeun et du bilan lipidique. Elle souhaite profiter de ce bilan sanguin pour effectuer une sérologie de la borréliose de Lyme car elle a attendu parler d'un sous-diagnostic de cette pathologie en France et de ses manifestations protéiformes en phase secondaire et tertiaire. De plus, elle se sent plus fatiguée ces derniers temps et habite dans une zone d'endémie. Elle préférerait qu'une éventuelle pathologie débutante soit dépistée et traitée « à temps ».

- Ce qui me vient à l'esprit : *pourquoi ne pas accéder à la demande de la patiente, ce n'est qu'une sérologie, qui la rassurera si elle est négative et je me poserai la question d'une antibiothérapie si elle est positive.*

- Je ne le fais pas : *pas d'historique d'exposition à des tiques ou de morsures. Pas d'indication de sérologie dans le cas de cette patiente (37). Risque ténu mais existant de sérologies faussement positives via des réactions croisées (EBV, mycoplasmes..) ou de séroconversions simples sans maladie sous-jacente (38). Risque d'entrée de la patiente dans une pathologie non existante, avec tous les risques que cela comporte (effets secondaires des antibiotiques, symptômes attribués à tort à la borréliose...).*

2- Patient de 65 ans, veuf depuis 1 semaine. Consulte pour une grande souffrance morale, souhaite une prescription d'antidépresseurs pour l' « aider à passer le cap de ce moment de vie insupportable qu'est la perte de sa femme ».

- Ce qui me vient à l'esprit : *Prescription d'antidépresseurs envisageable vus la demande du patient et le tableau de grande souffrance morale avec anhédonie, aboulie, troubles du sommeil.*

- Je ne le fais pas : *c'est un deuil « normal », non pathologique. Pas de signes d'épisode dépressif majeur ou de deuil persistant (39). Ce n'est pas une indication de traitement médicamenteux par antidépresseurs. Effet secondaires et risque de dépendance non négligeable. Je peux aider ce patient autrement, notamment par un accompagnement rapproché.*

- Savoirs mobilisés : savoir théorique, savoir-faire, savoir être

- Compétences et niveaux de compétence ciblés :

Professionalisme

Niveau compétent : assume sa responsabilité envers le patient et la société (on attend qu'il respecte les règles de déontologie, légales et d'honnêteté).

- Prend en charge le patient avec altruisme (on attend qu'il exprime des dilemmes éthiques).

- Familles de situations cliniques :

8- Situations dont les aspects légaux déontologiques, et ou juridiques/mécolégaux sont au premier plan

- Bibliographie :

24- Jamouille M. *Prévention quaternaire et limites en médecine*. Pratiques 2013.

25- Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. *Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques et thérapeutiques et préventives. 16^{ème} conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse*. [en ligne] 2006 [consulté le 28/10/16]. Disponible : http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2006-Lyme_court.pdf

26- INVS. *Interprétation d'un test sérologique lors d'une suspicion de borréliose de Lyme* [en ligne] 2013. [Consulté le 28/10/16] Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Borreliose-de-lyme/Points-sur-les-connaissances/Interpretation-d-un-test-serologique-lors-d-une-suspicion-de-borreliose-de-Lyme>

27- Association, American Psychiatric. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5. 5 edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.

Exercice 274 : Examens paracliniques et recours aux autres médecins spécialistes

L'interne justifie toutes les prescriptions d'examens paracliniques et les recours aux spécialistes effectués au cours d'une journée.

- **Moments de consultation** : conclusion

- **Exemple de résultats d'exercice** :

1- Prescription d'un ionogramme sanguin et d'une créatininémie avec calcul du DFG dans le bilan biologique → surveillance des effets secondaires (hypokaliémie, hyponatrémie, insuffisance rénale...) d'un traitement par diurétique thiazidique au long cours. Dernier bilan biologique 18 mois auparavant.

2- Prescription d'une radiographie de thorax après contusion costale à auscultation pulmonaire normale → la radiographie ne modifie pas la conduite à tenir. Refus initial de la prescription puis prescrite devant l'insistance et l'inquiétude du patient (difficulté d'information de ma part ?).

3- Patiente de 50 ans asymptomatique sans antécédent ni facteur de risque, consulte pour faire un « check up complet » consistant en une prise de sang avec « tout, et surtout vérifier la thyroïde ». → TSH non réalisée, pas d'indication car pas de facteurs de risque de dysthyroïdie et absence de symptômes (29). Réalisation d'une glycémie à jeun devant l'âge supérieur à 45 ans et la sédentarité (30).

4- Adressage du patient au médecin dermatologue pour acné modérée mixte → pas d'apport évident de la consultation du spécialiste. Situation clinique gérable en médecine générale. Adressage néanmoins accepté devant l'insistance de la mère d'un patient adolescent qui ne pense pas malgré mes arguments que la situation soit du ressort du généraliste (alternative ?).

5- Adressage du patient au neurologue pour migraine → devant des migraines typiques fréquentes ayant résisté à deux traitements de fond différents. Avis concernant la réalité du diagnostic et la prescription d'un troisième traitement de fond.

- **Savoirs mobilisés** : savoir théorique

- **Compétences et niveaux de compétences ciblés** :

Premier recours, urgences :

Niveau intermédiaire : décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient (on attend qu'il prescrive des examens complémentaires après formulations d'hypothèses diagnostiques tenant compte de la gravité et de la prévalence des pathologies en soins primaires).

Niveau compétent : collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités (on attend qu'il fasse bénéficier les patients des compétences des autres professionnels et soit capable de discuter leurs décisions et en l'assurant.)

Professionnalisme :

Niveau intermédiaire : manifeste un engagement pour la médecine générale (on attend qu'il prenne en compte les conséquences des coûts des soins pour le patient et pour la société dans certaines situations ; explicite ses décisions par des données de soins primaires).

Niveau compétent : assume sa responsabilité envers le patient et la société (on attend qu'il intègre dans ses décisions une gestion pertinente des ressources de soins).

● Familles de situations cliniques : autres

● Bibliographie :

28- La Revue Prescrire. *Supplément Interactions médicamenteuses*. Déc. 2014 ; 274 (34) : 91.

29- Haute Autorité de Santé. *Synthèse des recommandations professionnelles : hypothyroïdies frustrées chez l'adulte, diagnostic et prise en charge* [en ligne]. Avril 2007 [consulté le 02/11/2016]

30- Haute Autorité de Santé. *Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé : prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète* [en ligne]. Octobre 2014 [consulté le 02/11/2016]

Exercice 275- Gestion de l'incertitude

L'interne pointe toutes les consultations au terme desquelles persiste une incertitude quant au diagnostic. Il vérifie si sa prise en charge permet de prendre en compte à la fois l'hypothèse diagnostique prévalente en soins primaires, mais aussi la plus « grave ».

- **Moments de consultation** : formulation des hypothèses

- **Exemple de résultat d'exercices** :

Situation clinique	Prise en charge/plan de soins	Plus probable	Plus grave
Douleur abdominale diffuse avec fièvre, vomissements, diarrhée chez un patient de 15 ans	Traitement symptomatique, hydratation, consignes sur signes d'alerte devant faire reconsulter rapidement	Gastro-entérite	Appendicite
Céphalées diffuses d'apparition récente et progressive chez un cadre de 50 ans avec des soucis personnels et un grand stress professionnel. Tension artérielle mesurée à 160/100	Auto-mesures tensionnelles à domicile. Antalgiques simples et consultation de contrôle programmée 10 jours plus tard.	Céphalées « de tension »	Tumeur cérébrale

- **Savoirs mobilisés** : savoir théorique.

- **Compétences et niveaux de compétence ciblés** :

Approche globale, prise en compte de la complexité :

Niveau intermédiaire : accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles ; reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche professionnelle (on attend qu'il accepte l'idée qu'il sera amené à prendre des décisions en situation d'incertitude ; exprime qu'il n'y a pas toujours une seule bonne réponse à une situation clinique ; reconnaisse et puisse exprimer ses doutes).

Niveau compétent : fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle (on attend qu'il soit capable de différencier les différents types d'incertitude : liée à ses connaissances propres, aux données de la science, aux situations, au patient... ; ait conscience qu'il ne pourra pas fonder l'ensemble de ses décisions en maîtrisant de manière

complète tous les éléments de la situation et toute l'étendue des connaissances biomédicales).

- Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée-patient (on attend qu'il soit capable d'en tenir compte pour la décision partagée après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs (bio psycho social, familiaux et culturel)).

- Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient (on attend qu'il sache utiliser le temps pour réévaluer la situation et la décision).

Premier recours, urgences :

Niveau intermédiaire : décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient (on attend qu'il s'accommode de la prise de décision dans une incertitude relative et essaye de diminuer la part d'incertitude dans la prise de décision).

Niveau compétent : fait des diagnostics de situation (on attend qu'il résolve de mieux en mieux les problématiques des patients dans un contexte d'incertitude tenant compte des désirs du patient, des ressources du dossier médical et du contexte).

- Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leur résolution.

● Familles de situations cliniques :

2- Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/fréquents/exemplaires

3- Situations liées à des problèmes aigus/non programmés dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

Exercice 276 : Maintien de l'autonomie

(ne figure pas dans le livret)

Pour toute consultation d'un patient âgé dépendant (GIR 5, 4 ou moins), l'interne imagine les aides matérielles, humaines et financières qui pourraient être proposées pour améliorer l'autonomie et la qualité de vie de ce patient. Il note si à son avis, le patient et sa famille accepteraient ces aides.

● Moments de consultation : hors consultation

● Exemple de résultat d'exercice :

Patient	Aides	Apport	Acceptation
Patiente de 81 ans	Aide-ménagère	Salubrité (difficultés motrices, entretien du domicile difficile) Social (lutte contre isolement)	NON (refus présence personnes inconnues dans la maison)
	Canne	Prévention (des chutes du fait d'un boitement d'évitement sur gonarthrose douloureuse)	OUI, maintien autonomie
Patient de 83 ans	Portage repas	Soulagement de l'aidante principale (fille) qui fait les repas, lutte contre la dénutrition	NON (refus de la fille, estime que c'est son rôle)
	Appareillage auditif	Diminution de l'isolement social, diminution risque de chutes	OUI, maintien communication

● Savoirs mobilisés : savoir-faire

● Compétences et niveau de compétences ciblés :

Continuité, suivi, coordination des soins :

Niveau compétent : collabore à la continuité et la coordination des soins à domicile (on attend qu'il organise et renseigne différents supports nécessaires à l'information, la coordination des différents intervenants professionnels, de l'entourage).

- Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux (on attend qu'il prenne en compte à la fois leurs expertises professionnelles, mais aussi leur accessibilité, leur disponibilité, le niveau d'honoraires).

Premier recours, urgences :

Niveau compétent : élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient (on attend qu'il fasse des diagnostics de prévention au-delà des diagnostics de situations ; qu'il mette en place les conditions de prise en charge globale et de suivi adapté au patient et au contexte).

Approche globale, prise en compte de la complexité

Niveau compétent : dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée-patient (après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs (bio psycho social, familiaux et culturel), on attend qu'il soit capable d'en tenir compte pour la décision partagée).

● Familles de situations cliniques :

1- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

Exercice 277 : Les préjugés

L'interne note les éventuels préjugés qu'il a pu avoir concernant le patient avant ou au tout début de la consultation. Il note ensuite si cette opinion s'est modifiée durant la consultation et pourquoi. Il essaie de décrire lors de la supervision indirecte les interférences que ces préjugés peuvent créer avec la consultation.

- **Moments de consultation** : présentation

- **Exemple de résultats d'exercice** :

1- Jeune mère de 19 ans consultant pour pleurs de son enfant de 1 mois

Préjugé : mère inexpérimentée, dépassée, puériculture non maîtrisée. Inquiétude non justifiée, probablement à propos de pleurs physiologiques. Grossesse peut-être non désirée.

Raison du changement d'opinion : comportement calme et adapté de la mère avec l'enfant lors de la consultation, lien mère-enfant fort, puériculture maîtrisée. Grossesse désirée.

Interférences possibles : Préjugé d'inexpérience et/ou d'angoisse excessive pouvant faire minimiser ou banaliser les symptômes de l'enfant rapportés par la mère.

2- Femme de 40 ans, directrice d'un centre culturel, personnalité locale, élégante, très souriante. Elle a deux enfants. Consulte pour douleur abdominale et diarrhée d'apparition récente.

Préjugé : « Organicité » probable (Gastro-entérite ?). Patient avec environnement personnel et professionnel favorable, qui semble épanouie et heureuse.

Raison du changement d'opinion : Doute sur l'organicité des symptômes au fur et à mesure de la consultation. A l'entretien : chronologie floue des symptômes, explications qui se contredisent. Un peu réticente à l'examen physique. Semble ailleurs. A la question « et à part ça ? » : pleure, révèle une maltraitance conjugale physique et morale de la part du conjoint.

Interférences possibles : Apparence « façade » rassurante et catégorie socio-professionnelle élevée pouvant « donner le change » et ne pas faire se poser la question de symptômes psychosomatiques, de mal-être ou d'un agenda caché (le motif réel de consultation n'est pas le motif présenté).

- **Savoirs mobilisés** : savoir-être

- **Compétences et niveaux de compétence ciblés** :

Professionnalisme :

Niveau compétent : Agit avec altruisme, sans discrimination.

Relation, communication, approche centrée-patient :

Niveau intermédiaire : dans les situations courantes, construit la relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée-patient (on attend qu'il identifie l'importance de l'accueil lors de chaque consultation pour construire et maintenir une relation avec le patient dans la durée).

● Familles de situations cliniques :

8- Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/médocolégaux sont au premier plan

Exercice 278 : Relations familiales complexes

(ne figure pas dans le livret)

Lorsque l'interne est confronté à une situation où l'entourage du patient semble impliqué de manière complexe, il tente de décrire les rôles joués ou attribués à chaque intervenant (patient, médecin, proches...) en utilisant les dénominations du schéma relationnel de Karpman : Victime, Sauveur, Persécuteur. Lors de la supervision indirecte, il se pose la question de savoir si le médecin peut être conduit à jouer chacun des trois rôles, selon les paramètres de la situation.

- **Moments de consultation** : hors consultation

- **Exemple de résultat d'exercice** :

Une patiente de 66 ans vient consulter seule. Le motif de consultation concerne sa mère âgée de 91 ans, présentant une démence et vivant au domicile de la patiente. La patiente réclame l'hospitalisation de cette dernière qui l'« accapare » et qui déambule la nuit. Rôles attribués par la patiente : Patiente : Victime - Médecin : Sauveur - Mère âgée : persécutrice. (Le médecin peut être également le persécuteur s'il refuse l'hospitalisation ; il peut être aussi la victime s'il se fait réprimander par la patiente en raison de son refus et qu'il se plaint de cette situation sans tenter d'y remédier...).

- **Savoirs mobilisés** : savoir-faire, savoir être

- **Compétences et niveau de compétences ciblés** :

Approche globale, prise en compte de la complexité :

Niveau compétent : tient compte de données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient (on attend qu'il soit capable d'identifier les données recueillies dans les différents champs (bio psycho social, familiaux, culturel) et soit capable d'en tenir compte pour la décision partagée).

Relation, communication, approche centrée-patient

Niveau intermédiaire : communique avec l'entourage du patient en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient (on attend qu'il s'appuie sur la famille pour recueillir des données complémentaires concernant le patient).

Niveau compétent : est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux (on attend qu'il reconnaisse les émotions du patient en acceptant leur légitimité ; fasse référence à des notions de psychologie médicale pour comprendre la nature des réactions du patient et

les siennes ; soit capable d'envisager un travail sur lui-même en vue d'améliorer sa gestion des émotions).

- Lors de situations/relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet...), construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci (on attend qu'il s'interroge sur la nature des relations qu'il entretient avec les patients ; évalue les sentiments et émotions qu'il ressent pendant le traitement du malade comme une information possible sur le fonctionnement psychologique et relationnel de celui-ci ; nomme ce qui pose problème entre le patient et lui-même dans la consultation et après celle-ci).

Premier recours, urgence

Niveau intermédiaire : fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient (on attend qu'il adapte sa démarche décisionnelle à son diagnostic de situation).

● Familles de situations cliniques :

6- Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

● Bibliographie :

31- Lévy L. *Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale*. Rev Prat Med Gen, 2004 ; 674/675 : 1482-86.

32- Karpman S. *Contes de fées et analyse dramatique du scénario. Actualités en Analyse Transactionnelles*, 9, 1979, pp. 7-11.

Exercice 279 : Symptômes biomédicalement inexpliqués (SBI)

L'interne repère les symptômes et motifs de consultation qu'il estime pouvoir relever de troubles somatoformes (plaintes somatiques biomédicalement inexpliquées). Il indique d'une part les méthodes de prise en charge immédiates et au long cours qui lui sembleraient pouvoir apporter un bénéfice au patient et d'autre part celles qui lui paraissent préjudiciables.

- **Moment de consultation** : formulation des hypothèses, écoute

- **Exemple de résultat d'exercice** :

Patiente de 42 ans présentant une fatigue chronique et des douleurs intermittentes migratrices depuis plusieurs années, auto-étiquetées « fibromyalgie ». Multiplicité des examens complémentaires en amont tous revenus négatifs. C'est le troisième médecin généraliste qu'elle voit pour ce problème.

Potentiellement aidant	Potentiellement délétère
Ecoute, empathie Accompagnement Réfléchir avec une approche systémique Evoquer tôt la possible étiologie de SBI Prendre en compte d'éventuels bénéfices secondaires Recherche de la finalité du symptôme (pour quelle raison ce symptôme-ci chez ce patient-là ?) Suivi régulier, consultations programmées Objectifs thérapeutiques modestes Thérapies alternatives, sports, TCC, relaxation, psychothérapie analytique...	Illégitimer la demande, nier les symptômes Multiplier les examens complémentaires et les recours aux spécialistes Réflexion biomédicale uniquement

- **Savoirs mobilisés** : savoir théorique, savoir-faire, savoir être

- **Compétences et niveaux de compétences ciblés** :

Approche globale, prise en compte de la complexité

Niveau intermédiaire : a conscience qu'une situation clinique ne peut se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer ces situations. Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte (on attend qu'il élargisse le recueil d'informations à des données non strictement

biomédicales ; qu'il utilise ses données pour formuler des hypothèses ; qu'il soit en mesure de justifier et d'argumenter l'intérêt de ce recueil et sa décision en fonction du contexte).

- L'interne accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait il prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle (on attend qu'il tienne compte des informations dans plusieurs champs pour explorer les différentes réponses possibles à la situation ; qu'il accepte l'idée qu'il sera amené à prendre des décisions en situation d'incertitude ; qu'il exprime qu'il n'y a pas toujours une seule bonne réponse à une situation clinique ; qu'il reconnaisse et puisse exprimer ses doutes).

Niveau compétent : dans les situations habituelles de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien à effets psychothérapeutiques bénéfiques pour le patient (on attend qu'il ait conscience de la dimension psychothérapeutique potentielle de l'écoute et de la présence du médecin ; qu'il puisse entendre dans le discours d'un patient les points d'appels évocateurs d'une difficulté psychologique ou affective ; qu'il sache faire face aux positions subjectives du patient et prendre du recul par rapport à ses propres subjectivités de soignant).

- Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée-patient (on attend qu'il soit capable d'en tenir compte pour la décision partagée après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs (bio psycho social, familiaux et culturel)).

Premier recours, urgence

Niveau compétent : évoque la possibilité de symptômes biomédicalement inexpliqués (on attend qu'il envisage la possibilité de SBI, sans avoir de certitude pour leur prise en charge).

● Familles de situations cliniques :

- 1- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence
- 2- Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/fréquents/exemplaires

● Bibliographie :

33- Cathébras P, *Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués*, Paris, Masson, 2006, ISBN 2-294-01652-1

Exercice 280 : Prévention individuelle et collective

L'interne essaie d'intégrer un temps pour discuter avec le patient des dépistages organisés et individuels existants (cancers du sein, du colon, de la prostate...). **OU**

L'interne s'applique à déceler les éventuelles addictions du patient (alcool, tabac, drogues, écrans, sport, médicaments...) (**Exercice 280bis**).

Il note les opportunités dont il a pu éventuellement se saisir pour évoquer ces sujets.

- **Moments de consultation** : tous moments

- **Exemple de résultat d'exercice** :

<i>Situation</i>	<i>Dépistage</i>	<i>Opportunité</i>
Rhinite, patient de 16 ans	Tabac	Examen physique (auscultation pulmonaire)
Nouveau patient. 30 ans. Virose saisonnière.	Alcool	Liste des antécédents pour constitution du dossier patient
Patient de 40 ans. Anxiété.	Drogues	Motif de consultation
Patiente de 37 ans, renouvellement de contraception œstro-progestative	Tabac	Motif de consultation (risque thrombo-embolique)
Patiente de 45 ans. Renouvellement d'un traitement anti hypertenseur.	Dépistage organisé du cancer du sein	Pas d'opportunité particulière

- **Savoirs mobilisés** : savoir-faire

- **Compétences et niveau de compétences ciblés** :

Continuité, suivi, coordination

Niveau intermédiaire : utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi (on attend qu'il recherche dans le dossier médical et utilise pour la situation actuelle des données antérieures).

Niveau compétent : utilise le dossier médical pour programmer un suivi (on attend qu'il renseigne dans le dossier médical les informations pour le dépistage, la prévention, programmer des alarmes informatiques pour les actes futurs...).

Education, prévention, santé individuelle et communautaire

Niveau intermédiaire : reconnaît que le patient est acteur de sa santé (on attend qu'il interroge les patients sur des actions de prévention/éducation même s'ils n'en sont pas demandeurs (intervention brève par exemple) ; qu'il intègre que les refus implicites ou explicites du patient ne sont pas obligatoirement définitifs, que celui-ci peut changer d'avis et qu'il doit en tenir compte ; qu'il mette en avant les avantages attendus pour la qualité de vie du patient et la promotion de sa santé plutôt que les risques seuls de devenir malade).

Niveau compétent : intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient (on attend qu'il intègre dans sa pratique qu'il est nécessaire de revoir le patient pour des consultations plus spécifiquement dédiées à l'éducation et à la prévention, ; qu'il profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps (demande de certificats, problèmes infectieux ponctuels, renouvellement d'ordonnances) pour faire le point sur des mesures de prévention et d'éducation pertinentes ; qu'il soit en mesure de saisir les opportunités éducatives qui se présentent à lui au fil des consultations).

- Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient (on attend qu'il soit capable d'argumenter pour convaincre un patient non motivé de réaliser un acte de prévention utile pour lui-même dans le cadre d'une action organisée ; qu'il soit capable de comprendre et d'accepter le refus du patient à ces propositions ; qu'il soit capable de reprendre ses arguments à un autre moment).

● Familles de situations cliniques :

1 - Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

281 – Urgence ressentie, urgence vraie

L'interne indique les demandes de consultations ou de visites qui ont été présentées comme devant être réalisées dans la journée par les patients. Il note son mode de prise en charge de la demande (consultation ou visite immédiates, dans la journée, ou différée, appel du 15...). Après la consultation, ou après discussion téléphonique, il note si cette demande lui semble correspondre à une urgence clinique réelle ou simplement vécue comme telle par le patient.

- **Moments de consultation** : présentation, écoute, formulation des hypothèses

- **Exemple de résultat d'exercices** :

Motif	Mode PEC	Vraie/ressentie
Dyspnée chez une patiente de 30 ans	Visite le jour même	Ressentie (crise d'angoisse)
Premier jour de fièvre à 38,5°C bien tolérée sur rhinite chez un enfant de 3 ans	Consultation différée le lendemain	Ressentie (parents)
Palpitations chez un patient de 50 ans	Consultation le jour même	Vraie (ACFA)

- **Savoirs mobilisés** : savoir-faire

- **Compétences et niveaux de compétences ciblés** :

Premiers recours, urgence

Niveau intermédiaire : accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties (on attend qu'il gère les urgences les plus fréquentes, en considérant les prévalences et la gravité réelle des situations mais aussi la gravité ressentie par le patient).

- Etend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure (on attend qu'il identifie les situations qu'il estime ne pas pouvoir gérer seul ; qu'il adresse pertinemment en fonction des compétences de chacun).

Niveau compétent : gère les urgences ressenties par le patient (on attend qu'il arrive à prendre en compte et à intégrer dans la décision les craintes et les représentations des patients ; soit en mesure de rassurer le patient sur son état de santé).

- S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence des soins (on attend qu'il organise ses temps de consultation pour permettre l'accueil de l'ensemble des patients souhaitant le consulter).

Approche globale, prise en compte de la complexité :

Niveau intermédiaire : il accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle (on attend qu'il tienne compte des informations dans plusieurs champs pour explorer les différentes réponses possibles à la situation ; qu'il accepte l'idée qu'il sera amené à prendre des décisions en situation d'incertitude ; qu'il exprime qu'il n'y a pas toujours une seule bonne réponse à une situation clinique ; qu'il reconnaisse et puisse exprimer ses doutes).

Niveau compétent : fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle (on attend qu'il soit capable de différencier les différents types d'incertitude : liée à ses connaissances propres, aux données de la science, aux situations, au patient... ; ait conscience qu'il ne pourra pas fonder l'ensemble de ses décisions en maîtrisant de manière complète tous les éléments de la situation et toute l'étendue des connaissances biomédicales).

- Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée-patient (on attend qu'il : après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs (bio psycho social, familiaux et culturel), soit capable d'en tenir compte pour la décision partagée).

● Familles de situations cliniques :

3- Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

Exercice 282 : Support ou conseil ?

Lors de situations où le patient rencontre des difficultés psychologiques ou sociales (que ce soit sur le plan familial, conjugal, professionnel...), l'interne essaie de décrire ce qui pourrait être de sa part une attitude de conseil (attitude directive, émaillée d'ordres, d'avis, de consignes) et une attitude de support (attitude aidante, de soutien). Il imagine les conséquences possibles des deux attitudes.

- **Moments de consultation** : hors consultation

- **Exemple de résultats d'exercice** :

Patiente de 45 ans, en pleurs lors d'une consultation où elle évoque une relation conjugale difficile. Elle dit trouver que son mari n'est plus ni aimant ni respectueux à son égard. Les disputes sont quotidiennes depuis 3 ans, sans violences physiques ou verbales ; « Qu'est-ce que je devrais faire Docteur à votre avis ? Le quitter ? »

Attitude de conseil : écoute « sympathique ». Formulation d'un avis : « Je comprends ce que vous ressentez, ça a l'air très difficile. Vous n'avez en effet plus l'air d'être sur la même longueur d'ondes tous les deux, peut être que la seule solution pour aller mieux serait en effet le quitter. Quand vous rentrerez chez vous, faites vos affaires et partez. La situation n'a que trop duré ! »
→ Ce n'est pas la décision de la patiente mais celle du médecin. Le modèle de relation médecin-patient choisi n'est pas le modèle d'autonomie « coopération/ partenariat » mais un modèle de type « passivité/contrôle ». On imagine sans peine les conséquences d'une rupture sentimentale qui n'aurait pas été totalement souhaitée par la patiente (mal-être, regrets, rancœur vis-à-vis du médecin...).

Attitude de support : écoute « empathique », reconnaissance et formulation des émotions ressenties. Pas de directives données, pas de réponse directe à la question posée. « Je comprends votre ressenti, ça a l'air très difficile, vous avez l'air bouleversée. Et vous qu'en pensez-vous ? » ou « Expliquez-moi ce que vous ressentez. C'est votre vie, et c'est votre décision, je ne peux pas la prendre à votre place. Mais vous savez que je peux vous revoir aussi souvent que nécessaire si vous en sentez le besoin ».

→ La volonté de soutien du médecin dans la durée a été soulignée et sera sans doute entendue par la patiente. Ce soutien peut permettre à cette dernière, à terme, de mobiliser des ressources personnelles pour trouver ses propres solutions.

- **Savoirs mobilisés** : savoir être

● Compétences et niveaux de compétences ciblés :

Relation, communication, approche centrée-patient

Niveau compétent : dans les situations habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient (on attend qu'il ait conscience de la dimension psychothérapeutique de la présence et de l'écoute d'un médecin ; qu'il soit conscient de l'investissement affectif et de l'attente relationnelle dont il est l'objet afin de les utiliser pour le soin du patient ; qu'il ne réponde pas à la place du patient face à une difficulté psychologique qu'il rencontre, mais l'aide à se mettre en position d'y répondre et à trouver ses propres solutions ; qu'il sache, face aux positions subjectives du patient, prendre du recul par rapport à ses propres subjectivités a priori du patient).

- Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles (on attend qu'il repère ses propres difficultés de nature communicationnelle/relationnelle ainsi que des difficultés liées à des fonctionnements personnels qui interfèrent et parasitent la prise de décision ; qu'il commence à se questionner sur ses propres limites, à prendre conscience que la connaissance de soi est un des facteurs de progression professionnelle ; qu'il participe volontiers aux formations qui traitent de ce domaine en acceptant de se perfectionner en communication).

- Lors de situations/rerelations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet...), construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci (on attend qu'il s'interroge sur la nature des relations qu'il entretient avec les patients ; évalue les sentiments et émotions qu'il ressent pendant le traitement du malade comme une information possible sur le fonctionnement psychologique et relationnel de celui-ci ; nomme ce qui pose problème entre le patient et lui-même dans la consultation et après celle-ci).

Education, prévention, santé individuelle et communautaire

Niveau intermédiaire : repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant (on attend qu'il exprime ses difficultés à respecter l'autonomie et les compétences du patient à gérer sa propre santé).

● Familles de situations cliniques :

6- Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

● Bibliographie :

34- Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : Éditions Sociales scientifiques, 1970.

Exercice 283 : L'intuition

A chaque problématique clinique rencontrée, l'interne s'attache à attribuer l'une des deux étiquettes proposées ci-dessous caractérisant l'intuition diagnostique :

- Etiquette « *ça colle* » : perception d'un sentiment de réassurance envers la situation clinique ; l'interne n'est pas inquiet pour sa prise en charge malgré l'absence de tous les critères requis sous-tendant sa prise en charge habituelle.

- Etiquette « *ça cloche* » : perception d'un sentiment d'alarme ; l'interne est inquiet pour le patient alors qu'il manque d'éléments objectifs pour cela.

- Moments de consultation : formulation des hypothèses

- Exemple de résultats d'exercice :

1- Une patiente de 64 ans vient consulter pour le « renouvellement » de son ordonnance de somnifères. Elle est très pressée. Son mari qui l'accompagne l'encourage à parler de « cette douleur à la poitrine qu'elle a de temps en temps, avec des essoufflements ». La patiente minimise cette douleur, qui ne la gênerait que modérément et rarement selon ses dires. Elle insiste sur la nécessité que la consultation se termine, « elle n'est pas venue pour parler de ça, ça n'a aucune importance. » L'examen clinique est parfaitement normal, l'état général conservé. La douleur n'est pas présente au moment de la consultation. Mais l'interne est inquiet, et il hospitalise la patiente, craignant une embolie pulmonaire.

→ Etiquette « *ça cloche* ».

2- Un patient de 10 ans consulte avec sa mère pour des douleurs abdominales fébriles aiguës, accompagnées de diarrhées. L'abdomen est souple mais douloureux en fosse iliaque droite sans défense. L'état général est conservé mais l'enfant est fatigué. L'interne prescrit un traitement symptomatique et des consignes sur les signes d'alerte devant faire consulter à nouveau. Malgré l'absence d'éléments pouvant faire éliminer formellement le diagnostic d'appendicite aiguë, il n'est pas inquiet et ne sollicite pas la réalisation d'examens complémentaires.

→ Etiquette « *ça colle* ».

- Savoirs concernés : aucun

- Compétences et niveaux de compétences ciblés :

Premier recours, urgences :

Niveau intermédiaire : décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient (on attend qu'il s'accommode de la prise de décision dans une incertitude relative et essaye de diminuer la part d'incertitude dans la prise de décision).

Niveau compétent : fait des diagnostics de situation (on attend qu'il résolve de mieux en mieux les problématiques des patients dans un contexte d'incertitude tenant compte des désirs du patient, des ressources du dossier médical et du contexte).

- Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leur résolution.

- Familles de situations cliniques : autres

- Bibliographie :

35- Coppens M. et al. *L'intuition en médecine générale : validation française d'un consensus néerlandais « gut feeling »*. Exercer 2011 ; 95 : 16-20.

Exercice 284 : Représentations culturelles

Lors de consultations avec des patients d'une autre culture, l'interne cherche à se renseigner sur les représentations que ceux-ci peuvent avoir de leur santé, des soins proposés, des symptômes ou maladies qui les affectent.

- Moments de consultation : tous moments

- Exemple de résultats d'exercices :

1- Une patiente de 26 ans d'origine sénégalaise, en France depuis 8 ans, consulte car une collègue lui a conseillé de faire des examens complémentaires pour infertilité. Elle paraît angoissée.

L'entretien avec la patiente permet de découvrir que son mariage n'a pas été approuvé par certains membres de sa famille. Ses représentations culturelles conduisent la patiente à penser que l'infertilité constitue une punition surnaturelle « normale » consécutive à une faute de sa part : tenter de concevoir au sein d'un couple désapprouvé par la parenté. Elle est convaincue de sa faute, et donc très angoissée... angoisse dont on connaît l'effet défavorable sur la fertilité !

2- Un enfant de 7 ans d'origine ivoirienne est amené en consultation pour rhinite par... sa sœur de 13 ans. L'interne est stupéfait de constater qu'aucun adulte majeur, a fortiori la mère ou le père, ne s'est déplacé pour accompagner l'enfant.

L'exploration des représentations avec la mère, contactée rapidement par téléphone, permet de se rendre compte qu'il est d'usage dans cette culture que la fratrie plus âgée s'occupe des plus jeunes de cette façon. La mère paraît sincèrement surprise par les invectives téléphoniques de l'interne.

3- La fille de Madame B., 88 ans, vient consulter car elle est très remontée depuis la veille contre le médecin qui s'occupe de sa mère, hospitalisée depuis 15 jours. C'est pourtant un médecin en qui elle disait avoir toute confiance lors des consultations antérieures. Elle veut absolument que sa mère retourne chez elle, alors que celle-ci est mourante.

En explorant les représentations de la patiente, il s'avère que la colère vient d'une phrase prononcée par ce médecin, qui, voulant certainement atténuer la violence de l'annonce d'un décès qu'il sentait imminent, a dit à Madame B. que sa maman allait « partir » sans nul doute 1 ou 2 jours plus tard au maximum. Or Madame B. est musulmane. Dans cette religion le moment du décès est de « responsabilité divine » ; il ne peut donc en aucun cas être prévu et encore moins annoncé par un humain.

- Savoirs concernés : savoir être, savoir-faire, savoir théorique

● Compétences et niveaux de compétences ciblés :

Approche globale, prise en compte de la complexité

Niveau intermédiaire : a conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (on attend qu'il élargisse le recueil d'informations à des données non strictement biomédicales ; qu'il utilise ces données pour formuler des hypothèses ; qu'il soit en mesure de justifier et d'argumenter l'intérêt de ce recueil ; qu'il soit en mesure de justifier et d'argumenter sa décision en fonction du contexte).

- Dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions (on attend qu'il évoque les éléments d'ordre psychologiques, conscients et inconscients qui du côté du malade peuvent intervenir dans la consultation ; propose des hypothèses sur les « mécanismes d'adaptation » du patient à sa maladie ; puisse évoquer devant des attitudes du patient n'allant pas dans le « sens attendu du soin » les notions de représentations, d'ambivalence, de mécanismes de défense).

Niveau compétent : dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée-patient (on attend qu'il : après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs (bio psycho social, familiaux et culturel), soit capable d'en tenir compte pour la décision partagée).

Professionnalisme :

Niveau compétent : prend en charge le patient avec altruisme (on attend qu'il privilégie l'autonomie et le choix du patient ; qu'il exprime des dilemmes éthiques ; qu'il assume ses choix en acceptant que l'éthique du patient soit différente de la sienne).

● Familles de situations cliniques :

11- Situations avec des patients d'une autre culture

● Bibliographie :

36- Bouchaud O. *Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants*. La Santé de l'Homme 2007 Nov ; 392 : 25-27.

Exercice 285 – Secret médical

L'interne relève toutes les situations de sa journée de consultation où le secret médical a pu être questionné.

- **Moments de consultation** : hors consultation

- **Exemple de résultats d'exercice** :

1- Consultation d'une adolescente amenée par sa mère pour des vaccinations. Adolescente vue seule en première partie de consultation. En élargissant le champ de la consultation, détection d'un mal-être sans objet, pleurs faciles lors de l'entretien. Pas de risque suicidaire évident détecté. L'adolescente accepte de revenir en consultation deux jours plus tard pour en reparler mais refuse catégoriquement que sa mère soit tenue au courant de ce mal-être.
→ *Dois-je accepter cette demande ? Que dire à la mère de la patiente si elle me pose des questions sur cet entretien qui s'est prolongé de manière significative ?*

2- Consultation d'une patiente avec son mari, suite aux résultats d'une biologie annuelle de dépistage chez une patiente obèse. Ce couple de patients âgés aurait l'habitude de se rendre systématiquement aux consultations ensemble. Découverte de diabète à la biologie.
→ *Je demande à la patiente si je peux expliquer les résultats des examens biologiques en présence de son mari.*

3- Consultation d'un patient qui veut contracter une assurance privée. Cette assurance privée lui demande de faire remplir et signer un questionnaire de santé par son médecin traitant.
→ *Dois-je accepter de remplir et signer ce questionnaire ?*

- **Savoirs mobilisés** : savoir théorique

- **Compétences et niveaux de compétences ciblés** :

Professionnalisme

Niveau intermédiaire : s'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques (on attend qu'il oppose le secret médical à tous les tiers non soignants, y compris la famille.)

Niveau compétent : assume sa responsabilité envers le patient et la société (on attend qu'il respecte les règles déontologiques, légales, d'honnêteté).

Relation, communication, approche centrée-patient

Niveau intermédiaire : communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical (on attend qu'il donne à la famille des informations concernant le patient en prenant le plus souvent en compte le secret médical).

Niveau compétent : met en œuvre avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient (on attend qu'il fasse passer les intérêts du patient avant ceux des intervenants).

● Familles de situations cliniques :

8- Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/mécolégaux sont au premier plan

● Bibliographie :

37- Conseil de l'Ordre National des Médecins. *Questionnaires de santé, certificats et assurances* [en ligne] 2015. Consulté le 02/11/2016. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapportcnomquestionnaire_sante.pdf

38- Conseil de l'Ordre National des Médecins. *Article 4 du Code de Déontologie Médicale : Secret professionnel* [en ligne] 2016. Consulté le 02/11/2016. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>

Exercice 286 : L'information au patient

L'interne s'efforce de vérifier systématiquement la bonne compréhension du patient concernant l'un des paramètres de la consultation suivants : la physiopathologie de la maladie, l'examen clinique, l'apport des examens complémentaires, les hypothèses diagnostiques...

- **Moments de consultation** : formulation des hypothèses, examen physique, conclusion

- **Exemple de résultats d'exercice** :

1- Vérification de la compréhension de l'examen clinique : *j'ai dû fournir ou reformuler des explications car la patiente n'avait en réalité pas compris la finalité du strepto-test, de l'examen neurologique, du frottis cervico-vaginal...*

2- Vérification de la compréhension de la physiopathologie de la maladie : *j'ai dû fournir ou reformuler des explications car en réalité le patient ne savait pas qu'une bronchite pouvait entraîner une toux durant plusieurs semaines, qu'une rhinite verdâtre n'était pas synonyme de surinfection bactérienne, le patient pensait que les antibiotiques étaient efficaces sur les virus...*

- **Savoirs mobilisés** : savoir-faire

- **Compétences et niveaux de compétences ciblés** :

Relation, communication, approche centrée-patient

Niveau compétent : Réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage (on attend qu'il se pose des questions sur sa façon de communiquer avec les patients ; qu'il analyse ses limites en matière de communication).

Professionnalisme :

Niveau intermédiaire : s'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques (on attend qu'il informe le patient en utilisant un langage adapté).

- **Familles de situations cliniques** :

8- Situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/médocolégaux sont au premier plan

- **Bibliographie** :

39- Conseil de l'Ordre National des Médecins. *Article 35 du Code de Déontologie Médicale : Information au patient* [en ligne] 2012. Consulté le 02/11/2016. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

Exercice 287 : Sexualité

L'interne essaie quand il en trouve et en ressent l'opportunité de s'enquérir de la santé sexuelle de ses patients (« Êtes-vous satisfait de votre sexualité ? ») ou autre phrase d'amorce.

- **Moments de consultation** : écoute, conclusion, examen physique

- **Exemple de résultats d'exercices** :

1- Patiente de 45 ans consultant pour le renouvellement d'une ordonnance de Fluoxetine.
Opportunité trouvée : iatrogénie fréquente des antidépresseurs sur la fonction sexuelle.
Réponse : Douleurs à l'intromission lors des rapports sexuels. Discussion. Prescription d'un gel lubrifiant. Examen gynécologique programmé.

2- Patient de 30 ans, tabagique, consultant pour un certificat de non contre-indication au sport.
Opportunité trouvée : Troubles sexuels potentiels signaux d'alarmes de problématiques vasculaires sous-jacentes chez ce patient présentant 3 facteurs de risques cardio-vasculaires.
Réponse : paraît gêné initialement puis mentionne des éjaculations précoces handicapantes « depuis longtemps ». Proposition, acceptée, d'aborder la problématique lors d'une consultation ultérieure.

- **Savoirs concernés** : savoir-faire, savoir être

- **Compétences et niveaux de compétence ciblés** :

Premier recours, urgences

Niveau intermédiaire : étend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure (on attend qu'il élargisse son champ d'activités en formulant et assumant des besoins de formations en rapport avec les situations et familles de situations rencontrées en soins primaires).

- Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé (on attend qu'il s'intéresse aux plaintes, mais aussi aux autres problèmes de santé du patient).

- **Familles de situations cliniques** :

5- Situations autour de la sexualité et de la génitalité

- **Bibliographie** :

40- Bartoli S, Grandcolin S. *Aborder la sexualité masculine en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes*. Exercer 2016;124:52-9

Exercice 288 : Le chronomètre inversé

Toute consultation d'une journée donnée ne doit pas être terminée en moins de vingt minutes, l'interne devant élargir à sa manière la consultation au-delà de la plainte initiale du patient.

- Moments de consultation : conclusion
- Savoirs concernés : savoir-faire
- Compétences et niveaux de compétences :

Education, prévention, dépistage :

Niveau compétent : intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé, à l'éducation du patient (on attend qu'il profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps (demande de certificats, problèmes infectieux ponctuels, renouvellement d'ordonnance) pour faire le point sur des mesures de prévention et d'éducation pertinentes ; qu'il soit en mesure de saisir les opportunités éducatives qui se présentent à lui tout le long de la consultation).

Professionnalisme :

Niveau intermédiaire : s'occupe du patient avec honnêteté, altruisme, dans le respect des règles déontologiques (on attend qu'il organise son activité professionnelle en accordant un temps suffisant à chaque patient).

- Familles de situations cliniques : autres.

Exercice 289 : Eviter les effets indésirables médicamenteux (1)

Lors de chaque consultation avec une personne présentant au moins deux maladies chroniques et/ou prenant plus de cinq médicaments différents et/ou ayant des difficultés à gérer ses traitements ou ses maladies : l'interne évalue la pertinence des prescriptions médicamenteuses, en vérifiant la validité des indications, l'absence de contre-indications (âge, fonction rénale, interactions etc.), les posologies, la durée de prescription (benzodiazépines, IPP, etc.). S'il l'estime nécessaire, il proposera un ajustement de l'ordonnance en supervision indirecte.

- **Moments de consultation** : hors consultation

- **Exemple de résultats d'exercices** :

- 1- La posologie de cet antibiotique est *trop élevée au vu de la fonction rénale du patient.*
- 2- Antidépresseur prescrit depuis 3 ans ; *il faudrait réévaluer la pertinence de sa poursuite.*
- 3- La prescription de colchicine est à risque hémorragique chez ce patient sous AVK présentant une crise de goutte. *Surveillance étroite de l'INR ou prescription de corticoïdes préférable ?*
- 4- Ce traitement par IPP est utilisé au long cours par le patient pour des aigreurs d'estomac intermittentes sans notion de RGO ou d'ulcère ; *le stopper au vu du rapport bénéfices-risques ?*

- **Savoirs concernés** : savoir théorique

- **Compétences et niveaux de compétences ciblés** :

Continuité, suivi, coordination

Niveau intermédiaire : utilise le dossier médical dans une optique de suivi (on attend qu'il recherche dans le dossier médical et utilise pour la situation actuelle des données antérieures).

Niveau compétent : utilise le dossier médical pour programmer un suivi (on attend qu'il y renseigne les informations pour le dépistage, la prévention, programmer des alarmes informatiques pour les actes futurs...).

Education, prévention, santé individuelle et communautaire

Niveau compétent : intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle et à l'éducation du patient (on attend qu'il profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps (demande de certificats, problèmes infectieux ponctuels, renouvellement d'ordonnances) pour faire le point sur des mesures de prévention et d'éducation pertinentes).

- **Familles de situations cliniques** :

- 1- Situations de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

● Bibliographie :

28- La Revue Prescrire. *Supplément Interactions médicamenteuses*. Déc. 2014 ; 274 (34).

Exercice 289 bis : Eviter les effets indésirables médicamenteux (2)

Lors de chaque consultation avec une personne prenant au long cours un médicament à risque d'effet indésirable grave (anti-thrombotique, diurétique, psychotrope, hypoglycémiant...), l'interne reprend avec le patient et/ou son entourage les notions d'éducation thérapeutique suivantes : situations à risques d'effet indésirable médicamenteux, signes d'alertes, conduite à tenir.

● Moments de consultation : conclusion

● Exemple de résultats d'exercices :

Diurétique

- Situation à risque : situation comportant un risque de déshydratation (canicule, diarrhées, vomissements...)
- Signes d'alertes : malaise, vertiges, lipothymie...
- Conduite à tenir : stopper temporairement le traitement, contacter le médecin.

● Savoirs concernés : savoir théorique, savoir-faire

● Compétences et niveaux de compétences ciblés :

Education, prévention, santé individuelle et communautaire

Niveau intermédiaire : cherche la collaboration et le soutien de l'entourage pour aider le patient (on attend qu'il apprenne à la famille à faire face à des incidents critiques potentiels (crise d'asthme, malaise hypoglycémique...)).

- Reconnaît que le patient est acteur de sa santé (on attend qu'il interroge les patients sur des actions de prévention/éducation même s'ils n'en sont pas demandeurs (intervention brève...)).

Niveau compétent : accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (on attend qu'il accepte que le patient a une autonomie et une responsabilité dans la gestion de sa santé et de sa maladie).

- Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle et à l'éducation du patient (on attend qu'il intègre dans sa pratique qu'il est nécessaire de revoir le patient pour des consultations plus spécifiquement dédiées à l'éducation et la prévention ; qu'il profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps (demande de certificats, problèmes ponctuels, renouvellement d'ordonnances) pour

faire le point sur des mesures de prévention et d'éducation pertinentes ; qu'il soit en mesure de saisir les opportunités éducatives qui se présentent à lui au fil des consultations).

- Familles de situations cliniques :

1- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

- Bibliographie :

41- Burgey A et al. *Médicaments et classes thérapeutiques à risque iatrogène : étude des données françaises et américaines*. JEL 2011 Oct ; 17 (4).

42- Legrain S et al. *A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial*. J Am Geriatr Soc 2011 Nov ; 59 (11) : 2017-28.

Exercice 289ter : Eviter les effets indésirables médicamenteux (3)

Lors de chaque consultation avec un patient prenant des médicaments au long cours, l'interne demande des informations précises sur les modalités de gestion de celui-ci. Il pose la question de l'observance du traitement, éventuellement à l'aide du questionnaire d'observance de l'assurance maladie, et fait des propositions pour tenter de l'optimiser si nécessaire.

QUESTIONNAIRE SUR L'OBSERVANCE MEDICAMENTEUSE

1. Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?
2. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?
3. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?
4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous joue des tours ?
5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
6. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

ANALYSE :

Au moins trois oui: mauvaise observance

Un ou deux oui: problèmes d'observance minimes

Pas de oui: bonne observance

- Moments de consultation : écoute, conclusion

- Exemple de résultats d'exercices :

1- Patient de 76 ans présentant un début de déclin cognitif : c'est lui qui gère son traitement chronique, dont un anti-thrombotique. Son épouse présente lors de la consultation note quelques oublis voire des doubles prises. Au questionnaire sur l'observance : au moins 3 oui.
→ *proposition d'un pilulier +/- cogestion du traitement par l'épouse +/- gestion du traitement par une infirmière à domicile si la cogestion du traitement par l'épouse paraît délicate.*

2- Patient de 13 ans avec asthme non contrôlé. Le traitement de fond inhalé (Fluticasone et Montelukast) est géré par lui seul. Questionnaire sur l'observance : 2 oui.
→ *proposition d'une ré-implication des parents dans la prise du traitement de fond. Nouvelle explication sur la technique de prise en présence des deux parents.*

- Savoirs concernés : savoir-faire

- Compétences et niveaux de compétences ciblés :

Education, prévention, santé individuelle et communautaire

Niveau intermédiaire : cherche la collaboration et le soutien de l'entourage pour aider le patient (on attend qu'il apprenne à la famille à faire face à des incidents critiques potentiels (crise d'asthme, malaise hypoglycémique...)).

- Reconnaît que le patient est acteur de sa santé (on attend qu'il interroge les patients sur des actions de prévention/éducation même s'ils n'en sont pas demandeurs (intervention brève par ex.)).

- Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant (on attend qu'il exprime ses difficultés à respecter l'autonomie et les compétences du patient à gérer sa propre santé).

Niveau compétent : accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (on attend qu'il accepte que le patient a une autonomie et une responsabilité dans la gestion de sa santé et de sa maladie).

- Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient (on attend qu'il intègre dans sa pratique qu'il est nécessaire de revoir le patient pour des consultations plus spécifiquement dédiées à l'éducation et à la prévention ; qu'il profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps (demande de certificats, problèmes infectieux ponctuels, renouvellement d'ordonnances) pour faire le point sur des mesures de prévention et d'éducation pertinentes ; qu'il soit en mesure de saisir les opportunités éducatives qui se présentent à lui au fil des consultations).

Approche globale, prise en compte de la complexité

Niveau compétent : dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée-patient (on attend qu'après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs (bio psycho social, familiaux et culturel), il soit capable d'en tenir compte pour la décision partagée).

- Familles de situations cliniques :

- 1- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

● Bibliographie :

43- Girerd X, Radeceanu A, Achard JM. *Evaluation of patient compliance among hypertensive patients treated by specialists*. Arch. Mal. Coeur Vaiss 2001; 94: 839-42.

Exercice 290 : Les motifs de consultation

L'interne classe l'ensemble des motifs de consultation présentés par le patient dans l'ordre de priorité, du point de vue du patient et du point de vue du médecin. S'il existe une différence entre les deux classements, il essaie d'expliquer pourquoi. Il entoure les motifs qui peuvent être différés ou ont été différés à une autre consultation.

● Moments de consultation : présentation, écoute

● Exemple de résultat d'exercice :

Motifs	Priorité patient	Priorité médecin	Justification priorisation/dépriorisation
Rhinorrhée	1	3	Patient : inconfort de la rhinorrhée Médecin : faible morbidité de la rhinite
« Renouvellement » traitement anti hypertenseur dans un contexte d'HTA mal équilibrée	2	1	Médecin : Prévention (Morbimortalité HTA) Patient : Facteur de risque asymptomatique
Mal-être au travail	3	2	Patient : Répond à question du médecin : « à part ça ? ». Possiblement non exprimé spontanément car gêne à l'évocation de ce problème dans le cadre d'une personnalité basée sur la performance, la réussite ? Médecin : Prévention (dépistage mal être, dépression secondaire, risque suicidaire...)

● Savoirs mobilisés : savoir être, savoir-faire

● Compétences et niveaux de compétences ciblés :

Relation, communication, approche centrée-patient

Niveau intermédiaire : accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation (on attend qu'il négocie avec le patient ce qui peut être fait ou pas au cours de la consultation).

Niveau compétent : mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier (on attend que, dans un temps acceptable, c'est-à-dire 20 à 30 minutes, il explore les problèmes du patient pour découvrir la perspective du patient et comprendre ses besoins ; accorde les deux agendas en hiérarchisant et en respectant les perspectives du patient et les siennes).

Approche globale, prise en compte de la complexité :

Niveau compétent : gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant (on attend qu'il hiérarchise ses décisions en fonction de sa situation et de celle du patient).

Continuité, suivi, coordination des soins

Niveau intermédiaire : fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours (on attend qu'il programme les recours à court terme).

Niveau compétent : hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient (on attend qu'il hiérarchise et planifie le suivi en tenant compte de l'agenda du médecin et du patient ; soit en mesure de justifier et d'expliquer cette hiérarchisation et cette planification).

● Familles de situations cliniques :

2- Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/fréquents/exemplaires

Exercice 291 : Patient et travail

L'interne relève tous les problèmes de santé qui peuvent être en rapport avec le travail, ou qui peuvent avoir un impact sur celui-ci.

Exercice 291bis

(ne figure pas dans le livret) Si un arrêt de travail est effectué, l'interne justifie sa prescription et sa durée.

- **Moments de consultation** : hors consultation

- **Exemple de résultats d'exercices** :

Travail impacté par un problème de santé :

- 1- Patient pour lequel j'ai un doute concernant des alcoolisations régulières massives. Travaille sur un chantier → risque traumatique.
- 2- Patient pour lequel une séropositivité pour le VIH a été découverte il y a 1 mois, sous trithérapie. En recherche d'emploi → possibles difficultés à venir pour trouver un emploi, du fait du risque de stigmatisation de la part d'employeurs.

Travail provoquant un problème de santé :

- 1- Patiente présentant un eczéma récurrent des mains. Je me renseigne sur son métier : elle est coiffeuse → maladie professionnelle ?
- 2- Patiente consultant pour des douleurs abdominales qui se chronicisent. Bilan somatique négatif. Questionnement sur le travail : mal être au travail → possibles troubles somatoformes, que l'on peut essayer d'aborder comme tels.
- 3- Patient de 41 ans présentant un tableau de récurrence de tendinite de la coiffe droite. Ce patient est maçon → risque de désinsertion professionnelle à moyen ou long terme. Contact précoce avec la médecine du travail envisagé.

- **Savoirs mobilisés** : savoir-faire

- **Compétences et niveaux de compétences ciblés** :

Approche globale, prise en compte de la complexité

Niveau intermédiaire : a conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il ne s'agisse d'un diagnostic de situation (on attend qu'il élargisse le recueil d'information à des données non strictement biomédicales ; qu'il utilise ces données pour formuler des hypothèses ; qu'il soit en mesure de justifier et d'argumenter l'intérêt de ce recueil ; qu'il soit en mesure de justifier et d'argumenter sa décision en fonction du contexte).

Niveau compétent : dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée-patient (on attend qu'après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs (bio psycho social, familiaux et culturel), il soit capable d'en tenir compte pour la décision partagée).

Professionnalisme (291bis)

Niveau intermédiaire : manifeste un engagement pour la médecine générale (on attend qu'il prenne en compte les conséquences des coûts des soins pour le patient et pour la société dans certaines situations ; explicite ses décisions par des données de soins primaires).

Niveau compétent : assume sa responsabilité envers le patient et la société (on attend qu'il intègre dans ses décisions une gestion pertinente des ressources de soins).

● Familles de situations cliniques :

7- Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail

Exercice 292 : Patient et famille

A chaque consultation, l'interne pose systématiquement une question au patient sur sa vie familiale. (Par exemple : « et sur le plan familial, comment ça va ? »)

- **Moment de consultation** : présentation, écoute, conclusion

- **Exemple de résultats d'exercice** :

1- Patiente de 48 ans consultant pour des céphalées et des douleurs abdominales d'apparition récente. Examen physique strictement normal.

A la question, répond : « Mon fils entre à la faculté la semaine prochaine, je suis très fière ! ... mais ça m'inquiète beaucoup. » → symptôme somatoformes en lien avec la situation ?

2- Patiente de 45 ans consultant pour établir un certificat de non contre-indication à la course à pied. *A la question, répond : « Euh... et bien ce n'est pas terrible, il y a beaucoup de tensions avec mon mari ces derniers temps. » → approfondissement possible par la question « souhaitez-vous m'en parler ? ».*

- **Savoirs mobilisés** : savoir être, savoir-faire

- **Compétences et niveaux de compétence ciblés** :

Approche globale, prise en compte de la complexité

Niveau intermédiaire : a conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (on attend qu'il élargisse le recueil d'information à des données non strictement biomédicales ; qu'il utilise ces données pour formuler des hypothèses ; qu'il soit en mesure de justifier et d'argumenter l'intérêt de ce recueil ; qu'il soit en mesure de justifier et d'argumenter sa décision en fonction du contexte).

Niveau compétent : dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée-patient (on attend qu'il : après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs (bio psycho social, familiaux et culturel), soit capable d'en tenir compte pour la décision partagée).

- **Familles de situations cliniques** :

6- Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

Exercice 293 : Le mal-être chez les adolescents

L'interne cherche à dépister le mal-être (voire le risque suicidaire) chez les adolescents à l'aide de l'outil TSTS-CAFARD.

Test TSTS-CAFARD

Le soignant pose cinq questions d'ouverture :

- **T** pour Traumatologie : « As-tu eu des soins pour une blessure ou une entorse cette année ? »
- **S** pour Sommeil : « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
- **T** pour Tabac : « As-tu déjà fumé ? »
- **S** pour Stress : « Es-tu stressé par la vie de famille ? Par le travail scolaire ? »

Une question complémentaire est proposée pour chaque question d'ouverture où la réponse est positive.

- Sommeil → **C** pour Cauchemars : « Fais-tu souvent des cauchemars ? »
- Traumatologie → **A** pour Agression : « As-tu été victime d'une agression physique ? »
- Tabac → **F** pour Fumeur quotidien : « Fumes-tu tous les jours du tabac ? »
- Stress scolaire → **A** pour Absentéisme : « Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »
- Stress familial → **RD** pour Ressenti Désagréable familial : « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

2 réponses positives pour les filles et 3 pour les garçons concernent *une fois sur deux un adolescent suicidaire*.

- **Moments de consultation** : tous moments

- **Exemple de résultat d'exercice** :

Une adolescente de 16 ans est amenée par sa mère en consultation pour un renouvellement de pilule œstro-progestative. L'interne fait sortir la mère un moment dans la salle d'attente et voit l'adolescente seule. Il intègre de manière fluide à la discussion, sans « interrogatoire », les questions du test TSTS-CAFARD. Il obtient trois réponses positives aux questions complémentaires. Il exprime à la patiente son inquiétude devant ce qui lui semble un mal-être et propose une nouvelle consultation avec l'adolescente seule pour aborder le sujet. L'adolescente accepte et paraît soulagée.

- **Savoirs concernés** : savoir-faire, savoir être

- Compétences et niveaux de compétences ciblés :

Approche globale, prise en compte de la complexité

Niveau intermédiaire : a conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (on attend qu'il élargisse le recueil d'informations à des données non strictement biomédicales ; qu'il utilise ces données pour formuler des hypothèses ; qu'il soit en mesure de justifier et d'argumenter l'intérêt de ce recueil ; qu'il soit en mesure de justifier et d'argumenter sa décision en fonction du contexte).

Relation, communication, approche centrée patient

Niveau compétent : dans les situations habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient (on attend qu'il ait conscience de la dimension psychothérapeutique de la présence et de l'écoute d'un médecin ; qu'il soit conscient de l'investissement affectif et de l'attente relationnelle dont il est l'objet afin de les utiliser pour le soin du patient ; qu'il utilise ses compétences relationnelles et communicationnelles pour aider le patient à exprimer ses difficultés).

Education, prévention, santé individuelle et communautaire

Niveau compétent : intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient (on attend qu'il intègre dans sa pratique qu'il est nécessaire de revoir le patient pour des consultations plus spécifiquement dédiées à l'éducation et à la prévention, ; qu'il profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps (demande de certificats, problèmes infectieux ponctuels, renouvellement d'ordonnances) pour faire le point sur des mesures de prévention et d'éducation pertinentes).

- Famille de situations cliniques :

4- Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent

- Bibliographie :

44- Groupe ADOC 17. *Le test TSTS-CAFARD*. [en ligne] [consulté le 08/10/2016] Disponible : http://www.medecin-ado.org/infos/test_tsts.htm

DISCUSSION

1- Intérêt de ce travail

Le livret d'exercices présente plusieurs des caractéristiques d'un outil d'enseignement constructiviste :

- La place de l'apprenant est majeure. L'interne est impliqué activement dans la réalisation des exercices. Guidé par l'enseignant, c'est lui qui en dégage les enseignements pour sa pratique lors de la supervision indirecte. Selon Chartier et al. (5), un des principaux attributs d'un outil pédagogique constructiviste réside dans ce précepte : « l'interne est acteur, et le moteur de son apprentissage réside dans sa réflexivité : le fait de réfléchir sur son action, de se questionner pour expliciter sa façon d'agir, afin de la modéliser et de la faire évoluer ».
- La réalisation de l'exercice se produit au sein du milieu professionnel. Or on sait que « les situations d'apprentissage conditionnent la transférabilité des connaissances, ce qui suppose une réalisation de ces apprentissages majoritairement en milieu professionnel pour être adaptés à l'exercice professionnel » (5).
- L'enseignant assume le rôle de superviseur (5) « guidant l'interne aussi bien par des rétroactions sur les performances observées ou rapportées que sur la pertinence des problèmes que celles-ci posent ».

L'outil ne prétend pas être exhaustif, mais les exercices élaborés permettent d'aborder l'ensemble des six compétences génériques du médecin généraliste (1). Dix des onze grandes familles de situations cliniques caractéristiques de l'exercice de la médecine générale (17) sont également explorées dans les différents exercices.

2- Faiblesses de ce travail

Les critères de reproductibilité, d'acceptabilité, de faisabilité et de validité caractérisent les outils de recueil de données sur les apprentissages. On ne peut tout au plus que présumer de leur valeur dans le cas de notre travail puisque l'outil pédagogique n'a pas encore été évalué en situation réelle.

La reproductibilité (ou fidélité) implique de limiter les différences entre les évaluations d'apprentissages similaires. La reproductibilité de notre travail n'est donc vraisemblablement pas optimale (différents binômes internes/MSU, différences de lieux et de conditions d'application des exercices...). Mais selon Tardif (4) et Chartier et al. (5), les outils d'analyse dans le modèle par compétences renseignent sur des éléments complexes dans un contexte spécifique, et se trouvent avoir un objectif formatif ; « la reproductibilité totale n'est donc ni possible ni indispensable ».

La mise en pratique des exercices - critère de faisabilité - semble *a priori* se situer dans les limites de l'acceptable. On peut néanmoins admettre que la réalisation des exercices lors des consultations occasionne une difficulté supplémentaire, puisque le fait de mener des consultations de soins primaires en autonomie constitue déjà une difficulté en soi pour l'interne en cours d'apprentissage. En conséquence, proposer à celui-ci de n'appliquer l'exercice qu'à quelques consultations qui lui semblent éligibles devrait permettre de pallier cette difficulté. On pourrait également imaginer un aménagement des consultations, en prévoyant l'intégration d'un temps supplémentaire pour permettre la réalisation de l'exercice. Par ailleurs, le mode d'emploi du livret d'exercices préconise que la mise en application de l'exercice ne doit pas se faire au détriment du bon déroulement de la consultation.

La deuxième limite concernant la faisabilité réside dans la fréquence de confrontation à des situations cliniques « éligibles » (situations cliniques où l'exercice peut être appliqué) : cette fréquence doit être suffisamment importante pour permettre la réalisation des exercices sélectionnés. En effet, les situations cliniques rencontrées lors d'une journée d'exercice de médecine générale sont très variables et leur contenu difficilement prédictible. Dans le but d'optimiser cette fréquence de confrontation, un même exercice pourra être effectué lors de plusieurs journées du stage si les situations cliniques permettant sa réalisation se trouvent trop rares lors d'une seule journée. Cependant, la majorité des exercices sont proposés lors de situations à prévalence élevée en médecine générale.

Une autre limite à cette mise en application concerne les connaissances et représentations préexistantes de l'interne. En effet, en guidant la réflexion de l'interne sur les compétences de sa future profession, l'objectif réside à l'inciter à se remettre en cause, et à renoncer si nécessaire à ses représentations antérieures. Mais Tardif en 1993 (4) puis Bernard et Reyes (2) ont bien souligné le principal écueil rencontré : « Si les concepts et informations proposés ne trouvent aucun écho dans les représentations antérieures, s'il n'y a pas de point d'accrochage possible avec les connaissances préexistantes, la compréhension est vouée à l'échec. » Les représentations antérieures sont caractérisées par une grande stabilité : l'apprenant les a « validées » personnellement de manière empirique, lors de confrontations antérieures à des situations cliniques. Ces connaissances antérieures ont alors un rôle tellement prédominant qu'elles résistent souvent au nouvel apprentissage quand celui-ci les remet en question. Il faut alors présupposer pour que l'exercice soit réalisable et efficace que l'enseignant ait une idée des connaissances et représentations préexistantes de l'interne, afin d'apprécier la « distance » entre celles-ci et ce qui va être abordé dans l'exercice.

L'adhésion à ce nouvel outil - acceptabilité - ne pourra naturellement être connue avant son évaluation en situation réelle. Néanmoins, quelques travaux soulignent la volonté de la part des étudiants comme des enseignants d'avoir à leur disposition des supports pédagogiques pour étayer le moment de supervision indirecte lors du SASPAS (9, 10, 11).

Une autre limite probable de cet outil concerne sa validité, ce qui signifie que l'outil pédagogique renseigne effectivement sur ce que l'on cherche à évaluer. En l'occurrence, l'écueil réside dans le caractère déclaratif des données concernant les apprentissages. En effet, les actions entreprises pour réaliser l'exercice et les réflexions qui en découlent sont exclusivement rapportées par l'interne à l'enseignant et ne peuvent de ce fait être observées directement. Il convient de souligner toutefois que ce biais « déclaratif » se rencontre lors de toute supervision indirecte classique.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que la technique de l'entretien d'explicitation permet de minorer les erreurs d'appréciation résultant d'un entretien consécutif à l'action (18). Cette technique recourt à des techniques de communication visant à faire adopter à l'interne une « position de parole incarnée » lors de ses récits en supervision indirecte, avec pour objectif de l'aider à prendre conscience de sa démarche en situation.

En outre, la qualité scientifique de ce travail est vraisemblablement pénalisée par sa méthode d'élaboration. En effet, il est initialement le fruit des réflexions d'une interne en médecine générale avant que celles-ci soient soumises à la critique d'un groupe d'enseignants rompus aux exigences de la pédagogie. La méthode d'élaboration retenue laisse exister une indéniable subjectivité ne serait-ce qu'au regard du choix des thèmes abordés par les exercices. La recherche de consensus par rondes Delphi aurait sans doute apporté plus de rigueur à l'élaboration des exercices proposés.

Il pourrait donc être intéressant que cet outil pédagogique bénéficie d'une évaluation psychométrique pour préciser sa validité et dans une moindre mesure sa reproductibilité, la finalité du travail étant formative et non certificative. En outre, une appréciation de sa faisabilité et de son acceptabilité par les utilisateurs - internes et maîtres de stage - semble nécessaire.

CONCLUSION

L'enseignement universitaire de la médecine générale est désormais fondé sur une méthode d'apprentissage par compétences résultant des théories constructivistes. L'étudiant, du fait de son implication dans l'observation de ses propres actions, assume un rôle majeur dans la construction de ses apprentissages. Il ne s'agit plus pour lui de cumuler uniquement des savoirs théoriques, puisqu'il devra mobiliser des ressources diversifiées pour établir un savoir-agir complexe lui permettant de faire face efficacement aux situations réelles rencontrées en médecine générale.

Les outils pédagogiques se sont adaptés à cette nouvelle approche. Ils tentent de privilégier prioritairement les compétences contextualisées, stimulant la réflexion des étudiants et encourageant leur évaluation dans des situations dites « authentiques ». Dans cet esprit, nous avons souhaité élaborer un outil pédagogique formatif à l'intention des internes en SASPAS. L'objectif était de créer un outil simple, pratique, compréhensible, susceptible d'encourager l'interne à explorer les principales dimensions des situations complexes de médecine générale.

Ce projet s'inscrit dans la continuité d'un travail pédagogique initié au printemps 2014 par le Docteur Morlon et son équipe avec la création d'un livret de trente exercices pédagogiques ciblés pour le stage d'externat. En 2015, un autre livret destiné aux internes en stage de niveau 1 a été conçu sur le même canevas, permettant d'explorer les différents moments de consultation et les compétences génériques. Ces exercices proposaient à l'étudiant d'effectuer une observation ou une action lors de la consultation, en supervision directe. Ces deux livrets sont disponibles sur le site internet du Collège Bourguignon des Généralistes Enseignants (<http://cbge.fr>, onglet « MSU/Tuteurs », rubrique « Exercices Pédagogiques »).

Nous nous sommes efforcés de concevoir un troisième livret comportant trente exercices pédagogiques pratiques se voulant réalisables par l'interne en situation d'autonomie lors de consultations de soins premiers. Chacun de ces exercices tente d'orienter la réflexivité de l'interne sur une ou plusieurs des six compétences génériques du généraliste, leur bilan devant ensuite être effectué en supervision indirecte avec le maître de stage.

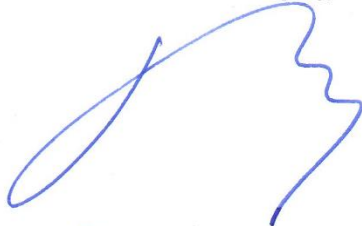
Le travail de conception et de sélection des vingt-trois exercices de « niveau SASPAS » a été réalisé par une interne de médecine générale avant d'être soumis à l'expertise d'une équipe d'enseignants. Pour ces vingt-trois exercices, a été conçu un argumentaire pédagogique, comportant pour chaque exercice : ses niveaux de compétence, le type de savoirs mobilisés, les moments de consultation ciblés, les familles de situations cliniques concernées ainsi qu'un exemple de résultat d'exercice. Des descripteurs de niveau ont été intégrés, afin de guider l'interne et son maître de stage dans l'identification du niveau de compétence de l'interne à un moment donné. Pour compléter le livret, nous avons ensuite sélectionné sept exercices complémentaires parmi ceux créés antérieurement par l'équipe du Docteur Morlon. Le livret contenait en définitive les consignes des trente exercices avec indexation des savoirs explorés, suivies d'un tableau synthétique et d'un bref mode d'emploi.

Rappelons que plusieurs travaux indiquent que les internes aspirent à une supervision indirecte de qualité lors du SASPAS (8, 9). Dans cette optique, les exercices retenus facilitent le repérage des besoins de formation ressentis par l'interne et son maître de stage et proposent un cadre au questionnement de l'interne sur sa pratique. Ainsi, leur mise en pratique doit permettre une auto-évaluation en situation, précédant une hétéro-évaluation lors de la supervision indirecte.

Cet outil pédagogique guide l'interne dans un questionnement contextualisé sur sa pratique. De plus, il souhaite l'encourager à conforter sa perception d'autonomie et de contrôle en l'impliquant activement dans le choix et l'application des exercices. Les recherches récentes en pédagogie montrent en effet que le renforcement de la perception d'autonomie et de contrôle peut avoir une incidence positive sur la motivation des étudiants (45).

Enfin, la finalité de ce travail consiste aussi en sa diffusion aux maîtres de stage en vue de son utilisation par les internes en SASPAS. A l'épreuve de leur réalisation en situation réelle, les exercices se veulent évolutifs en fonction des avis et besoins des étudiants et de leurs maîtres de stage. A terme, l'enrichissement de ce livret serait le meilleur reflet de son appropriation au quotidien, ce qui constituerait une belle récompense pour les concepteurs.

Le Président du jury,

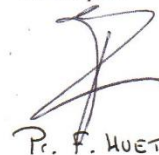


P. J.N. BEIS

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 8 NOVEMBRE 2016

Le Doyen



P. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Compagnon L. et al. *Définition et descriptions des compétences en médecine générale*. Exercer 2013 ; 108 : 148-155.
- 2- Bernard JL, Reyes P. *Apprendre en médecine (2^{ème} partie)*. Pédagogie Med [en ligne] 2001. [consulté le 08/06/2016] ; 2 : 235-241. Disponible : <http://www.sfap.org/document/apprendre-en-medecine-2eme-partie>
- 3- Romainville M. *L'évaluation des acquis des étudiants dans l'enseignement universitaire*. Paris : avis du Haut Conseil de l'évaluation de l'école, 2002. Disponible : http://www.hce.education.fr/gallery_files/site/21/93.pdf
- 4- Tardif J. *L'évaluation des apprentissages : réflexions, nouvelles tendances et formation*. Coll. Sous la direction de René Hivon. Université de Sherbrooke. 1993 ; 27-56.
- 5- Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagon L, Attali C, Renard V. *L'évaluation dans le modèle par compétences en médecine générale : des fondements théoriques à la pratique*. Exercer [en ligne] 2013 [consulté le 15/04/2016] ; 108 : 171-177. Disponible : <http://www.exercer.fr/numero/108/page/171/>
- 6- Circulaire DES/DGS/200/n°192 du 26 avril 2004 relatif à l'organisation des soins primaires en autonomie supervisée.
- 7- Kilminster SM, Jolly BC. *Effective supervision in clinical practice settings : a literature review*. Med Educ 2000 ; 34 ; 827-840.
- 8- Grégoire Céline. *Freins à la réalisation du Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée : étude qualitative par focus groups auprès d'internes en médecine générale bourguignons*. [Thèse en ligne] 68f. Thèse d'exercice : Médecine : Dijon. 2016. [consultée le : 26/06/2016.] Disponible : http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/GREGOIRE_THESEMED.pdf
- 9- Blanchard-Rocheteau Marie. *La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes : enquête descriptive auprès des internes*. [Thèse en ligne] 51f. Thèse d'exercice : Médecine : Nantes. 2011. [consultée le 04/06/2016] Disponible : archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/.../40e2af95-6d0a-4541-a8b0-a141e75076c5
- 10- Petite Elise. *Obstacles à la supervision indirecte à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration*. [Thèse en ligne] 93f. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble. 2010. [consultée le : 26/06/2016] Disponible : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629741/document>
- 11- Couton Catherine. *Evaluation formative des internes en stage ambulatoire en soins primaires*

en autonomie supervisée (SASPAS) à la faculté de médecine de Tours : bilan de l'expérimentation de deux outils. [Thèse en ligne] 78f. Thèse d'exercice : Médecine : Orléans. 2015. [consultée le 01/07/2016]. Disponible : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2015_Medecine_CoutonCatherine.pdf

12- Morlon F, Maufoy F, Gouget A, Mazalovic K. *30 exercices pédagogiques ciblés pour le stage d'externat.* In : Morlon F, enseignant. Compte-rendu d'après le 14^{ème} congrès national du CNGE. 27 et 28 avril 2014. Lille. Disponible : http://www.cbge.fr/College_Bourguignon_des_Generalistes_Enseignants/MSU_Tuteurs/Entrees/2015/11/20_Exercices_Pedagogiques_files/Exercices%20Externes.pdf

13- Morlon F, Charra C, Jarny C, Maufoy F, Gouget A, Mazalovic K. *Exercices pédagogiques ciblés pour les internes en stage de niveau 1.* In : Morlon F, enseignant. Compte-rendu d'après le 15^{ème} congrès national du CNGE. 26 et 27 novembre 2015. Dijon. Disponible : http://www.cbge.fr/College_Bourguignon_des_Generalistes_Enseignants/MSU_Tuteurs/Entrees/2015/11/20_Exercices_Pedagogiques_files/LivretInterne.pdf

14- Compagnon L. et al. *Les niveaux de compétence.* Exercer 2013 ; 108 ; 156-164

15- Ghasarossian C. *Le stagiaire observateur 2B.* In : Ghasarossian C. *Encadrement des externes en médecine générale, Module S2.* CNGE Formation. 2015. Disponible sur : http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Grille_de_l_externer_observateur_2.pdf

16- Attali C. et al. *Référentiel des niveaux de compétences en médecine générale.* In : Couton Catherine. *Evaluation formative des internes en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) à la faculté de médecine de Tours : bilan de l'expérimentation de deux outils.* [Thèse en ligne] 78f. Thèse d'exercice : Médecine : Orléans. 2015. [consultée le 01/07/2016]. Disponible : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2015_Medecine_CoutonCatherine.pdf

17- Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. *Les grandes familles de situations cliniques.* Exercer 2013 ; 108 ; 165-169.

18- Lievin T, Marquis F, Millette B, Aubrege A, De Krowin J. *L'entretien d'explicitation : une approche potentiellement féconde pour favoriser la supervision des résidents.* *Pédagogie med.* [en ligne] 2008 [consulté le 28/04/2016] ; 9 (4) : 221-233. Disponible : <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2008/04/pmed20080259/pmed20080259.html>

19- IWH, Institute for Work and Health. *Evidence Summary for Management of Non-specific Chronic Low Back Pain* (revised April 2009). [En ligne]. http://www.iwh.on.ca/physicians_network-tool-kit. Consulté le 02/11/2016.

20- Estruch R. *Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet.* *N Engl J Med.* 2013 Apr 4 ; 368 (14) : 1279-90.

21- Pomm. H.A., Shahady E., Pomm. R.M. *The CALMER Approach : Teaching Learners Six Steps to Serenity When Dealing With Difficult Patients,* *Family Medicine* 2004 ; vol 36 ; 7 ; 467-469.

22- Gillette RD. *"Problem patients:" a fresh look at an old vexation*. Fam Pract Manage 2000 ; 7 : 57-62.

23- Girard G, Grand'maison P. *L'approche négociée : modèle de relation patient/médecin*. Médecin du Québec. 1993;28:29-39.

24- Jamouille M. *Prévention quaternaire et limites en médecine*. Pratiques 2013.

25- Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. *Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques et thérapeutiques et préventives. 16^{ème} conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse*. [en ligne] 2006 [consulté le 28/10/16]. Disponible : http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2006-Lyme_court.pdf

26- INVS. *Interprétation d'un test sérologique lors d'une suspicion de borréliose de Lyme* [en ligne] 2013. [Consulté le 28/10/16] Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Borreliose-de-lyme/Points-sur-les-connaissances/Interpretation-d-un-test-serologique-lors-d-une-suspicion-de-borreliose-de-Lyme>.

27- Association, American Psychiatric. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5. 5 edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.

28- La Revue Prescrire. *Supplément Interactions médicamenteuses*. Déc. 2014 ; 274 (34) : 91.

29- Haute Autorité de Santé. *Synthèse des recommandations professionnelles : hypothyroïdies frustrées chez l'adulte, diagnostic et prise en charge* [en ligne]. Avril 2007. [consulté le 02/11/2016]

30- Haute Autorité de Santé. *Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé : prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète* [en ligne]. Octobre 2014 [consulté le 02/11/2016]

31- Lévy L. *Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale*. Rev Prat Med Gen, 2004 ; 674/675 : 1482-86.

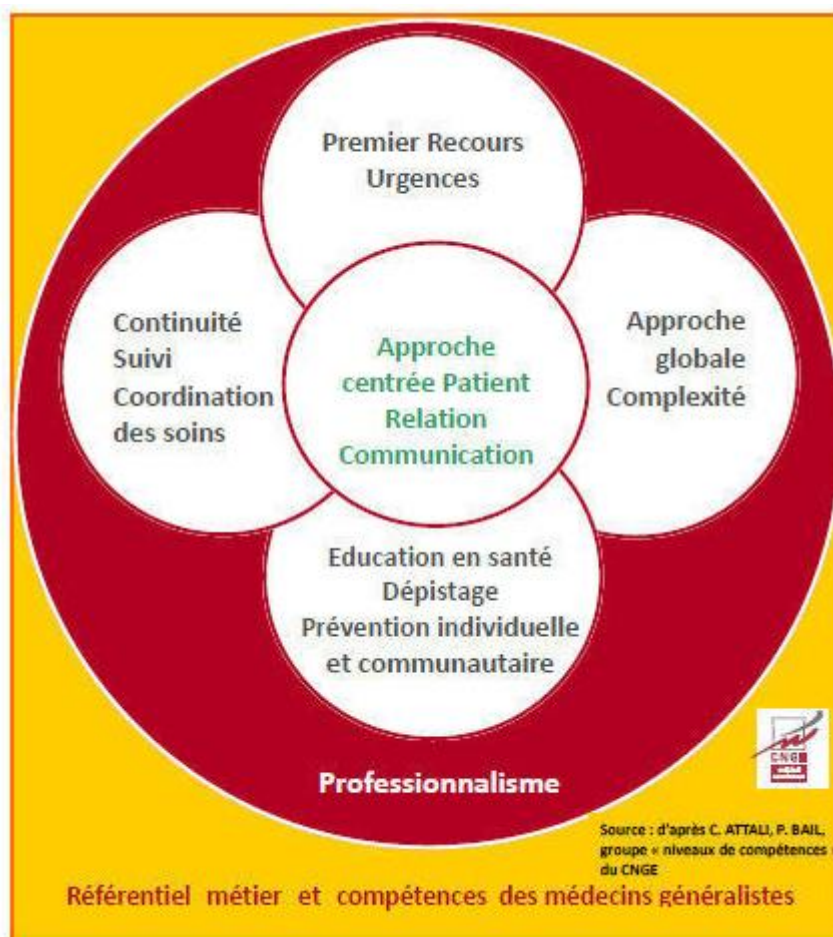
32- Karpman S. *Contes de fées et analyse dramatique du scénario*. Actualités en Analyse Transactionnelles, 9, 1979, pp. 7-11.

33- Pascal Cathébras, *Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexplicables*, Paris, Masson, 2006, ISBN 2-294-01652-1

- 34 -Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie. Paris : Éditions Sociales scientifiques, 1970.
- 35- Coppens M. et al. *L'intuition en médecine générale : validation française d'un consensus néerlandais « gut feeling »*. Exercer 2011 ; 95 : 16-20.
- 36- Bouchaud O. *Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants*. La Santé de l'Homme 2007 Nov ; 392 : 25-27.
- 37- Conseil de l'Ordre National des Médecins. *Questionnaires de santé, certificats et assurances* [en ligne] 2015. Consulté le 02/11/2016. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapportcnomquestionnaire_sante.pdf
- 38- Conseil de l'Ordre National des Médecins. *Article 4 du Code de Déontologie Médicale : Secret professionnel* [en ligne] 2016. Consulté le 02/11/2016. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
- 39- Conseil de l'Ordre National des Médecins. *Article 35 du Code de Déontologie Médicale : Information au patient* [en ligne] 2012. Consulté le 02/11/2016. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>
- 40- Bartoli S, Grandcolin S. *Aborder la sexualité masculine en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes*. Exercer 2016 ; 124 : 52-9.
- 41- Burgey A et al. *Médicaments et classes thérapeutiques à risque iatrogène : étude des données françaises et américaines*. JEL 2011 Oct ; 17 (4).
- 42- Legrain S et al. *A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial*. J Am Geriatr Soc 2011 Nov ; 59 (11) : 2017-28.
- 43- Girerd X, Radeceanu A, Achard JM. *Evaluation of patient compliance among hypertensive patients treated by specialists*. Arch. Mal. Coeur Vaiss 2001 ; 94 : 839-42.
- 44- Groupe ADOC 17. *Le test TSTS-CAFARD*. [en ligne] [consulté le 08/10/2016] Disponible : http://www.medecin-ado.org/infos/test_tsts.htm
- 45- Pélaccia T, Delplancq H, Tribby E, Leman C, Bartier JC, Dupeyron JP. *La motivation en formation : une dimension réhabilitée dans un environnement en mutation*. Pédagogie Médicale 2008 ; 9 : 103-21.

ANNEXES

Annexe 1 : Les six compétences de médecine générale



REFERENTIEL des NIVEAUX DE COMPETENCE EN MEDECINE GENERALE

Production du Groupe national d'expert du CNGE

Coordonnateur : Pr Claude ATTALI Philippe BAIL, Laurence COMPAGNON, Christian GHASAROSSIAN, Jean François HUEZ, Claude PIRIOU, Bertrand STALNIKIEWICZ, Yves ZERBIB

Introduction :

La qualité des soins est devenue une exigence sociétale. L'OMS a défini des objectifs d'efficacité des processus d'apprentissage. Les savoirs disciplinaires acquis sont insuffisants pour agir professionnellement lors des situations réelles de soin. Un 3ème cycle de médecine générale professionnalisant doit former aux compétences indispensables du médecin généraliste. Pour basculer des méthodes pédagogiques centrées sur l'enseignement vers l'approche centrée sur les apprentissages dans une logique de compétence, il est nécessaire de définir et décrire ces compétences. Il est nécessaire ensuite de disposer de la description d'un modèle de développement de ces compétences et des indicateurs de niveau. Le groupe de travail national des Niveaux de Compétence en médecine générale, sous l'égide du CNGE, coordonné par le Pr Claude Attali, a abouti, grâce à un processus de consensus d'expert, à la production ci-dessous. Certaines des données ont été publiées. Les 6 compétences de la « marguerite » sont définies puis déclinées dans les 3 niveaux correspondant au cursus de 3ème cycle de Médecine Générale. Chaque niveau est décliné en descripteurs (en gras), eux même déclinés en indicateurs (en italique, précédés de « on attend qu'il... »).

LES NIVEAUX GENERIQUES.

Ces niveaux ont été décrits pour identifier les attributs de l'Interne vis-à-vis de la discipline médecine générale aux étapes de développement de ses compétences.

Le niveau NOVICE

C'est le niveau attendu à partir de l'entrée dans le DES et jusqu'à la moitié du stage de niveau 1. L'interne a acquis un certain niveau de compétences et possède des aptitudes pour progresser dans l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

- Il possède quelques notions sur les spécificités et compétences nécessaires en MG,
- Il accepte à minima le projet de formation,
- Il envisage de devoir couvrir l'ensemble du champ MG,
- Il a conscience qu'il intervient sur l'être humain,
- Il est en mesure de se questionner.
- Il a conscience qu'il sera confronté à des situations compliquées.
- Il montre un début de questionnement sur sa pratique.

Le niveau INTERMEDIAIRE

C'est le niveau attendu en fin de stage de niveau 1, soit l'acquisition d'une capacité à être mis en autonomie. L'interne

- Est en mesure de faire le lien entre la théorie enseignée et la pratique observée et/ou exercée,
- Accepte une part d'incertitude dans sa démarche décisionnelle
- A conscience de la complexité des situations cliniques et qu'il n'existe pas qu'une seule bonne réponse.
- Est en mesure de travailler avec d'autres intervenants
- Adhère au projet de formation au travers de son investissement personnel en situation
- Est en voie d'agir en autonomie supervisée en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi.

Le niveau COMPETENT

C'est le niveau attendu en fin de DES. L'interne est capable de travailler en autonomie tout en démontrant des capacités à progresser vers le statut de professionnel. Dans les situations courantes, l'interne :

- Agit en autonomie et assume ses responsabilités
- Intègre la notion d'incertitude dans la décision, tout en essayant de la réduire de manière acceptable pour le patient et la société
- Collabore avec les autres intervenants
- Possède une approche centrée patient
- S'interroge sur sa pratique

LES NIVEAUX DES 6 COMPETENCES

PREMIER RECOURS, URGENCES

Définition : Capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

Composantes : C'est-à-dire en :

- Gérant les situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution (situations aiguës ou chroniques, les urgences, la santé des femmes, des enfants etc...)
- Intervenant si nécessaire dans le contexte d'urgence réelle ou ressentie ou dans les situations médicales non programmées, hiérarchisant et gérant simultanément des demandes, des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient.
- Exécutant avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours

DESCRIPTION DU NIVEAU NOVICE

- Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical. On attend qu'il : - ait tendance à faire face aux demandes et plaintes du patient en sélectionnant prioritairement celles du champ biomédical, - crée le dossier médical en cas de premier contact ou le mette à jour lors du suivi (cf. Continuité et suivi) - ait tendance à multiplier les examens complémentaires en cas de doute , - ait tendance à s'appuyer sur l'avis de tiers intervenants, - ait du mal à les hiérarchiser - essaye de répondre à la majorité des plaintes biomédicales durant une même consultation en développant une démarche centrée maladie - délègue ou ignore les plaintes dont l'origine profonde est psychosocial
- Evoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats. On attend qu'il - diagnostique les urgences vitales - réalise un certain nombre de gestes d'urgence enseignés dans le deuxième cycle (« secouriste ») - ait tendance à évoquer volontiers les maladies les plus graves sans tenir compte des prévalences dans le contexte de soins.
- Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face. On attend qu'il - mesure que sa formation initiale actuelle ne lui permet pas de comprendre et répondre manière satisfaisante aux plaintes multiples, indifférenciées, non sélectionnées - perçoive l'intérêt de formations complémentaires surtout dans le domaine biomédical, - soit inquiet devant ses nouvelles responsabilités

DESCRIPTION DU NIVEAU INTERMEDIAIRE

- Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte. Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais a encore du mal d'élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient. On attend qu'il : - recherche dans le dossier les données essentielles permettant de mieux analyser et comprendre la situation. - utilise les éléments antérieurs existant dans le dossier médical - adapte sa démarche décisionnelle à partir d'un diagnostic de situation - essaye de décoder les plaintes - essaye de les replacer dans leurs contextes.
- Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient. On attend qu'il - s'accommode de la prise de décision dans une incertitude relative (il essaye de diminuer la part d'incertitude dans la prise de décision) - prescrive des examens complémentaires après formulation d'hypothèses diagnostiques tenant compte de la gravité et de la prévalence des pathologies en soins primaires - décide en acceptant une part d'incertitude - s'initie à reconnaître les stades précoces des maladies - aie du mal à envisager les symptômes biomédicalement inexpliqués

- Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties. On attend qu'il - gère les urgences les plus fréquentes, en considérant les prévalences et la gravité réelle des situations mais aussi la gravité ressentie par le patient

- Etend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure. On attend qu'il - élargisse son champ d'activité en formulant et assumant des besoins de formation en rapport avec les situations et familles de situation rencontrées en soins primaire.
 - identifie les situations qu'il estime ne pas pouvoir gérer seul - adresse pertinemment en fonction des compétences de chacun.

- Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé. On attend que - Il s'intéresse aux plaintes, mais aussi aux autres problèmes de santé du patient.
 - La prise de décisions ne concerne pas uniquement la gestion des plaintes (cf approche globale).

DESCRIPTION DU NIVEAU COMPETENT

- Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions. On attend qu'il : - crée un climat favorable à l'expression des plaintes (écoute attentive), - fasse des propositions de résolution de problèmes.
 - continue de se former afin d'améliorer ses connaissances mobilisable en situation réelle de soins - soit en mesure de collaborer avec les autres intervenants (cf suivi coordination)

- S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins. (voir coordination et professionnalisme). On attend qu'il :
 - organise ses temps de consultation pour permettre l'accueil de l'ensemble des patients souhaitant le consulter - participe au tour de gardes du service d'Urgence des hôpitaux, - puisse accompagner ses Maîtres de Stage dans ses activités de Permanence de Soins (PDS)

- Fait des diagnostics de situations On attend qu'il : - soit capable, au-delà des plaintes, de repérer la demande réelle et de hiérarchiser les problèmes en tenant compte de l'agenda du patient et des contraintes liées à la maladie (cf coordination suivi) . - résolve de mieux en mieux les problématiques des patients dans un contexte d'incertitude, tenant compte des désirs du patient, des ressources du dossier médical et du contexte, de manière adaptée et partagée s'il le faut.

- Evoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf coordination suivi). On attend qu'il : - améliore ses capacités de cliniciens lors des stades précoces des maladies, - soit en mesure de mettre en place un suivi, afin de faire la part des choses - soit en mesure de suivre l'évolution des plaintes et des symptômes.

- Evoque la possibilité de symptômes bio médicalement inexpliqués (SBI) On attend qu'il :

- envisage la possibilité de SBI, sans avoir de certitude pour leur prise en charge.

- Elargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient. (Cf Approche Globale) On attend qu'il : - fasse des diagnostics de prévention au-delà des diagnostics de situations. - mette en place les conditions de prise en charge globale et de suivi adapté au patient et au contexte.

- Gère les urgences ressenties par le patient. On attend qu'il - arrive à prendre en compte et à intégrer dans la décision les craintes et les représentations des patients. - soit en mesure de rassurer le patient sur son état de santé

- Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités. On attend qu'il - fasse bénéficier les patients des compétences des autres professionnels - soit capable de discuter leurs décisions et en l'assurant (cf Coordination) .

CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT

Définition : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Composantes : C'est-à-dire en :

- Etant le référent du patient dans l'espace et la durée, en utilisant judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient,
- En prenant en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement
- Collaborant avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient,
- Mettant en place et entretenant une relation médecin patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continue, et en organisant son activité en fonction de ces objectifs.

DESCRIPTION DU NIVEAU NOVICE

- Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients. On attend qu'il : - perçoive qu'un certain nombre de problèmes ou de plaintes nécessitent un suivi dans le temps sur plusieurs consultations.

- Utilise le dossier médical. On attend qu'il : - crée des nouveaux dossiers en renseignant les antécédents personnels et familiaux, les habitudes, consulte les antécédents dans les dossiers existants et laisse des traces écrites.

- Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin. On attend qu'il : - essaye de répondre à toutes les plaintes dans une démarche centrée maladie en adressant au moindre doute au spécialiste concerné par la plainte (cf. premier recours.)

- Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins. On attend qu'il : - fasse, une lettre de sortie de l'hôpital pour le MG, - communique les informations qui lui semblent importantes dans la communication avec les autres soignants, sans se poser la question du secret médical dans ces situations. (cf. professionnalisme, communication).

- Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants. On attend qu'il : - utilise les avis fournis par les autres intervenants dans la décision thérapeutique sans être en mesure de les discuter de façon critique (cf. communication.)

- Met en place une relation médecin malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites On attend qu'il : - assure un accueil bienveillant lors de chaque consultation - mène un entretien directif à type d'interrogatoire - propose au patient un accompagnement centré maladie - commence à se questionner sur la nature de cette relation (cf. communication)

- Se rend disponible pour la permanence des soins.(Cf Premier recours) On attend qu'il : - assure les contre-visites, les gardes.

DESCRIPTION DU NIVEAU INTERMEDIAIRE

- Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations. On attend qu'il : - fasse des prescriptions à réaliser un temps plus ou moins long en fonction des situations, - soit en mesure de programmer une prochaine séance, - commence à utiliser le temps comme allié dans la démarche décisionnelle - identifie que les temps du patient, du médecin sont différents et interfèrent dans la démarche décisionnelle (cf. approche globale).

- Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi. On attend qu'il : - explore les motifs de la consultation en tenant compte des préférences du patient - commence à hiérarchiser ces motifs en essayant d'intégrer les préoccupations du malade (cf. premier recours, communication).

- Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche. On attend qu'il : - utilise des habiletés d'une communication centrée patient (cf. communication).

- Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi . On attend qu'il : - recherche dans le dossier médical et utilise pour la situation actuelle les données antérieures - renseigne le dossier médical en explorant et intégrant la plainte dans la vie patient (cf approche globale), formule des hypothèses.

- Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours. On attend qu'il : - prenne en compte lors des recours, l'évolution des événements précédant et ce qui s'est passé et ce qui a été réalisé depuis. - programme les recours à court terme.

- Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)

DESCRIPTION DU NIVEAU COMPETENT

- Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi. On attend qu'il : - Identifie la place de la relation médecin malade dans l'organisation du suivi (cf communication relation) - identifie ce qui peut être un frein au suivi et la nature et l'origine de ce frein (ce qui est dû au médecin, au patient ou à l'interaction) - soit capable de tenir compte de ces identifications pour élaborer une prise de décision et une responsabilité partagée (cf. approche globale).
- Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient. On attend qu'il :
- Hiérarchise et planifie le suivi en tenant compte de l'agenda du médecin et du patient (cf. communication), - Soit en mesure de justifier et d'expliquer cette hiérarchisation et cette planification.
- Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient. On attend qu'il : - utilise pleinement le temps pour réévaluer la situation, la décision, - soit capable de programmer le suivi à court, moyen et long terme - réévalue une situation, une décision, lors des recours ultérieurs en changeant de posture si nécessaire cf. approche globale.
- Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux. On attend qu'il : - respecte le secret médical dans la transmission des informations aux autres professionnels - prenne en compte à la fois leurs expertises professionnelles, mais aussi leur accessibilité, leur disponibilité, le niveau d'honoraires, - prenne en compte la possibilité d'un réel travail en commun
- Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient. On attend qu'il : - prenne en compte de façon critique les différents avis et laisse des traces dans le dossier médical, - communique et explicite les raisons des propositions - prenne en compte les préférences et possibilités du patient pour essayer de prendre une décision partagée.
- Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective, de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage. On attend qu'il : - Renseigne dans le dossier médical l'ensemble des informations d'éducation pour la santé des actes de prévention et de dépistage) dont le patient a et devra bénéficier - programme des alarmes informatiques pour les réalisations des actes futurs

- Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile On attend qu'il : - Organise et renseigne différents supports nécessaires à l'information, la coordination des différents intervenants professionnels, de l'entourage.

- Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins y compris lors de ses absences On attend qu'il : - informe les conditions dans lesquelles il est accessible et disponible (présence, téléphone) dans le cadre d'un suivi, - soit en mesure de modifier ces conditions en cas de problèmes ou de situations qui nécessitent un suivi particulier - indique la conduite à tenir en son absence.

EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

Définition : Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

Composantes : C'est à dire en :

- Mettant en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie.
- Développant une posture qui place le patient en position de sujet, et s'engageant dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences.
- Déterminant le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi-même, en tenant compte des possibilités de chacun.
- Partageant le suivi avec d'autres intervenants.
- Collaborant à et/ou élaborant des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation, et en adoptant une posture réflexive sur ces actions.

DESCRIPTION DU NIVEAU NOVICE

- Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste, On attend qu'il : - en perçoive l'importance, - mette en pratique essentiellement des actions de prévention primaire sous la forme de conseils - sache qu'il a des acquisitions à faire en particulier dans le domaine de l'éducation du patient
- Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire, On attend qu'il : - n'ait pas de difficulté à définir, hiérarchiser ces niveaux et en comprendre l'intérêt
- Possède des notions vagues de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi). On attend qu'il : - fasse des confusions entre ces différents concepts, - limite l'éducation essentiellement au conseil et à l'information, - exprime des difficultés à les mettre en pratique - sache qu'il a des acquisitions à faire à ce niveau

- Se sent responsable de la gestion de la santé du patient. On attend qu'il : - tente d'assumer la responsabilité de la santé du patient sans respecter son autonomie et sans lui laisser cette responsabilité - mette en avant les risques pour le patient de devenir malade plutôt que les avantages attendus pour la qualité de vie et la promotion de la santé
- Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient On attend qu'il : - recherche l'adhésion du patient en pensant qu'un argumentaire fondé sur la raison et le rationnel peut suffire

DESCRIPTION DU NIVEAU INTERMEDIARE

- Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin, (il n'est pas besoin de tout préciser) On attend qu'il : - réponde dans l'immédiat à une demande de prévention exprimée par un patient ou programme une consultation spécifique ultérieure - accepte, sans trop discuter, la demande du patient de lui prescrire un acte de prévention non indispensable voire inutile - recherche et utilise des outils d'information, d'éducation et de prévention sur des supports différents
- Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples, On attend qu'il : - prescrive à bon escient et/ou réalise correctement les gestes de dépistage individuel et organisé ou non qui font consensus (FCV, hémocult, mammographie ...) - propose un suivi selon les résultats du dépistage avec ou sans autres intervenants
- Reconnaît que le patient est acteur de sa santé, On attend qu'il : - accepte que les patients comprennent les problèmes de santé de façon différente de lui - interroge les patients sur des actions de prévention /éducation même s'ils n'en sont pas demandeurs (intervention brève par ex.) - intègre que les refus implicites ou explicites du patient ne sont pas obligatoirement définitifs, que celui-ci peut changer d'avis et qu'il doit en tenir compte - mette en avant les avantages attendus pour la qualité de vie du patient et la promotion de sa santé plutôt que les risques seuls de devenir malade
- Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant, On attend qu'il : - exprime ses difficultés à respecter l'autonomie et les compétences du patient à gérer sa propre santé - participe aux formations qui traitent de ces difficultés
- Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient, On attend qu'il : - informe la famille pour qu'elle comprenne le problème et puisse modifier certains comportements - apprenne à la famille à faire face à des incidents critiques potentiels (crise aiguë d'asthme, malaise hypoglycémique, ...)
- Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient, On attend qu'il : - fonctionne plutôt en termes de délégation de tâches (où le médecin se décharge

de son activité d'éducation vers des professionnels paramédicaux) et s'appuie sur d'autres intervenants - oriente le patient vers des activités éducatives, individuelles (par exemple des consultations avec une diététicienne formée à l'éducation thérapeutique) ou collectives (par exemple des ateliers animés par l'équipe de coordination d'un réseau), mises en œuvre sur son secteur

DESCRIPTION DU NIVEAU COMPETENT

- Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient, On attend qu'il : - accepte l'idée que la prévention et l'éducation se construisent dans la durée et dans le temps, que tout ne peut pas être résolu en une seule consultation, - intègre dans sa pratique qu'il est nécessaire de revoir le patient pour des consultations plus spécifiquement dédiées à l'éducation et à la prévention, - profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps (demande de certificats, problèmes infectieux ponctuels, renouvellement d'ordonnances) pour faire le point sur des mesures de prévention et d'éducation pertinentes, - réalise régulièrement des consultations spécifiquement dédiées à la prévention et à l'éducation en fonction des besoins et de la demande du patient et des contraintes du médecin - soit en mesure de saisir les opportunités éducatives qui se présentent à lui au fil des consultations
- Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur), On attend qu'il : - accepte que le patient a une autonomie et une responsabilité dans la gestion de sa maladie et de sa santé, - intègre que s'il est l'expert de la maladie, le patient est lui l'expert du vécu de celle-ci, - favorise l'alliance thérapeutique, - collabore à un programme d'éducation thérapeutique pour un patient atteint de maladie chronique, visant à moduler ses habitudes de vie (tabac, alcool, exercice physique, alimentation) et à le rendre plus autonome dans la gestion de sa santé,
- Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient, On attend qu'il : - soit capable d'argumenter pour convaincre un patient non motivé de réaliser un acte de prévention utile pour lui-même dans le cadre d'une action organisée - soit capable d'argumenter pour convaincre un patient de renoncer à un acte de prévention inutile ou injustifié ou contraire à une éthique de justice (équité) - soit capable de comprendre et d'accepter le refus du patient à ces propositions - soit capable de reprendre ses arguments à un autre moment
- Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient On attend qu'il: raisonne en termes de collaboration et de partage de compétences (où chaque catégorie de professionnels apporte sa contribution spécifique à l'éducation)

APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE.

Définition : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale.

Composantes : C'est-à-dire en :

- Adoptant des postures différentes en fonction des situations : soins, accompagnement, soutien, éducation, prévention, réparation, ...
- Identifiant, évaluant, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psycho-social et culturel, pour les prendre en compte dans la décision.
- Élaborant un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient, intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation.
- Négociant une décision adaptée à la situation et partagée avec le patient (voir décision centrée patient), en évaluant les décisions et leurs conséquences, à court, moyen et long terme (voir le suivi au long cours).
- Tentant de cogérer avec le patient des plaintes et des pathologies aiguës et chroniques de manière hiérarchisée (voir le premier recours).

DESCRIPTION DU NIVEAU NOVICE

- Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect bio médical aux dépens des aspects psycho sociaux. Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement bio médicales. On attend qu'il : - comprenne et explore les situations en privilégiant la vision biomédicale ; - ait tendance à séparer les problèmes pour tenter d'y faire face - utilise volontiers des intervenants extérieurs par manque d'autonomie. - recueille les données par le biais d'un « interrogatoire » plutôt que d'un entretien, - explore au moins les données biomédicales.

- Entrevoit qu'il existe des données psycho sociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte. Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui. On attend qu'il - accepte l'idée que le patient est un ensemble avec son histoire personnelle, son vécu, ses croyances, sa culture, et qu'il vit dans une société donnée à un temps donné. - découvre que ces données existent même s'il n'est pas encore en mesure de les utiliser. - admette qu'elles devraient être prises en compte pour la décision médicale centrée patient

- Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation. On attend qu'il - privilégie la recherche et l'acquisition des données biomédicales plutôt que de données issues des sciences humaines apparentées à la médecine générale (bio psycho, socio, anthropologie)

DESCRIPTION DU NIVEAU INTERMEDIAIRE

- A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence). On attend qu'il :

- élargisse le recueil d'information à des données non strictement biomédicales
- utilise ces données pour formuler des hypothèses
- soit en mesure de justifier et d'argumenter l'intérêt de ce recueil
- soit en mesure de justifier et d'argumenter sa décision en fonction du contexte.

- Lors d'une consultation il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier. On attend qu'il : - évoque les éléments d'ordre psychologique (conscients et inconscients) qui du côté du malade peuvent intervenir dans la consultation - propose des hypothèses concernant les « mécanismes d'adaptation » du patient à sa maladie - évoque devant des attitudes du patient n'allant pas dans le sens habituellement attendu du soin, les notions de « représentation », « d'ambivalence », de « mécanismes de défense » - évoque, dans des situations émotionnelles surprenantes, des mécanismes d'investissement de la part du médecin..

- Il est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion. Il change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin. On attend qu'il : - Questionne à nouveau une situation, en particulier une situation qui a posé problème - adopte des postures d'écoute et des postures d'action en fonction du patient et de la situation clinique : accompagnement, éducation, soutien, réparation, ...

- Il a conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient). On attend qu'il : - identifie les temps du patient, du médecin, et la difficulté qui en résulte pour en tenir compte dans la démarche décisionnelle

- Il accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait il prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle. On attend qu'il : - tienne compte des informations dans plusieurs champs pour explorer les différentes réponses possibles à la situation - accepte l'idée qu'il sera amené à prendre des décisions en situation d'incertitude. - exprime qu'il n'y a pas toujours une seule bonne réponse à une situation clinique. - reconnaisse et puisse exprimer ses doutes.

DESCRIPTION DU NIVEAU COMPETENT

- Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient. On attend qu'il : - Après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs (bio psycho social, familiaux et culturel), soit capable d'en tenir compte pour la décision partagée.
- Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser. On attend qu'il : - se donne le temps, - donne le temps au patient
- Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant. On attend qu'il : - hiérarchise ses décisions en fonction de sa situation et de celle du patient.
- Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient. On attend qu'il : - sache utiliser le temps pour réévaluer la situation, la décision, - sache reporter/programmer une consultation.
- En fonction des situations est en mesure de modifier sa posture. On attend qu'il : - organise et utilise des ressources de nature différente selon les contextes. - prenne en compte l'agenda du patient. - gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente.
- Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effets psychothérapeutiques bénéfiques pour le patient On attend qu'il : - ait conscience de la dimension psychothérapeutique potentielle de l'écoute et de la présence du médecin - soit conscient de l'investissement affectif et de l'attente relationnelle dont il est l'objet afin de les utiliser pour le soin du patient - puisse entendre dans le discours d'un patient les points d'appel évocateurs d'une difficulté psychologique ou affective - sache utiliser ses compétences relationnelles et communicationnelles pour aider le patient à exprimer ses difficultés - ne réponde pas à la place du patient face à une difficulté psychologique qu'il rencontre, mais l'aide à se mettre en position d'y répondre et à trouver ses propres solutions - sache, face aux positions subjectives du patient, prendre du recul par rapport à ses propres subjectivités a priori de soignant
- Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle. On attend qu'il : - soit capable de différencier les différents types d'incertitude : liée à ses connaissances propres, aux données de la science, aux situations, aux patients (ses comportements attendus notamment) à quoi elle est liée : la complexité. - ait conscience qu'il ne pourra pas fonder l'ensemble de ses décisions en maîtrisant de manière complète ou parfaite tous les éléments de la situation et toute l'étendue des connaissances biomédicales.

RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

Définition : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Composantes ; C'est-à-dire en :

- Menant des entretiens avec tout type de patients et leurs entourages, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication.
- Construisant et maintenant à travers ces contacts, une relation avec le patient et/ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles.
- Respectant les différentes législations et code déontologique concernant les droits du malade et les devoirs du médecin.
- Communiquant avec les autres professionnels de santé et médico sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le media le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte.
- Communiquant avec les institutionnels dans l'intérêt du patient.

DESCRIPTION DU NIVEAU NOVICE

- Accepte l'idée que pour exercer la médecine générale il va devoir entrer en relation avec le patient. On attend qu'il : - en accepte l'idée sans réticence - en perçoive l'importance
- Connait quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication On attend qu'il - explique simplement les termes : questions ouvertes/fermées, reformulation,, communication, relation médecin-malade, écoute active, empathie - formule l'idée que le mode de communication détermine en partie la nature de la relation - Connaît les caractéristiques fondamentales de la relation médecin malade. On attend qu'il - explique en quoi la relation médecin malade : s'enracine dans l'histoire personnelle de chacun des protagonistes ; est marquée par une dissymétrie ; est en partie manifeste (explicite), en partie latente (implicite) ; n'est jamais isolée, se met en place et se développe dans un contexte qui l'influence. - formule l'idée que les caractéristiques de la relation influencent le contenu et les modalités de la communication médecin malade
- Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation. On attend qu'il - soit conscient qu'il existe différents points de vue possible (différentes théories) sur la communication et la relation, - accepte que communiquer ce n'est pas toujours facile. - ait conscience qu'en matière de relation médecin malade et de communication les compétences ne sont pas innées, qu'il s'agit de capacités professionnelles que le médecin doit développer par une formation spécifique appropriée.

- Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « bio médicale », y perçoit des limites en terme de perception et de compréhension de la situation clinique. On attend qu'il - mène un interrogatoire centré sur la maladie - sache en interpréter les réponses - accepte l'idée que si l'interrogatoire est nécessaire dans la démarche décisionnelle, il ne suffit pas comme seul mode de communication avec le malade
- Utilise principalement une communication verbale On attend qu'il - s'appuie surtout sur une communication verbale - existe, de sa part, peu d'utilisation volontaire et peu d'interprétation et d'analyse du non verbal des patients
- Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient On attend qu'il - prenne le temps d'expliquer sa décision en se montrant persuasif - souhaite l'adhésion du patient à sa décision - repère et exprime que cette adhésion, en réalité, n'est pas toujours facilement obtenue - ait tendance à s'identifier au patient dans certaines situations.
- Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient. On attend qu'il - parle des problèmes de santé du patient à ses proches, en essayant de ne pas divulguer les informations concernant certaines pathologies particulières et/ou sensibles. - communique à l'entourage des informations concernant des pathologies banales sans demander son avis au patient. - Identifie quelques situations où il doit être en mesure de préserver le secret médical, reconnaisse ses difficultés à intégrer ce dernier dans certaines situations
- Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias On attend qu'il - soit capable d'utiliser différents média, - soit rigoureux dans la rédaction des ses courriers, des comptes rendu etc. - utilise les avis fournis par les autres intervenants dans la décision thérapeutique sans être en mesure de les critiquer - communique toutes les informations qui lui semblent importantes dans cette communication avec les autres soignants, sans opposer de secret médical

DESCRIPTION DU NIVEAU INTERMEDIAIRE

- Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle On attend qu'il - repère des éléments de nature communicationnelle et relationnelle qui interviennent dans ses prises de décision - repère que ces éléments sont indispensables à la prise de décision - Dans l'analyse d'une consultation peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions. (voir aussi approche globale et complexité) - Evoque les éléments d'ordre psychologique (conscients et inconscients) qui du côté du malade peuvent intervenir dans la consultation - Repère la demande du patient et ses différents niveaux potentiels - Propose des hypothèses concernant les mécanismes d'adaptation du patient à sa maladie - Puisse évoquer, devant des attitudes du patient n'allant pas dans le sens « attendu du soin », les notions de représentation,

d'ambivalence, de mécanismes de défense - Evoque face à une réaction émotionnelle surprenante ou intense à l'égard des soignants l'hypothèse de mécanismes transférentiels sous-jacents.

- Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient. On attend qu'il - mène un entretien de façon souple, structuré en différentes phases selon les critères de l'entretien centré patient afin que le déroulé ressemble plus à une discussion qu'à un interrogatoire. - soit en mesure de justifier cette attitude - identifie l'importance de l'accueil lors de chaque consultation pour construire et maintenir une relation avec le patient dans la durée (voir la compétence coordination) - accorde au patient le temps nécessaire pour s'exprimer, pour intégrer les données nouvelles voire pour décider - aborde lors des différents contacts l'agenda du patient mais aussi celui du médecin (c'est-à-dire celui plus directement lié à la maladie)
- Accepte l'idée que l'on ne peut tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation On attend qu'il - négocie avec le patient ce qui peut être fait ou pas au cours de la consultation - utilise le temps pour permettre une approche globale et un suivi au long cours (Voir compétences « Approche globale, prise en compte de la complexité » et « Suivi , coordination et continuité de soins »)
- Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles On attend qu'il - repère ses propres difficultés de nature communicationnelles et/ou relationnelles, ainsi que des difficultés liées à des fonctionnements personnels qui interfèrent ou parasitent la prise de décision - commence à se questionner sur ses propres limites, à prendre conscience que la connaissance de soi est un des facteurs de progression professionnelle. - participe volontiers aux formations qui traitent de ce domaine et s'implique personnellement dans ces apprentissages en acceptant de se perfectionner en communication (voir compétence « Professionnalisme »)
- Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical On attend qu'il - donne à la famille des informations concernant le patient en prenant le plus souvent en compte le secret médical - s'appuie sur la famille pour recueillir des données complémentaires concernant le patient.
- Met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique On attend qu'il - reconnaisse l'expertise de chacun, - utilise correctement les moyens de communication et d'information - adapte les moyens de communication à la situation, à l'intervenant et à lui-même.

DESCRIPTION DU NIVEAU COMPETENT

- En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier. On attend que, dans un temps acceptable (20 à 30 minutes), il - utilise des techniques d'habileté communicationnelle utiles à une approche centrée patient (voir glossaire) - explore les problèmes du patient pour découvrir la perspective du patient et comprendre ses besoins - accorde les deux agendas en hiérarchisant et respectant les perspectives du patient et les siennes, - associe le patient à la démarche clinique et à la décision - prépare la fin de l'entretien et planifie les prochaines étapes - structure l'entretien à ces fins
- Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux. On attend qu'il - reconnaisse les émotions du patient en acceptant leur légitimité, - reconnaisse ses propres émotions, - respecte et favorise l'autonomie du patient - fasse référence à des notions d'éthique de la communication entre médecin et patient - fasse référence à des notions de psychologie médicale pour comprendre la nature des réactions du patient et les siennes - tienne compte des priorités du patient même si elles lui paraissent discutables - soit capable d'envisager un travail sur lui-même en vue d'améliorer sa gestion des émotions.
- Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutiques bénéfiques pour le patient On attend qu'il - ait conscience de la dimension psychothérapeutique potentielle de l'écoute et de la présence du médecin - utilise dans le soin l'investissement affectif et l'attente relationnelle dont il est l'objet - entende dans le discours d'un patient les points d'appel évocateurs d'une difficulté psychologique ou affective - utilise ses compétences relationnelles et communicationnelles pour aider le patient à exprimer ses difficultés - aide le patient à se mettre en position de répondre à une difficulté psychologique et à trouver ses propres solutions, évite de répondre à la place du patient à ces difficultés - prenne du recul par rapport à son propre a priori de soignant, face aux positions subjectives du patient
- Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci On attend qu'il - tente de maintenir la relation avec le malade en particulier dans certaines situations critiques (agressivité, séduction, sympathie, rejet etc.) - s'interroge sur la nature des relations qu'il entretient avec les patients, - évalue les sentiments ou les émotions qu'il ressent pendant le traitement du malade comme une information possible sur le fonctionnement psychologique et relationnel de celui-ci - nomme ce qui pose problème entre le patient et lui-même dans la consultation et après celle-ci
- Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause. On attend qu'il - puisse expliquer au patient les mécanismes de son erreur - tente de

désamorcer le conflit qui pourrait en découler en laissant le patient exprimer son mécontentement et en le légitimant

- Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage On attend qu'il - se pose des questions sur sa façon de communiquer avec les patients, leur entourage et les intervenants soignants - qu'il analyse ses limites en matière de communication - se renseigne sur les formations possibles en fonction de ses limites perçues, - exprime le besoin d'une connaissance de soi pour développer la relation
- Met en œuvre avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient (voir compétence « Suivi, coordination des soins ») On attend qu'il - organise une communication efficace non hiérarchique à partir des problèmes de santé du patient dans le cadre de la coordination des soins - utilise les compétences de chaque intervenant, en particulier les intervenants para médicaux et médico sociaux, dans le cadre d'un travail d'équipe, centré sur le patient - fasse passer les intérêts du patient avant ceux des intervenants - garde une vision critique des décisions des autres intervenants même s'il lui est difficile de l'intégrer dans sa pratique

PROFESSIONNALISME

Définition : Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Composantes : C'est-à-dire en :

- En agissant avec altruisme, et sans discrimination, en favorisant l'accès équitable aux soins pour tous, en assumant ses responsabilités et en explicitant ses décisions en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts
- En respectant la personne humaine en tenant compte en premier lieu du mieux-être du patient et en favorisant son libre choix, son autonomie, et une réflexion éthique
- En fondant ses choix sur l'intérêt du patient, mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins
- En garantissant la confidentialité des échanges avec les patients
- En améliorant ses compétences professionnelles par l'identification de ses besoins de formation et intégrant ses acquis à sa pratique, en contribuant et en participant à la formation des professionnels de santé
- En collaborant avec les autres professionnels de soins dans le respect de leurs compétences
- En gérant son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle
- En gérant son outil de travail

DESCRIPTION DU NIVEAU NOVICE

- Entrevoit un projet professionnel. On attend qu'il - exprime ses représentations et ses inquiétudes concernant l'exercice de la médecine générale, - explicite un projet professionnel même s'il peut encore se questionner sur celui-ci
- Accepte son rôle d'interne. On attend qu'il - assure la fonction et les responsabilités de l'interne, - accepte la posture de médecin tout en revendiquant la supervision de seniors en cas de problèmes - participe au suivi du patient, avec les autres professionnels, en les respectant, dans une relation centrée médecin au prix de répercussions sur la vie personnelle
- Présente un engagement altruiste envers le patient. On attend qu'il - soit en mesure de réaliser un travail visant le bien être du patient dans une démarche centrée maladie avec un questionnement déontologique, et avec honnêteté. - soit il est en mesure d'opposer le secret médical aux tiers, mais plus difficilement à la famille ou aux autres soignants. - accepte toutes les demandes des patients qui font appel à lui. - communique avec le patient en utilisant un langage technique (cf communication) - ait conscience de sa responsabilité médico-légale.
- Participe aux formations théoriques et pratiques du DES. On attend qu'il - accepte le cadre réglementaire du DES, - cherche à augmenter ses connaissances biomédicales - explicite et justifie ses décisions sur des bases plutôt biomédicales, le plus souvent en appliquant des protocoles formalisés. - soit en mesure de citer les compétences de la médecine générale.

DESCRIPTION DU NIVEAU INTERMEDIAIRE

- Manifeste un engagement pour la médecine générale On attend qu'il - ait conscience de la place et du rôle médecin généraliste dans le système de soins. - identifie des capacités spécifiques à la médecine générale - prenne en compte les conséquences des coûts des soins pour le patient et pour la société dans certaines situations - explicite ses décisions par des données de soins primaires.
- S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques. On attend qu'il - organise son activité professionnelle en accordant un temps suffisant à chaque patient - intègre des données psychosociales et culturelles pour décider et favoriser le mieux-être du patient. - oppose le secret médical à tous les tiers non soignants (y compris la famille) - informe le patient en utilisant un langage adapté (cf communication). – recherche et prend en compte les choix du patient et accepte son autonomie. - assume et partage les responsabilités avec ses superviseurs.
- Prend conscience de besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences. On attend qu'il - soit en mesure de percevoir ses limites - fasse le lien entre des savoirs acquis et ceux utiles à mobiliser en situation authentique, - construise ses

compétences pour faire face aux situations de soins primaires par une analyse réflexive de sa pratique, - construisse une expérience professionnelle

- Définit des objectifs de formations en fonction de son projet professionnel. On attend qu'il - adapte sa formation à son projet professionnel et aux exigences du programme de DES en exprimant des besoins de formation
- Organise son temps de travail. On attend qu'il - ménage un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. - identifie les contraintes organisationnelles inhérentes à l'organisation de l'outil de travail ambulatoire.

DESCRIPTION DU NIVEAU COMPETENT

- Assume sa responsabilité envers le patient et la société. On attend qu'il - partage la responsabilité des décisions avec le patient. - intègre dans ses décisions une gestion pertinente des ressources de soins. - s'interroge sur ses possibles conflits d'intérêts - respecte les règles déontologiques, légales, d'honnêteté,
- Collabore avec les autres soignants. On attend qu'il - collabore avec les autres professionnels pour le mieux-être du patient. - recherche l'accord du patient pour la transmission d'informations aux autres soignants. (cf communication et suivi coordination)
- Organise son outil et son temps de travail. On attend qu'il organise son emploi du temps pour faciliter l'accès aux soins. - ménage un équilibre entre vie professionnelle et personnelle. - prenne en compte les impératifs comptables en fonction des contextes d'exercice.
- Améliore ses compétences. On attend qu'il - analyse sa pratique - déduise de cette analyse ses besoins de formation et de progression. - intègre ses acquis dans sa pratique.
- Prend en charge le patient avec altruisme. On attend qu'il - fasse preuve d'altruisme, - privilégie l'autonomie et le choix du patient. - exprime des dilemmes éthiques - assume ses choix en acceptant que l'éthique du patient soit différente de la sienne.
- S'implique dans le rayonnement de la discipline. On attend qu'il - commence à participer à des actions en vue du rayonnement de la discipline.

Annexe 3 : Mail envoyé aux maîtres de stage et aux internes de médecine générale de Bourgogne

- Mail envoyé aux internes :

Bonjour,

Tu es déjà passé ou es actuellement en SASPAS ? Ce mail est pour toi. Je me permets de t'envoyer ce mail sollicitant ton aide, tes idées pour enrichir le stage de SASPAS.

J'effectue ma thèse sur le thème « **création d'un livret d'exercices pédagogiques pratiques à l'usage de l'interne en SASPAS** », avec le Dr François MORLON.

L'idée ?

Créer donc un livret d'une trentaine d'exercices qui viendraient enrichir la supervision indirecte des consultations telle qu'on la connaît actuellement. Le MSU pourrait par exemple donner à l'interne en SASPAS un ou deux exercices du livret à mettre en application durant sa journée de consultation en autonomie, et le bilan de l'exercice pourrait être analysé avec le MSU lors de la supervision indirecte.

*Justement ce mail je te l'envoie pour ça : aurais-tu **des idées** d'exercices qui te paraissent pertinents à donner à un interne en SASPAS pour qu'il devienne plus compétent en médecine générale ? des exercices très pratiques et concrets que tu aurais aimé qu'on te donne à faire lors de ton stage pour t'améliorer ? Des idées ou même bien sûr ébauches, suggestions, inspirations, thèmes....*

Merci d'avance pour ta réponse !

Alice CHERBUY, interne
alice.cherbuy@wanadoo.fr

- *Mail envoyé aux maîtres de stage :*

Bonjour à tous,

Après le carnet d'exercices pédagogiques pour les externes en stage chez le praticien, puis pour les internes de premier niveau..... voici venu le temps du carnet d'exercices à l'usage des internes en SASPAS !

Je m'appelle Alice CHERBUY, je suis interne en fin de 5 ème semestre et j'effectue avec François Morlon un travail de thèse visant à élaborer ledit carnet.

L'idée ?

Créer un outil pédagogique supplémentaire à l'usage du MSU accueillant un interne en SASPAS, complémentaire et différent de la seule supervision indirecte, sous la forme d'un carnet regroupant une trentaine d'exercices pratiques.

Les exercices ?

Chaque exercice permettrait de travailler une/des compétences de médecine générale telles que définies par le CNGE. Les exercices seraient pratiques, réalisables par l'interne pendant ses journées de consultations en autonomie, et leurs résultats pourraient être discutés et analysés avec le MSU pendant la période de supervision indirecte.

L'objectif ?

Pour l'ensemble des compétences de médecine générale, permettre à l'interne au cours de son stage de passer du niveau « intermédiaire » au niveau « compétent » (voir l'article ci-joint « Niveaux de compétences » paru dans la revue Exercer)

L'objet du mail ?

Vos idées ! Nous sommes à l'affût de vos idées d'exercices pratiques, que vous les mettiez actuellement en pratique avec vos internes en stage, ou qu'elles soient de simples suggestions, inspirations, idées, thèmes, visions, ébauches ...

D'avance merci à tous pour vos réponses,

Alice CHERBUY, interne
alice.cherbuy@wanadoo.fr

Annexe 4 : Suggestions des maîtres de stage et internes de médecine générale de Bourgogne concernant le contenu des exercices pédagogiques

4 MSU répondant sur 210 consultés.

4 IMG répondant sur 42 consultés

En italique : les suggestions effectivement utilisées lors de la constitution du livret d'exercices

Suggestions des internes en médecine générale :

Interne répondant numéro 1 :

- exercice sur le suivi, la mise en route et l'adaptation d'une insulinothérapie chez un diabétique
- apprentissage de la réalisation du test de Ruffier Dickson et du test du tabouret pour la délivrance d'un certificat de non contre-indication au sport
- apprentissage de la mésothérapie et infiltrations
- apprentissage de la pose et du retrait d'un dispositif intra-utérin
- apprentissage de la pose et du retrait d'un implant contraceptif
- exercice sur la réalisation et l'interprétation d'un électrocardiogramme
- exercice sur l'examen clinique d'une épaule douloureuse
- *exercice sur la gestion d'une urgence (appel du 15..)*
- exercice sur la gestion d'une consultation « psychiatrique »
- *exercice sur la consultation avec un patient polypathologique (HTA, diabète, angor, hypercholestérolémie, insuffisance rénale...) : inventaire complet, examen clinique, suivi selon les recommandations*
- exercice sur l'adaptation d'un traitement anti-hypertenseur
- apprentissage de l'examen clinique d'une lombo-radiculalgie
- exercice sur la prise en charge de vertiges
- apprentissage de la rédaction d'un protocole de soins, d'un certificat d'accident de travail, d'une demande de cure thermale...
- exercice sur l'examen clinique du nourrisson
- exercice sur l'éducation nutritionnelle d'une personne diabétique, dyslipidémique, atteinte de goutte...
- exercice d'entraînement à mener une consultation en 15 minutes
- apprentissage de la réalisation d'un frottis cervico-vaginal
- apprentissage de la réalisation d'un test de diagnostic rapide (strepto-test)
- exercice sur l'adaptation d'un traitement anticoagulant suite aux résultats biologiques d'INR

Interne répondant numéro 2 :

- exercice sur la relation médecin-patient : le regard patient/ordinateur : évaluer le temps passé pour chaque consultation à regarder le patient ou l'ordinateur sur chaque consultation d'une journée, et le ressenti du patient.
- *exercice sur la gestion d'un appel pour une urgence*
- exercice de gestion des appels pendant une consultation (une journée sans secrétaire)
- *exercice de suivi des patients : revoir un patient en donnant directement rendez-vous*
- apprentissage à réaliser des visites à domicile
- *exercice de gestion d'une urgence non programmée (par exemple plaie, suture) dans une journée déjà très chargée*

Interne répondant numéro 3 :

- faire des ordonnances minimalistes pendant une journée (sans pivalone pour une rhinite ou maxilase pour une pharyngite par exemple)
- *essayer d'enlever un médicament à chaque renouvellement d'ordonnance comportant au moins 6 traitements*

Interne répondant numéro 4 :

- organiser au sein du SASPAS la présence de l'interne une demi-journée par semaine chez un spécialiste pour se perfectionner (gynécologue, endocrinologue, dermatologue ...)

Suggestions des maîtres de stage :**MSU répondant numéro 1 :**

Effectue peu de prescriptions pédagogiques, laisse l'interne trouver seul une solution à ses difficultés

MSU répondant numéro 2 :

Pas d'exercices programmés, mais des situations qui se présentent concrètement et qui doivent être évaluées et réalisées comme :

- *une situation d'urgence et sa gestion*
- l'admission d'un malade à l'hôpital après diagnostic d'orientation (incluant contact avec le service ou le médecin, l'appel du moyen de transport...)
- *le problème médico-social complexe avec contact avec les réseaux sociaux (famille, assistante sociale, organisme d'aide à la personne...)*
- les situations de dossiers médicaux complexes
- l'utilisation de mannequins pédagogiques avec les pompiers pour situation d'urgence.

MSU répondant numéro 3 :

Un seul exercice par jour et pas tous les jours

- *poser une même question de prévention à tous les patients (par exemple : tabac, alcool, partenaires multiples dans l'année, vaccins etc)*
- *chercher un item dans chaque dossier patient et le compléter si besoin (exemple : frottis, hémocult, vaccin...)*
- *interdiction de finir une consultation en moins de 20 minutes (doit trouver d'autres choses à faire que la plainte initiale du patient)*
- remplir la fiche des quatre items (plainte, demande, attente, besoin) pour chaque patient
- présentation lors du débriefing d'une consultation tirée au sort avec la grille du groupe de pairs
- parler au MSU d'une difficulté dans au moins 3 champs : médical, administratif, informatique, relationnel...

MSU répondant numéro 4 :

- coder les consultations selon le référentiel proposé par la société française de médecine générale
- écrire en conclusion des consultations les différents problèmes rencontrés et traités (démarche holistique)
- *essayer de trouver les déterminants sociaux et environnementaux du patient afin de sensibiliser l'interne à une prise en charge globale du patient et de sa santé*
- déterminer les pieds fragiles des personnes âgées selon un formulaire (OUI/NON) établi à partir de la recommandation HAS

TITRE DE LA THESE : Elaboration d'un livret d'exercices pédagogiques pratiques à destination des internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée et de leurs maîtres de stage.

AUTEUR : Alice CHERBUY

RESUME :

Contexte : L'enseignement universitaire actuel de la médecine générale en France a pour but de former des praticiens autonomes et réflexifs. Il se base sur une méthode d'apprentissage par compétences, issue des théories constructivistes. Le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) est l'occasion pour l'interne de renforcer ses compétences professionnelles, par la confrontation en autonomie aux grandes familles de situations cliniques représentatives de la discipline.

Objectif : Il s'agissait d'élaborer un livret d'exercices pédagogiques pratiques à destination des internes en SASPAS. Cet outil formatif se voulait exploitable par l'interne en situation de consultation en soins premiers. Le but était de faciliter l'acquisition contextualisée des six compétences génériques de la profession définies par le Collège National des Généralistes Enseignants.

Méthode et résultats : Nous avons consulté par mail les maîtres de stage et les internes de médecine générale rattachés à la faculté de Dijon, pour recueillir leurs suggestions concernant le contenu des exercices pédagogiques. Vingt-trois exercices ont été ensuite élaborés par une interne de médecine générale. Leur contenu a été évalué par une équipe d'enseignants. Un argumentaire pédagogique a été créé, décrivant pour chaque exercice : les moments de consultation et les familles de situations cliniques ciblés, les compétences abordées, le niveau de compétence de l'exercice assorti de descripteurs de niveau, le type de savoir mobilisé, ainsi qu'un exemple de résultat d'exercice. Sept exercices issus de travaux antérieurs d'une équipe dijonnaise ont été intégrés au livret. Chaque exercice tentait d'orienter la réflexivité de l'interne en situation réelle sur une ou plusieurs compétences de médecine générale. Leur bilan devait être ensuite réalisé avec le maître de stage lors de la supervision indirecte.

Conclusion : Notre travail a permis la création d'un livret de trente exercices pédagogiques exploitables par les internes en SASPAS. La diffusion de ce livret aux maîtres de stage devrait permettre de fournir un support pédagogique contextualisé ayant pour finalité une supervision indirecte enrichie.

MOTS-CLES : pédagogie ; stage pratique guidé ; étudiants médecine ; soins de santé primaires ; compétence professionnelle.