

Interne : Nom prénom
Novembre 20XX – Avril 20XX

Journal de bord

Stage :

Agrément pour le DES de médecine générale :

Semestre : 1

Date de validation de ce travail en entretien avec le tuteur :

Commentaire [CS1]: A renseigner

Commentaire [CS2]: Ce travail ne sera validé qu'après entretien avec le tuteur

Item 1 : Situations cliniques inédites de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage (1/5)

Le 18/12/2011, Entorse de cheville et utilisation des critères d'Ottawa

Date, titre

Etc.

Commentaire [CS3]: Ce chiffre correspond au nombre minimum d'item 1 à faire ce semestre

Commentaire [CS4]: Les dates et titres des items 1 sont reportés ici par ordre chronologique

Item 2 : Prescriptions médicamenteuses nouvelles (0/3)

Item 3 : Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés (0/1)

Item 4 : Difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage (0/2)

Item 5 : Procédures médico administratives (0/1)

Item 6 : Situations de soins non programmés vous ayant posé problème (0/1)

Item 7 : Pratique de gestes techniques utiles en soins primaires (0/1)

Item 8 : Evaluation par le senior de la compétence à communiquer avec le patient selon les critères de la grille Calgary simplifiée (0/1)

Item 9 : Exemples de l'apport d'articles de la littérature utiles pour réévaluer la décision (0/2)

Item 10 : Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utile pour modifier votre décision (0/2)

Le 18/12/20XX

Item 1 : Situations cliniques inédites de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage

Entorse de cheville et utilisation des critères d'Ottawa

Mme B, 23 ans consulte aux urgences pour douleur de la cheville droite suite à un traumatisme en varus forcé lors d'un match de badminton le jour même. Elle a entendu un craquement lors du traumatisme et a ressenti une douleur immédiate entraînant une impotence fonctionnelle totale. La douleur était intense avec une EVA à 7/10.

A l'examen clinique j'ai constaté un œdème en regard de la malléole externe de la cheville droite, avec une douleur à la palpation de cette malléole. La palpation de la base du 5^e métatarsien n'était pas douloureuse ni la palpation du calcaneum. L'appui était impossible. Il n'y avait pas d'hyperlaxité ligamentaire.

Mes hypothèses diagnostiques étaient une fracture de la malléole externe ou une entorse du ligament latéral externe de la cheville droite. Je ne me souvenais plus très bien des critères d'Ottawa pour prendre la décision de réaliser ou non une radiographie de cheville.

J'ai donc lu l'actualisation 2004 de la conférence de consensus sur l'entorse de cheville dans les services d'urgence, trouvée sur le site http://www.sfm.u.org/documents/consensus/actualisation_entorse.pdf.

Une radiographie de la cheville est justifiée pour tout patient présentant une douleur de la région malléolaire suite à un mécanisme de traumatisme en inversion du pied si l'examen retrouve une incapacité à se mettre en appui immédiatement et au SAU (impossibilité de faire 4 pas), et/ou une sensibilité à la palpation osseuse du bord postérieur ou de la pointe de l'une des 2 malléoles sur 6 cm. Une radiographie de l'avant-pied est justifiée devant l'incapacité de se mettre en appui et/ou devant une sensibilité à la palpation osseuse de la base du 5^e métatarsien et/ou du scaphoïde.

Ces critères restent pertinents selon l'actualisation de la conférence de consensus pour demander un bilan radiologique, y compris chez l'enfant et l'adolescent mais cela reste discuté (les anciennes recommandations limitaient ces critères à la tranche d'âge 18-55 ans).

Je suis retournée examiner ma patiente qui présentait bien une douleur à la palpation de la face postérieure et de la pointe de la malléole externe sur plus de 6 cm. La palpation du scaphoïde n'était pas douloureuse. D'autre part l'appui était impossible, il y avait donc 2 critères réunis pour demander une radiographie de cheville, sachant qu'un seul critère suffit. J'ai demandé une radio de cheville droite incidence face + face à 20° de rotation interne, qui n'a finalement pas montré de trait de fracture, j'ai donc conclu à une entorse du LLE que j'ai évaluée comme de gravité moyenne (devant le craquement, l'œuf de pigeon et l'impotence mais sans laxité retrouvé à l'examen) et prescrit une contention, glace, repos, surélévation, antalgiques, attelle pour les premiers jours avec poursuite de attelle pour 3 semaines.

Cette situation clinique m'a permis de me remémorer et d'utiliser les critères d'Ottawa que j'avais oublié depuis l'apprentissage théorique à la fac, et d'apprendre qu'ils sont utilisables également chez l'enfant et l'adolescent, ce que je ne savais pas. Je suis plus à l'aise pour l'indication de la radio en cas d'entorse.

Commentaire [CS5]: Oui ! La situation est datée

Commentaire [CS6]: Oui le numéro de l'item et son intitulé son notés

Commentaire [CS7]: Oui, il y a un titre et celui ci renseigne clairement sur la nature de l'apprentissage réalisé

Oui il s'agit bien d'une situation clinique de soins, en lien avec les soins primaires et de prévalence importante

Oui la trace ne fait pas plus d'une page

Commentaire [CS8]: Parfait !

En effet le texte doit être en police 11, interligne simple (1,15), aligné à la marge à droite et à gauche (fonction « justifier » du logiciel de traitement de texte).

En effet les marges doivent être de 2,5

Et oui, toutes les situations du JDB sont compilées par ordre chronologique en un seul fichier « .doc »

Commentaire [CS9]: Oui, le tableau clinique est bien décrit

Commentaire [CS10]: Oui, la démarche clinique est bien décrite

Commentaire [CS11]: Oui, des solutions adéquates sont rapportées

Et il n'y a pas de copier-coller ni de recopiage de la source, ni d'inutiles illustrations

Commentaire [CS12]: Oui, la solution est conclue par une synthèse concise de l'apprentissage effectué

Le 9/11/20XX

Item 2 : Prescriptions médicamenteuses nouvelles.

Seroplex° et grossesse.

Mme D âgée de 31 ans consulte parce qu'elle est inquiète au sujet de sa grossesse. Elle a comme antécédents : un état anxieux traité par seroplex° depuis septembre 2010, un tabagisme actif, une IVG en 2008. Elle prend comme du seroplex° 15 mg et du lexomil° 1/2 comprimé le matin avant d'aller au travail. Elle consulte donc à 1 mois de grossesse suivi en gynécologie. Il s'agit d'une grossesse désirée. Elle a peur de faire de l'hypertension car elle a regardé sur Internet et elle a des bouffées de chaleur, des tremblements, un rétrécissement du champ visuel et des palpitations survenant par crises. Ses crises arrivent surtout lorsqu'elle est au travail. Elle est vendeuse dans un grand magasin et aujourd'hui c'est le premier jour des soldes et elle sait que ce sera trop dur pour elle avec tous ces symptômes. D'autre part, elle trouve qu'elle a grossi et se demande si c'est normal. Elle fait 1,70 cm environ et pèse 53 kg. L'examen clinique retrouve un poids inchangé depuis le début de la grossesse, la TA : 125/71 mmHg, examen clinique tout à fait normal. Champ visuel tout à fait normal. Je la rassure donc sur l'hypertension et lui dit que son poids n'a pas changé et que c'est normal que son ventre grossisse. Je lui dis qu'il s'agit de manifestation d'anxiété typique. Elle voulait diminuer son traitement par seroplex° vu qu'elle est enceinte mais en regardant sur le site du CRAT, je vois qu'il n'y a aucune contre-indication pendant la grossesse et je lui reconduis ce médicament que je prescris pour la première fois.

Commentaire [m13]: Oui, le contexte de prescription est bien décrit

Seroplex° Source : <http://www.sante.gouv.fr/medicaments,1969.html>

DCI : escitalopram

Classe thérapeutique : Antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS).

Equivalents : citalopram, paroxétine, sertraline, fluoxétine, etc.

Les indications sont le traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés), le traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie, le traitement du trouble « anxiété sociale » (phobie sociale), le traitement du trouble anxiété généralisée et le traitement des troubles obsessionnels compulsifs.

Les contre-indications sont :

Allongement de l'intervalle QT

Enfant de moins de 6 ans

Il est déconseillé de le prendre dans les cas suivants :

Enfant de 6 à 18 ans

Epilepsie non contrôlée

Allaitement

Consommation d'alcool

Les effets indésirables sont très nombreux, les plus fréquents sont :

Anxiété, impatience, Rêves anormaux, insomnie, somnolence

Perte ou augmentation d'appétit, Prise de poids

Sensation vertigineuse

Paresthésie

Tremblement

Céphalée

Nausée, Diarrhée, Constipation, Vomissement

Fatigue, Fièvre

Avis de la Commission du 19 mars 2008 : Le Service Médical Rendu par est modéré et l'amélioration du service médical rendu est de niveau 5 donc nulle.

Avis de la revue Prescrire (LA REVUE PRESCRIRE NOVEMBRE 2008/TOME 28 N° 301 PAGE 820) : L'escitalopram, un isomère du citalopram (Seropram® ou autre), n'apporte rien de plus que les autres inhibiteurs dit "sélectifs" de la recapture de la sérotonine (IRS) aux patients atteints de troubles obsessionnels compulsifs.

Conclusion : Lorsque je devrai initier un traitement antidépresseur, je n'utiliserai pas de seroplex® mais plutôt la paroxétine ou le citalopram.

Le 05/01/20XX

Item 3 : Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés
Acouphènes sous fluoxétine

Lors d'une consultation où j'étais présente comme observatrice, mon maître de stage reçoit Mr R. 46 ans. Il est sous fluoxétine depuis 4 mois pour un syndrome dépressif réactionnel à des soucis personnels et au travail. Ces problèmes sont aujourd'hui réglés et il dit aller beaucoup mieux. Il a même diminué son traitement à ½ cp par jour depuis 15 jours. Il souhaite maintenant l'arrêter totalement. Après discussion avec mon maître de stage, l'arrêt du traitement par pallier est décidé.

À la fin de la consultation, Mr R. demande un avis concernant des acouphènes intermittents, isolés présents depuis environ 4 mois. Mon maître de stage retrouve un examen normal et rassure donc le patient sans pouvoir expliquer ni résoudre le problème. De mon côté, comme quelques jours avant j'avais rédigé une trace d'apprentissage sur la paroxétine et que j'avais appris que ce traitement pouvait être responsable d'acouphènes, je me demandais si c'était également le cas de la fluoxétine. Comme je n'étais là que comme observatrice et que je n'avais sur le moment aucun moyen de le confirmer, j'ai attendu que la consultation se termine pour en parler à mon maître de stage et faire une recherche.

Responsabilité : D'après le site médicaments.gouv.fr (site consulté le 07/01/20XX) les acouphènes sont effectivement un effet secondaire possible de la fluoxétine. Cette hypothèse est donc tout à fait envisageable chez Mr R., d'autant plus que leur apparition coïncide avec l'introduction de ce traitement. Il est par contre difficile de dire si une autre étiologie est envisageable étant donné que les acouphènes sont généralement isolés... et sans étiologie.

Evaluation de la balance bénéfique/risque : Il y a quelques mois, Mr R. présentait un syndrome dépressif majeur qui selon les recommandations de la HAS, justifiait l'introduction d'un traitement. Les acouphènes sont un effet secondaire mineur, qui peut néanmoins être très désagréable pour les patients. Ici la balance bénéfique risque me semble rester favorable.

Alternative : Si la poursuite du traitement (ou sa reprise) avait été jugée nécessaire, et que le patient avait manifesté une vraie gêne, on aurait pu lui proposer de modifier l'antidépresseur par du citalopram par exemple.

Commentaire [m14]: Oui, il est fait mention :
• Des dénominations communes (DC) Des classes thérapeutiques
• Des équivalents.
• D'une sélection raisonnée, utile et hiérarchisée des indications, des contre-indications et des éventualités iatrogènes.
• D'une synthèse argumentée de l'avis de la commission de transparence
• Du SMR et de l'ASMR
De l'avis de la revue Prescrire

Commentaire [m15]: Oui Une synthèse des apprentissages conclut le travail

Commentaire [CS16]: Très bien, idem commentaires 5 à 8

Commentaire [CS17]: Oui, la responsabilité est analysée

Commentaire [CS18]: Oui, les rapports bénéfices risques des interventions à l'origine de la iatrogénie sont évalués

Commentaire [CS19]: Oui les solutions exposées pour les éviter sont pertinentes

Synthèse : la iatrogénie n'est pas toujours aussi évidente qu'une éruption cutanée, elle prend parfois le masque d'une pathologie classique.

Commentaire [CS20]: Oui une synthèse argumentée des apprentissages conclut le travail

Le 15/01/20XX

Item 4 : Difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage

Patiente incomprise

Commentaire [CS21]: Très bien, idem commentaires 5 à 8

En effet la trace peu légèrement dépasser une page si c'est vraiment nécessaire

Mme R, 41 ans, consulte pour un mal de gorge évoluant depuis la veille. Elle est traitée depuis 5 jours par amoxicilline. Le traitement par amoxicilline a été prescrit par un autre médecin actuellement en vacances et les symptômes qui avaient motivés cette consultation m'évoquent une rhinopharyngite. Par ailleurs Mme R est enceinte de 6 mois, je lui demande s'il n'est pas trop difficile de continuer à travailler, étant donné les circonstances, elle me répond que non.

L'examen clinique ne révèle rien de particulier, je pense qu'il s'agit d'une rhinopharyngite d'évolution banale, je fais tout de même un streptotest pas acquis de conscience mais je m'attends à un résultat négatif étant donné le traitement par amoxicilline. Le résultat du streptotest est bien négatif.

Nous nous rasseyons au bureau et Mme R sort son chéquier, je lui dis que la consultation n'est pas terminée et lui explique que je pense que le traitement par amoxicilline n'est pas nécessaire étant donné l'absence d'amélioration avec ce traitement et que je ne suis pas sûre qu'un autre traitement antibiotique changerait l'évolution de la maladie. Cependant ayant un léger doute sur la conduite à tenir, je demande tout de même l'avis de mon maître de stage qui me conseille d'arrêter le traitement antibiotique et de continuer avec du paracétamol seul.

Lorsque je retourne voir Mme R, qui m'attend debout, pour lui expliquer la suite de la prise en charge, celle-ci s'énerve, alors qu'elle était calme et souriante jusque là, et me dit « J'ai perdu 2h pour rien, je suis attendue en réunion! ». J'essaye de lui expliquer que prescrire un autre traitement ne changera rien à l'évolution de la maladie, elle me répond qu'elle est fatiguée et qu'elle a besoin d'un traitement, je lui propose alors un arrêt de travail qu'elle refuse. Je finis par céder et lui prescris un traitement par Azithromycine en lui expliquant que cela ne changera probablement rien à son état. Lorsqu'elle quitte le cabinet, elle est visiblement très mécontente.

Après la consultation je suis interloquée, je ne comprends pas ce qui s'est passé et me demande ce que j'ai fait pour que Mme R se mette dans une telle colère.

Commentaire [CS22]: Oui, les difficultés relationnelles sont rapportées et datées. Leurs contextes de survenue sont décrits précisément

Genèses

-Mme R est pressée et je n'ai pas remarqué les signaux de communication non verbale de son empressement : elle sort son chéquier juste après l'examen, elle m'attend debout. Elle est donc prête à partir alors que la consultation n'est pas encore terminée pour moi.

-Elle a déjà eu un traitement censé être curatif (un antibiotique) pour soigner son affection mais celui-ci n'a pas fonctionné. Elle est donc venue chercher un traitement efficace et « je m'oppose » à elle en disant qu'elle n'aura pas ce traitement puisqu'il n'existe pas.

-Elle ne veut pas s'arrêter de travailler, son travail semble prenant et important à ses yeux (« j'ai perdu 2 heures pour rien »).

Commentaire [CS23]: Oui, les genèses sont analysées précisément

Conséquences

-Mme R est mécontente et déçue, et elle l'exprime ouvertement.

-Je suis stressée, je ne m'attendais pas à une telle colère de la part de la patiente étant donné que la consultation de passait bien jusque là. Je finis par céder à sa demande et donc par prescrire un traitement inutile parce que je ne sais plus quoi faire

Commentaire [CS24]: Oui les conséquences sont analysées

Alternatives

J'aurais pu mieux explorer le contexte et les croyances de la patiente. Elle était enceinte et malade, un arrêt de travail me paraissait justifié dans ce contexte, la patiente ne partageait pas cet avis, j'aurais pu donc lui demander pourquoi son travail passait avant sa santé. Par ailleurs elle semblait avoir la croyance qu'il existait un traitement qui pourrait la débarrasser de la maladie, si j'avais exploré cette croyance mon message concernant le traitement serait peut-être mieux passé. Ces alternatives n'auraient peut-être pas empêché la colère de la patiente mais m'auraient peut-être évité de prescrire un traitement inutile (donc avec une balance bénéfique risque défavorable). Autre alternative : dès qu'il est perçus que la patiente est pressée : aller à l'essentiel et dire les choses carrément, au moins on n'ajoutera pas de perte de temps à sa frustration.

Commentaire [CS25]: Oui, des alternatives relationnelles sont élaborées

Cette situation m'a appris que les attentes du patient et du médecin vis à vis de la consultation pouvaient être très différentes et qu'il fallait être attentif aux demandes du patient et aux signes de désaccord. Non pas que les attentes du patient soient toujours légitimes, mais que si elles ne sont pas comprises, de toute façon on ne fera rien de très bon.

Commentaire [CS26]: Oui, Une synthèse argumentée des apprentissages conclut le travail

Le 17/01/20XX

Item 5 : Procédures médico administratives

Reprise du travail à temps partiel

Commentaire [CS27]: Très bien, idem commentaires 5 à 8

Mme V, 53 ans, vient en consultation pour plusieurs motifs: des brûlures mictionnelles non fébrile évoluant depuis 4 jours et une demande de mise sous « mi-temps thérapeutique ». L'examen clinique est en faveur d'une cystite pour laquelle j'institue une antibiothérapie. Concernant la demande de « mi-temps thérapeutique », Mme V justifie sa demande par le fait qu'elle vit une situation difficile au travail, son employeur est également son mari et l'entreprise est en difficulté, ce qui a également un retentissement sur leur vie conjugale. En raison de cette situation Mme V a développé un syndrome dépressif, elle me dit avoir eu des idées suicidaires récemment mais elle n'en a plus actuellement. Elle ne veut pas s'arrêter de travailler mais souhaiterait passer moins de temps à son travail car la situation est devenue toxique pour elle. Après avis de mon maître de stage, je lui explique qu'elle doit d'abord faire l'objet d'un arrêt de travail à temps plein pour pouvoir demander une reprise à temps partiel. Je propose donc un arrêt de travail à Mme V pour une semaine et de la revoir une semaine plus tard pour faire le point et la demande de reprise du travail à temps partiel.

La reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique est en fait une prolongation d'arrêt maladie à temps partiel

-Fait obligatoirement suite à une période d'arrêt de travail à temps plein.

-La prescription se fait par le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt de travail antérieur, sur les mêmes formulaires CERFA qui servent à la prescription de l'arrêt de travail, une zone du formulaire est dédiée à cette demande.

-Elle doit être justifiée médicalement et reconnue comme favorisant l'amélioration de l'état de santé du patient.

-Doit avoir reçu l'accord du service médical de l'assurance maladie

-Est également soumise à l'accord de l'employeur.

Commentaire [CS28]: Oui, les procédures médico administratives sont décrites et datées. Elles sont applicables à des patients pris en charge en ambulatoire, listant clairement les étapes à effectuer

Avantages

-Le pourcentage d'activité est fixé par le médecin traitant.

-Est censée favoriser l'amélioration de l'état de santé du patient.

-La perte de salaire est indemnisée par l'assurance maladie.

Commentaire [CS29]: Oui il est fait mention des avantages pour le patient

Inconvénients

-La répartition des heures de travail est décidée conjointement entre l'employeur et l'employé, ce qui implique dans certains cas que le patient ait à donner des informations sur sa santé à son employeur.

-La procédure demande de nombreux accords.

-La prescription ne concerne que le temps de travail et non les conditions de travail.

Commentaire [CS30]: Oui il est fait mention des inconvénients pour le patient

Synthèse : J'ai appris les conditions et les modalités de prescription d'un arrêt à temps partiel.

Commentaire [CS31]: Oui, une synthèse argumentée des apprentissages conclut le travail

Source : <http://www.ameli.fr/> (page consultée le 20/01/20XX).

Le 10/02/20XX

Item 6: Situations de soins non programmés vous ayant posé problème

Éliminer une pathologie grave devant un enfant ayant des vomissements fébriles

Commentaire [CS32]: Très bien, idem commentaires 5 à 8

Je reçois en consultation Maël âgé de 3 ans. Celui-ci présente depuis 24h de la fièvre associée à des vomissements, il se plaint également de douleurs abdominales. Sa mère m'explique qu'elle-même a fait un épisode de gastroentérite il y a 3 semaines lors duquel elle a eu des céphalées de la fièvre, des vomissements et une diarrhée. Cet épisode a duré 2 semaines. La sœur de Maël a également présenté le même épisode il y a 2 semaines, elle présente toujours des douleurs abdominales.

Commentaire [CS33]: Oui il s'agit bien d'une situation de soin non programmé issue de garde ou de l'activité quotidienne qui est décrite et datée, en lien avec les soins primaires Et qui ne concernent pas des urgences vitales

À l'examen Maël semble assez fatigué mais est bien éveillé et communicant, il ne présente pas de marbrures, les extrémités sont chaudes, les bruits du cœur sont réguliers sans souffle, non tachycardes. L'abdomen est souple et dépressible, sensible dans son ensemble, les bruits hydro-aériques sont nombreux. La muqueuse buccale est bien humide. L'auscultation pulmonaire est claire. La nuque est souple, il n'y a pas de signe de Koernig ni de signe de Brudzinski, il n'y a pas de photophobie ni de phonophobie, les réflexes ostéotendineux et la marche sont normaux. Il n'y a pas de signes fonctionnels urinaires.

Étant donné l'absence de signes méningés j'exclus une méningite devant ce tableau de vomissements fébriles. Étant donné l'absence de signes de gravité et l'examen abdominal rassurant j'exclue également un tableau d'abdomen chirurgical. Le diagnostic de

pneumopathie me paraît peu probable devant l'absence de symptômes pulmonaires. Je pense donc à un syndrome infectieux viral soit un début de gastro-entérite, bien que le début des symptômes soit survenu à distance de ceux de la mère et de la sœur de Maël, soit une autre infection virale qui est tout à fait possible étant donné l'absence de spécificité des symptômes présentés par Maël. Je me dis que ces symptômes pourraient également être un début d'infection bactérienne mais étant donné que les symptômes sont présents depuis seulement 24h je décide de ne pas faire d'examens complémentaires et de prescrire un traitement symptomatique pour Maël. Néanmoins je ne suis pas sûr de moi...

Commentaire [CS34]: Oui le tableau décrit la démarche et la décision et, plus précisément, en quoi le caractère non programmé les influence

Après avis de mon maître de stage qui valide mon attitude, j'explique donc à la mère de Maël mes hypothèses et fait une ordonnance comprenant du paracétamol à visée antipyrétique et antalgique, de la Dompéridone à visée antiémétique et du Racécadotril au cas où une diarrhée apparaîtrait. Je donne des conseils de surveillance à la mère de Maël et lui rappelle que mon maître de stage et moi sommes disponibles par téléphone ou par mail si elle a besoin de poser une question.

Commentaire [CS35]: Oui, des solutions adéquates sont rapportées

Je n'avais pas de diagnostic précis concernant les symptômes de Maël. Il me semblait important d'éliminer en priorité des tableaux graves (méningite, état de choc, urgence chirurgicale) et ensuite de traiter les symptômes présentés par Maël et surtout de surveiller l'évolution car je ne pouvais pas affirmer avec certitude à l'examen que Maël n'avait pas d'infection bactérienne nécessitant un traitement par antibiotique mais il n'était pas non plus justifié de prescrire un traitement antibiotique à l'aveugle. Ici j'ai appris à prendre une décision en situation d'incertitude en m'appuyant sur des arguments cliniques.

Commentaire [CS36]: Oui la situation est conclue par une synthèse argumentée concise et pertinente des apprentissages

Le 03/03/20XX

Item 7 : Pratique de gestes techniques utiles en soins primaires

Evacuation d'un kyste séborrhéique

Commentaire [CS37]: Très bien, idem commentaires 5 à 8

Je vois en consultation Mme V, 36 ans. Elle vient pour un kyste séborrhéique pectoroaxillaire droit. Ce kyste avait déjà été évacué il y a plusieurs années par chirurgie. Depuis plusieurs mois le kyste est à nouveau présent, Mme V est gênée par ce kyste et me demande si je peux m'en occuper. Après évaluation avec mon maître de stage nous décidons de vider le kyste.

Commentaire [CS38]: Oui, le tableau clinique est bien décrit

Evacuation du kyste

-Mme V est installée en décubitus dorsal, son bras droit est placé derrière sa tête.

-Je désinfecte la peau autour du kyste avec de la Bétadine®.

-Je fais une anesthésie locale avec de la xylocaïne et incise le kyste avec une lame de bistouri. J'évacue le contenu du kyste à l'aide d'une curette et je referme ensuite la plaie à l'aide de pansements Stéristrips®.

Commentaire [CS39]: Oui la démarche médicale est bien décrite

Alternative : abstention thérapeutique

Commentaire [CS40]: Oui, il est fait mention d'une alternative

Ce geste en apparence simple m'a posé une difficulté : lors de la réalisation de l'anesthésie locale la xylocaïne est ressortie du kyste sous forme de projection et j'en ai reçu sur le front et les lunettes, si je n'avais pas eu mes lunettes j'aurais reçu la xylocaïne dans l'oeil ce qui aurait donc constitué un accident d'exposition à un liquide biologique.

Cet incident ne me motive pas à arrêter ce type de geste en soins ambulatoire, la contamination peut facilement être évitée en portant des lunettes de protection (je portais mes lunettes de vue pendant le geste).

Commentaire [CS41]: Oui, les difficultés sont mentionnées ainsi que les stratégies mises en oeuvre pour les éviter

J'ai donc appris à inciser un kyste séborrhéique et à soulager une patiente assez facilement. Cependant je me rend compte qu'il y a des risques d'exposition au sang et aux liquides biologiques en soins ambulatoire et leur prise en charge me paraît moins simple qu'à l'hôpital. En effet si j'avais eu ce type d'accident à l'hôpital j'aurais pu aller directement aux urgences de l'hôpital alors qu'en ville ce type d'accident m'imposerait d'arrêter les consultations pour aller à l'hôpital, ce qui peut-être compliqué en pratique. Ce qui m'amène à me poser la question de la pertinence de ce type de geste de petite chirurgie en médecine ambulatoire : cela facilite et accélère la prise en charge du patient mais n'est pas sans risque pour le médecin.

Commentaire [CS42]: Oui une synthèse des apprentissages conclut le travail

Le 15/03/20XX

Item 8 : Évaluation par le senior de la compétence à communiquer avec le patient selon les critères de la grille Calgary simplifiée

Laisser parler le patient en début de consultation

Commentaire [CS43]: Très bien, idem commentaires 5 à 8

Mr C. 36 ans, se présente à la consultation pour des diarrhées associées à des douleurs abdominale et des nausées depuis la veille. Il n'a rien mangé de particulier ces derniers jours et il n'y a pas de notion de contagion.

L'examen retrouve un abdomen sensible de façon diffuse, sans défense. Je diagnostique donc une gastro-enterite et lui prescris un traitement symptomatique. À la fin de la consultation il me demande s'il peut avoir mon avis pour un autre problème. Il me dit que sa femme qui est enceinte de 7 mois ne sent plus le bébé bouger depuis 2-3 jours et ils se demandent s'ils doivent consulter les urgences gynécologiques. Comme il pose la question en regardant mon maître de stage, il lui répond qu'il serait effectivement plus prudent d'aller consulter pour s'assurer que tout va bien.

Commentaire [CS44]: Oui, la situation clinique est rapportée

<p>Débuter l'entrevue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer la rencontre <p>Etablir le premier contact (l'accueil) Identifier la (les) raison(s) de la consultation</p>	<p>-Regarde le dossier -Ne se présente pas au patient -Oui mais coupe trop rapidement le patient pour passer à l'interrogatoire directif</p>
<p>Recueillir l'information</p> <p>Explorer les problèmes du patient pour découvrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La perspective biomédicale - La perspective du patient -----> - Les informations de base et le contexte -----> 	<p>pas du tout exploré et... le problème du bébé de la compagne qu'elle ne sent plus bouger vient comme un cheveux sur la soupe... à la toute fin de la consultation</p>
<p>Faire l'examen clinique</p>	<p>Patient mal installé sur la table</p>
<p>Expliquer et planifier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir la quantité et le type adéquats d'information • Aider le patient à retenir et comprendre les informations -----> • Arriver à une compréhension partagée: intégrer la perspective du patient • Planifier : une prise de décision partagée 	<p>Patient non clairement informé de l'étiologie de ses symptômes</p>
<p>Terminer l'entrevue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planifier les prochaines étapes • Préparer la fin de l'entrevue 	<p>Sans objet</p>
<p>Structurer l'entrevue</p> <ul style="list-style-type: none"> • En rendant explicite son organisation • En prêtant attention au déroulement de l'entrevue 	<p>Oui</p>
<p>Construire la relation</p> <ul style="list-style-type: none"> • En utilisant un comportement non-verbal approprié --> • En développant une relation chaleureuse et harmonieuse -----> • En associant le patient à la démarche clinique 	<p>Oui</p>

Commentaire [CS45]: Oui, les habiletés de communication ont été évaluées en supervision directe par le senior selon les critères propres de la grille Calgary simplifiée et la grille est retranscrite

Suite à cette supervision j'ai appris qu'il est important de laisser parler le patient en début de consultation afin de lui permettre d'exprimer toutes les questions qui le préoccupent. En effet, le problème présenté en premier, peut cacher d'autres motifs de consultation, tout aussi important, que le patient n'ose évoquer d'emblée, si on ne lui en laisse pas la possibilité. Cela

permet de mieux évaluer la situation du patient dans sa globalité et ainsi de mieux répondre à ses attentes.

Commentaire [CS46]: Oui, il y a une réflexion sur l'évaluation du senior, et une synthèse argumentée des apprentissages

Le 27/03/20XX

Item 9 : exemples de l'apport d'articles de la littérature utiles pour réévaluer la décision
Pas de prescription systématique d'IPP en association à un traitement par AINS

Commentaire [CS47]: Très bien, idem commentaires 5 à 8

Mme T. 63 ans, se présente à la consultation pour une lombalgie apparue il y a quelques jours à la suite du port d'une valise. Les douleurs se sont progressivement aggravées malgré la prise de paracétamol. Elle a donc pris un comprimé de diclofenac ce matin qui a permis de calmer les douleurs. Comme il ne lui en reste pas, elle voudrait que je lui en prescrive.

Elle n'a pas d'antécédent notable et ne prend aucun traitement au long cours.

À l'examen, je ne retrouve pas de signe de gravité.

Je lui prescris du paracétamol et du diclofenac en alternance si besoin. Elle ne veut pas de traitement antalgique plus fort car elle n'aime pas trop prendre de médicament. Elle me demande ensuite s'il est nécessaire qu'elle prenne un traitement pour protéger l'estomac du fait de la prise des anti-inflammatoires (AINS) qui lui provoquent parfois des douleurs. Comme je pensais que l'apparition de gastralgies suite à la prise d'AINS était une raison suffisante pour justifier la prescription d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP), je lui ai donc prescrit de l'omeprazole.

Commentaire [CS48]: Oui, la situation clinique pour laquelle un article de la littérature permet une amélioration a posteriori de la prise en charge d'un patient est rapportée

Le tableau clinique et la démarche médicale sont bien décrits

Je m'étais souvent posé la question lors de consultations précédentes des indications réelles des IPP en association à un traitement par AINS, sans avoir jamais cherché de réponse. J'ai donc décidé de faire une recherche sur le sujet.

J'ai notamment trouvé un article de la revue Prescrire (*Anti inflammatoire non stéroïdiens : avec un antiulcéreux dans certains cas. Mais 2011. Tome 31 N°331*)

Commentaire [CS49]: Oui, la référence de l'article est bien mentionnée

D'après cet article, un traitement anti-ulcéreux préventif est seulement à proposer aux personnes les plus fortement exposées aux effets indésirables digestifs des AINS (âge supérieur à 65 ans, antécédent d'ulcère gastrique ou duodénal ou d'hémorragie digestive), ce qui n'était pas le cas de Mme T. Il préconise également de limiter au maximum la prescription des AINS en optant le plus souvent pour d'autre médicament antalgique et quand un AINS est jugé utile, de prescrire ceux ayant la meilleure balance bénéfices risques tels que l'ibuprofène et le naproxène.

La prescription d'un IPP n'était donc pas vraiment justifiée chez mme T.

Commentaire [CS50]: Oui, il y a un résumé concis et pertinent de l'apport de l'article dans cette situation

Grace à cet article, j'ai donc appris que la prescription d'un IPP en association avec un traitement antiinflammatoire n'était pas systématique et que les indications étaient assez limitées. J'ai également revu que les AINS devait être prescrit avec précaution.

Néanmoins cet article me semble avoir la limite suivante : il est écrit du point de vue du docteur et de ses problématique et ne prend pas en compte l'avis des patients qui peuvent vouloir être soulagés de leurs épigastalgies même s'ils ne courent pas de risque grave. Mais peut être aussi que d'autres anti ulcéreux peuvent alors être utilisés (pansements gastriques).

Commentaire [CS51]: Oui, il y a une synthèses des apprentissages où un des limites de l'article est mentionnée

Le 08/04/20XX

Item 10 : Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utile pour modifier votre décision

Prise en charge d'un enfant ayant une gastro entérite aigue

Commentaire [CS52]: Très bien, idem commentaires 5 à 8

Léora, 24 mois est amenée par sa mère en consultation pour des selles liquides évoluant depuis 48 heures associées à de la fièvre et à des vomissements évoluant depuis 24h. À l'examen l'abdomen est souple et dépressible, il n'y a pas de masse ni d'organomégalie, il n'y a pas non plus de de signe de déshydratation, Léora est bien éveillée, le reste de l'examen clinique est normal. Je conclus à une gastroentérite simple et prescrit un traitement symptomatique par paracétamol, dompéridone, racécadotril et soluté de réhydratation orale. J'insiste auprès de la mère de Léora sur l'importance de la réhydratation.

Lorsque je revois le dossier en supervision avec mon maître de stage celui-ci me dit qu'il ne prescrit habituellement que la réhydratation car c'est le seul traitement qui ait un intérêt, contrairement au traitement antiémétique et anti-diarrhéique. D'autant plus que cela facilite la compréhension et l'application de l'ordonnance pour les parents étant donné qu'il y a moins de médicaments. Comme nous n'avons pas la même pratique concernant la gastro-entérite aiguë chez l'enfant, il m'invite à revoir la littérature concernant ce sujet.

Commentaire [CS53]: Oui, il s'agit bien d'une situation clinique pour lesquelles la supervision de l'enseignant clinicien a apporté une aide utile pour modifier la décision

La principale complication des diarrhées est la déshydratation. En absence de signe de déshydratation des conseils nutritionnels et une augmentation des apports hydriques suffisent. Il n'y a pas de restriction particulière concernant le lait. Les aliments gras et très sucrés sont à éviter. Une alimentation normale réintroduite précocement diminue la durée de la diarrhée.

En cas de déshydratation il est nécessaire d'utiliser un soluté de réhydratation orale associant glucides et électrolytes. Si l'enfant est âgé de moins de 6 mois, il faut proposer le soluté de réhydratation avant e lait même en absence de signes de déshydratation.

La bouillie de riz (à ne pas confondre avec l'eau de riz) est une alternative au soluté de réhydratation en absence de ce dernier.

Aucun médicament « anti-diarrhéique » ne prévient la déshydratation, ils sont au contraire susceptibles de perturber la mise en œuvre de la réhydratation. Les ralentisseurs du transit (racécadotril, lopéramide) sont susceptibles d'augmenter le risque infectieux et de masquer la perte de fluide et donc de retarder la mise en œuvre de la réhydratation.

Les médicaments antiémétiques ne sont pas nécessaires et exposent à des effets indésirables notamment neurologiques. En cas de vomissements, le soluté de réhydratation est à proposer froid à la petite cuillère et non au biberon. L'avis de mon maître de stage semble conforme aux données de la science, adaptable à Léora dont les parents pourraient comprendre la non prescription.

Commentaire [CS54]: Oui, Les solutions proposées et la modification de la décision sont mentionnées et leur pertinence est évaluée au vu des données actualisées de la science, du contexte et du patient

À la lecture de cet article je constate que mon maître de stage avait raison. Le traitement anti-diarrhéique et le traitement antiémétique n'étaient pas nécessaires et même inutiles, pire encore les anti-diarrhéiques peuvent perturber la réhydratation et donc aggraver la déshydratation. Ceci m'incite à ne plus les prescrire chez les nourrissons et les enfants.

Commentaire [CS55]: Oui, une synthèse argumentée des apprentissages conclut le travail

Source : Diarrhées aiguës chez les enfants et les nourrissons, Idée Force Prescrire, mai 2013