

Journal de Bord

Prénom NOM

Mois 20XX – Mois 20XX

Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée: SASPAS

Maîtres de stages universitaires : Dr XY et Dr XZ

Lieu(x) de STAGE

1/ Situations cliniques inédites de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage (3/10)

- 06/11/2014 : Prise en charge d'une toux gênante (1/10)
- 21/11/2014 : Traitement anti dépresseur : Lequel choisir et quand le donner ? (2/10)
- XX/XX/XXXX : Titre
- Etc

2/ Prescriptions médicamenteuses nouvelles (2/5)

- 21/11/2014 – Paroxétine (1/5)
- XX/XX/XXXX : Titre
- Etc ...

3/ Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés (1/3)

- 17/03/2015 – Cytolyse sous statines (1/2)
- Etc...

4/ Difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage (1/3)

- 23/01/2015 - Dr, on se tutoie ? (1/3)
- Etc...

5/ Procédures médico administratives (1/2)

- 2/03/2015 - Déclaration du médecin traitant en ligne (1/2)
- Etc...

6/ Situations de soins non programmés vous ayant posé problème (1/3)

- 09/12/2014 - Douleurs sinusiennes sans signes de gravité – intérêt d'une antibiothérapie différée ? (1/3)
- Etc...

7/ Pratique de gestes techniques utiles en soins primaires (1/3)

- 2/12/2014 – Examen des hanches du nourrisson (1/3)
- Etc...

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

- 21/04/2015 - Mr P., renouvellement de traitement chez patient suivi pour cancer pulmonaire et insuffisance cardiaque (1/1)

9/ Exemples de l'apport d'articles de la littérature utiles pour réévaluer la prise de décision (n/5)

- 04/11/2014 - Prise en charge d'une crise d'asthme sans critère de gravité (1/5)
- Etc...

10/ Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utiles pour modifier votre décision (1/5)

- 04/11/2014 - Vulvite de l'enfant (1/5)
- Etc...

Nombre total d'actes réalisés sur le semestre: 971

- Dont actes réalisés chez le Dr XY: 457
- Dont actes réalisés chez le Dr XZ : 467
- Dont actes réalisés au SAMI de ... : 47

Le 04/11/2014

Consultations - (Dr XY)

Item 10 - Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utiles pour modifier votre décision

1. Vulvite de l'enfant

A., 7 ans, consulte pour plusieurs motifs, notamment pour prurit vulvaire avec sécrétions blanchâtres voire jaunâtres visibles au niveau des sous-vêtements.

A l'examen, je constate une irritation modérée avec effectivement des sécrétions blanchâtres voire jaunes dans la culotte.

Je m'apprête à conclure à une mycose vulvaire et prescrire de l'Econazole crème localement pour traiter la mycose mais étant donné que qu'il s'agit de la première fois que je suis confrontée à cette situation, je m'en réfère à mon MSU.

Il est septique par rapport à mon diagnostic, car selon lui, la mycose est rare chez une enfant de son âge et pense plutôt à une vulvite bactérienne. Il explique alors à maman et l'enfant, les règles d'hygiène locale.

Problématique : Quel diagnostic est le plus probable devant cette symptomatologie chez une enfant de cette âge et quelle prise en charge doit-on proposer ?

Les vulvites de l'enfant pré-pubères sont **fréquentes**. Plusieurs facteurs favorisent leur survenue :

* **Prédispositions anatomiques** : absence de pilosité des petites lèvres qui ne protègent donc pas le vestibule

* **Prédispositions physiologiques** : fragilité de la muqueuse vulvaire non oestrogénisée, pH alcalin, pas de flore de Döderlein

* **Manque d'hygiène**, plus fréquent chez la petite fille entre 3 et 5 ans ou hygiène inappropriée (lingettes, gant, eau sans savon, bains moussants...)

Dans les études réalisées chez les enfants pré pubères, aucune culture positive pour le candida albicans n'est retrouvée. Cette infection, en dehors de cas particulier (diabète, immunosuppression) ne concerne pas l'enfant avant la puberté.

L'hypo-oestrogénie favorise le développement de la flore anaérobie, ce qui inhibe le développement du candida albicans.

L'application de crèmes antifongiques devant une irritation vulvaire n'a donc pas lieu d'être chez l'enfant.

Le prélèvement local n'a que peu d'intérêt et peut-être traumatisant. Il est seulement indiqué en cas de suspicion d'abus sexuel.

Une vulvite simple doit céder après une toilette vulvaire correctement faite. Toute la difficulté est de le faire comprendre aux parents sans leur faire entendre qu'on pense qu'il s'occupe mal de leur fille...

La toilette doit se faire à main nue, avec du savon, suivie d'un rinçage efficace, puis séchage correct, deux fois par jour (Savon de Marseille, ou savon neutre, ou savon à pH légèrement acide). Il est donc nécessaire de rappeler les conseils d'usage pour l'essuyage après miction et après les selles, d'avant en arrière.

Conclusion :

Ici, la prescription d'un traitement antifongique n'était pas adaptée. Les mesures d'hygiène proposées avaient été heureusement rappelées pendant la consultation. Il est toujours difficile d'expliquer aux parents qu'il s'agit principalement d'un problème d'hygiène locale. L'apport d'un argument physiologique supplémentaire associé, cité ci-dessus, eut été utile dans ce cas pour justifier l'absence de traitement auprès de la mère.

Références : C. Duflos-Cohade, Vulvo-vaginites de l'enfant prépubère, Extraits des mises à jour en Gynécologie médicales, CNGOF, Volume 2007, 12 décembre 2007-http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GM_005_duflos.pdf (consulté en janvier 2015)

Visites à domicile avec Dr XY

2. Mr A., 85 ans, douleurs musculaires membres inférieurs - souhaite arrêter le Previscan qu'il pense être à l'origine de ses douleurs
3. Mr M., 80 ans, renouvellement de traitement, vit à domicile avec déficit sensitivomoteur d'une myélopathie cervicarthrosique,
4. Mr L., 74 ans, renouvellement de traitement, vit depuis peu dans son appartement pour rapprochement familial - traitement psychotrope lourd, en voie de diminution, troubles de la mémoire, syndrome dépressif
5. Mr A., renouvellement de traitement, colopathie fonctionnelle et cardiopathie - bradycardie a 50à l'examen
6. Mme B., 76 ans, syndrome dépressif/solitude/maladie d'Alzheimer débutante, renouvellement de traitement et stimulation pour sortir

Consultations

7. Mr G. 20 ans, hyperhidrose suite – bilan biologique normal. Surveillance simple.

Item 9 - Exemples de l'apport d'articles de la littérature utiles pour réévaluer la prise de décision

8. Prise en charge d'une crise d'asthme sans critère de gravité

A., 5 ans, présente une rhinopharyngite trainante, avec toux persistante avec antécédent d'asthme. Pas de sibilants auscultatoires mais devant le terrain, je prescris un traitement symptomatique avec en plus un traitement de l'asthme, selon le protocole proposé dans mon stage précédent en pédiatrie : **Salbutamol en traitement d'épreuve pendant 7 jours en décroissance progressive.**

Problématique : Quel intérêt de cette décroissance progressive dans la prise en charge d'une crise d'asthme dans ce contexte ?

L'administration des BDCA doit être poursuivie au moins 7 jours avec une posologie proposée de 2 à 4 bouffées ou 200µg à 400 µg équivalent salbutamol x 3 à 4/jour (avis d'experts).

Aucun document autre que « Le petit Mosca », Protocoles de Pédiatrie – Livret des internes, Service de Pédiatrie du CHSF, ne fait allusion à une décroissance progressive des bêta 2 mimétiques dans le traitement d'une crise d'asthme de l'enfant. Je n'ai pas trouvé de références concernant ce protocole.

Conclusion :

- Lors d'une crise d'asthme, le traitement de crise consiste en l'administration de salbutamol ou équivalents à 2 à 4 bouffées de salbutamol pendant au moins 7 jours.
- La notion de décroissance progressive n'est pas mentionnée dans la littérature médicale.

Références :

- C. Marguet, *Prise en charge de la crise d'asthme de l'enfant (nourrison inclus), Recommandations pour la pratique clinique, Revue des Maladies Respiratoires* 2007 ; 24 : 427-39 - <http://www.sp2a.fr/pdf/documents/PriseEnChargeCriseAsthme.pdf>
- *La revue Prescrire* – « Crise d'asthme simple : traitement », *Idées-forces Prescrire*, février 2014
- M. Lubret et al., *Asthme : traitement des exacerbations, Revue des Maladies Respiratoires* (2012) ; 29 : 245—253
- JL. Hermil / C. Marguet - *La prise en charge en ville d'un enfant présentant une crise d'asthme par les bronchodilatateurs - G.R.A.P.P. 2004, Quoi de neuf en médecine générale* 2005 (DUMG/CHNGE) - http://www.rouen.cnge.fr/IMG/pdf/crise_d_asthme.pdf

Le 06/11/2014

Consultation (Dr XY)

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

9. Prise en charge d'une toux gênante

Mme C., 52 ans, vient pour toux et rhinorrhée évoluant depuis quelque jours, sans fièvre. Elle insiste sur le fait que la toux la gêne beaucoup. A l'examen, je constate une rhinopharyngite aiguë non compliquée. Je lui explique que malheureusement, les traitements contre la toux ne sont que peu efficace, avec une balance risque/bénéfice peu en faveur de ces médicaments. Je lui dis donc de bien se moucher et de s'hydrater.

Problématique : devant une demande de traitement contre la toux, que peut-on proposer ?

En pratique, pour soulager la toux, mieux vaut en général des boissons et des confiseries que des médicaments antitussifs, qui sont peu ou pas efficaces et qui exposent à plus d'effets indésirables.

Parmi les médicaments à retenir, on pourrait proposer des antitussifs dérivés opioïdes : codéines et dextrométhorphan. Ils sont présentés comme actifs sur le réflexe de la toux, au niveau du système nerveux central, ainsi que la pentoxyvérine. En pratique, leur efficacité est faible.

Leurs effets indésirables sont ceux des morphiniques, moins marqués avec le dextrométhorphan, notamment somnolence, nausées, constipation, dépendance et dépression respiratoire : donc à ne pas utiliser si suspicion d'un asthme !

Conclusion : Ma prise en charge était correcte vis-à-vis des recommandations, mais peu centrée envers la patiente que j'ai, je pense un peu frustrée. Au mieux, il faut ne prescrire aucun traitement antitussif autre que les mesures d'hygiène simples : hydratation et confiserie. Mais quand la gêne est très importante avec une demande proportionnelle à la gêne, il est possible de prescrire les antitussifs dérivés opioïdes en l'absence de contre-indication, en insistant sur leur possible inefficacité et les effets secondaires potentiels.

Références : Toux gênantes, Premiers soins : nez- gorge-bouche-oreille, La revue Prescrire, 31 (334) : 612-614

10. *Mme MAJ A, 36 ans. Arrêt de travail pour signes dépressifs réactionnels au décès de sa nièce*
11. *Mr MSA M, 69 ans. Syncopes sur hypotension orthostatique probable*
12. *Mr MOE N, 10 ans. Certificat d'aptitude au football*
13. *Mme PRO S, 38 ans. Certificat d'aptitude aux fitness/danse*

Le 21/11/2014

Consultation (Dr XZ)

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

14. Traitement anti dépressif : Lequel choisir et quand le donner ?

Mme C, 29 ans, vient pour céphalées de tension évoluant depuis 1 an, explorée par une IRM cérébrale normale. Je l'ai vu une première fois en consultation au pôle accueil avec sa fille. J'avais l'impression qu'elle n'était pas bien et que ses céphalées étaient en rapport avec un potentiel état dépressif caractérisé. Le lieu et le moment de consultation n'étant pas approprié, je lui avais proposé de la revoir assez rapidement sans sa fille pour faire le point avec elle.

Elle revient donc ce jour. Je recherche à la clinique des critères cliniques correspondant à la classification DSM-IV de la dépression pour guider ma prise en charge. Elle parle difficilement, alors je cible mes questions. Elle est sans emploi, en dehors de 2h de ménage par semaine. Elle s'ennuie. Je retrouve tristesse de l'humeur évoluant depuis presque 1 an, une aboulie, une asthénie, sans anorexie, trouble du sommeil peu marqué. Elle aurait des idées suicidaires mais pas de passage à l'acte programmé, car elle veut être là pour sa fille (qui lui prend beaucoup d'énergie). J'en déduis l'existence d'un épisode dépressif caractérisé léger. Je décide de prescrire un antidépresseur par paroxétine.

Problématique : En fonction de la clinique, comment organiser ma prise en charge et quel traitement je peux proposer en première intention dans ce cas ?

Stratégies thérapeutiques en ambulatoire

- En première intention :

Dans l'épisode dépressif léger à modéré, les antidépresseurs (grade A) et les psychothérapies (grade B pour les psychothérapies cognitivocomportementales, grade C pour les autres psychothérapies) ont fait preuve de leur efficacité.

L'association antidépresseurs-psychothérapie n'a pas fait la preuve d'une plus grande efficacité que la psychothérapie seule dans ces formes légères à modérées (grade C).

En cas d'épisode dépressif léger, une psychothérapie est proposée en première intention, en fonction de l'accessibilité de ce type de traitement et des préférences du patient (accord professionnel) ; sinon, les antidépresseurs peuvent être proposés.

Il est très important de se montrer disponible pour le patient et de programmer une consultation rapprochée par rapport au début du traitement, que l'on peut espacer au fur et à mesure en fonction de l'efficacité et la tolérance au traitement.

Il est recommandé au cours des consultations :

- d’apprécier le risque suicidaire (grade C) ;
- de préciser au patient déprimé, afin d’éviter les abandons de traitement liés à une sous-évaluation des bénéfices et/ou une focalisation sur les effets secondaires (accord professionnel).
Quel antidépresseur choisir selon la clinique ?

Le choix du traitement antidépresseur doit tenir compte de la sévérité de la dépression, des antécédents du patient (privilégier un traitement auquel le patient a répondu précédemment), des effets latéraux de la molécule (stimulante ou sédatrice) et des éventuelles contre-indications. Aucun antidépresseur n’a démontré une supériorité d’efficacité clinique par rapport à un autre. Sauf cas particulier, il est recommandé en première intention de prescrire un IRSS, un IRSNa ou éventuellement un antidépresseur appartenant à la classe des « autres antidépresseurs » en raison de leur meilleure tolérance.

- L’effet stimulant est recherché chez les patients déprimés où le ralentissement psychomoteur est important.
- L’effet sédatif est bénéfique chez les déprimés les plus anxieux et/ou ayant des troubles du sommeil (difficultés d’endormissement, réveils précoces).

La prescription d’un antidépresseur imipraminique se fait préférentiellement en deuxième ou en troisième intention.

Conclusion :

- Chez cette patiente, je pense que je n’aurai pas dû hater la prescription d’un traitement car j’aurai pu lui proposer une psychothérapie. Néanmoins, l’accès à ce traitement non médicamenteux n’était pas si simple près du cabinet (zone rurale) et contexte social difficile (faible revenu).
- J’aurai pu réévaluer la patiente à court terme et rediscuter la prescription du traitement avec le médecin, d’autant plus que je ne maîtrisais pas du tout la prescription de l’antidépresseur.
- La prescription d’un antidépresseur doit avoir une indication bien mesurée, car il s’agit d’un traitement à prendre au ong cours, qui n’est pas dénué d’effets indésirables. Il est important de mesurer son utilité première, adaptée au patient, avant de le prescrire, même sur avis des recommandations.

Références :

- Haute Autorité de Santé – *Épisode dépressif caractérisé de l’adulte : prise en charge en premier recours (Actualisation) Recommandation de bonne pratique, Mai 2014* – http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_cadrage_episode_depressif_premier_recours_-_version_validee_par_le_college_-_mai_2014.pdf
- ANAES - *Prise en charge d’un épisode dépressif isolé de l’adulte en ambulatoire – Service des recommandations et références professionnelles, mai 2002* - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_recommandations_2006_12_27_16_20_34_967.pdf
- Agbokou C, Fossati P. *Traitements médicamenteux de la dépression. La Presse Médicale. 2008 May ;37(5, Part 2) :867–75.*

Item 2 : prescription médicamenteuse nouvelle

15. Problématique : Je n'ai jamais prescrit ce genre de traitement – Quelles sont les indications et comment l'introduire, sous quelles conditions ?

Paroxétine (Deroxat®, Divarius®)

Classes thérapeutiques : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

Equivalents : Fluoxétine (Prozac®), Fluvoxamine (Floxyfral®)

Indications :

- Episode dépressif caractérisé.
- Troubles Obsessionnels Compulsifs.
- Trouble Panique avec ou sans agoraphobie.
- Trouble Anxiété Sociale / Phobie Sociale.
- Trouble Anxiété Généralisée.
- Etat de stress post-traumatique

Contre-indications :

- Association aux inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), à la thioridazine ou encore au pimozide.
- Hypersensibilité

Effets indésirables :

- somnolence, insomnie, agitation, rêves anormaux (y compris cauchemars).
- sensations vertigineuses, tremblements, céphalées, difficultés de concentration.
- dysfonction sexuelle.
- asthénie, prise de poids.
- nausées, constipation, diarrhée, vomissements, sécheresse buccale.
- hypersudation.
- augmentation de la cholestérolémie, diminution de l'appétit.

Avis de la commission de transparence 20/03/2013 : Service médical rendu de niveau important

Avis de la revue Prescrire (1995) : La paroxétine apparaît comme un antidépresseur non imipraminique non IMAO efficace. A l'époque, le traitement de référence était un antidépresseur imipraminique. La paroxétine n'avait alors pas démontré d'efficacité supérieure au traitement de référence.

Conclusion :

- La paroxétine est un médicament antidépresseur efficace. Néanmoins, il n'est pas dénué d'effets indésirables. Il est important de mesurer, comme tout médicament, son indication et le service médical rendu, notamment dans le cas de Mme C., où je ne me suis pas donné le temps de la réévaluer l'indication.
- De plus, je l'ai revue plus tard, elle avait arrêté le traitement car avait des vertiges, puis l'avait repris à demi-dose... Quid de l'observance thérapeutique d'un traitement déjà peu adapté ?

Références :

1. *La Revue Prescrire*, « Paroxétine : Deroxat^o comprimés », *Rev Prescrire* 1995 ; 15 (152) : 404-407
2. *Theriaque.fr*, Deroxat 20 mg, monographie complète, <http://www.theriaque.org/apps/monographie/index.php?type=SP&id=8600>

Pôle Accueil - (Dr XZ)

16. M.P., 45 ans, rhinopharyngite aiguë, traitement symptomatique
17. Mme C., 23 ans, rhinopharyngite aiguë, traitement symptomatique
18. Mme L., 62 ans, douleurs membre inférieur gauche, suspicion de phlébite, D-Dimères négatifs
19. traitement de douleurs sciatiques
20. Mme P., 58 ans, rhinopharyngite aiguë, traitement symptomatique
21. Clara, 17 mois, toux, antécédent de bronchiolite. A l'examen, rhinopharyngite aiguë trainante. Traitement symptomatique
22. Mr M., 17 ans, lombalgies aiguës, en formation de mécanique. Déformation rachis (scoliose ?), difficile à évaluer compte tenu des lombalgies aiguës. Arrêt de travail, antalgiques, à réévaluer distance
23. Mr B., 23 ans, troubles digestifs, palpitations dans un contexte d'épuisement professionnel. Arrêt de travail court, 3 jours, jusqu'au rendez-vous prévu avec son médecin traitant, traitement anxiolytique par Hydroxyzine.
24. Mme G., 74 ans, gonalgie droite évoluant depuis 3 jours, diabétique. Poussée d'arthrose, traitement antalgique simple par Paracétamol et glaçage.
25. Mme C., 67 ans, lombalgies aiguës, non soulagées par paracétamol codéiné et constipation secondaire au traitement. Repos, adaptation des traitements antalgiques avec laxatifs per os, en plus du lavement. A réévaluer au prochain rendez-vous avec médecin traitant prévu dans la semaine.
26. Mme T., 19 ans, aphtose buccale douloureuse. Traitement symptomatique devant demande de la patiente, lidocaïne gel, avec explication mesures de précaution.
27. Mr T., 17 ans, entorse genou droit (footballeur), vu initialement aux urgences. Epanchement intra-articulaire modéré. Lachman positif, IRM prescrite avec poursuite arrêt de travail.
28. Mme L., 41 ans, épuisement professionnel. En recherche d'emploi, entretien d'embauche prévu demain. Prolongation arrêt de travail.
29. Mme P., 18 ans, asthénie chronique. Examen clinique normal. Bilan biologique à visée diagnostique. A revoir avec résultats
30. Mr S., 42 ans, douleur genou droit. Examen clinique en faveur d'une pathologie méniscale, IRM prescrite. A revoir avec résultats.
31. L., 11 ans, mal de gorge. Rhinopharyngite aiguë simple. Traitement symptomatique.
32. Melle D., 26 ans, angine érythématopultacée. Streptatest positif. Traitement antibiotique par Amoxicilline, antalgiques, et arrêt de travail 48 heures.

Le 02/12/2014

Consultation (Dr XY)

Item 7 - Pratique de gestes techniques utiles en soins primaires

33. Examen des hanches, chez le nouveau-né

Benjamin, 8 jours, est amené par ses parents pour l'examen de routine du 8^{ème} jour. J'essaie de construire mon examen clinique, et malgré les différents cours que j'ai pu avoir auparavant, je ne suis pas bien sûre de faire correctement les manœuvres de dépistage de la dysplasie congénitale de hanche.

Dans un premier temps, j'ai examiné l'enfant de façon systématique : poids, taille, périmètre crânien, auscultation cardiopulmonaire, examen abdominal et examen neurologique normal, en accord avec son jeune âge. L'examen ophtalmologique était peu précis par manque de connaissance.

J'avais allongé le bébé sur le dos, nu, sans couche, et j'essayais de maintenir le bassin avec ma main controlatérale, en essayant de palper l'articulation de hanche avec ma main homolatérale à la hanche examinée, en actionnant la hanche de l'enfant en flexion rotation externe, à la recherche du fameux ressaut. Ayant peu d'expérience en la matière, je ne suis pas très confiante en la pertinence de mon examen clinique ...

Problématique : Comment conduire un examen clinique de dépistage de dysplasie congénitale de hanche chez le nouveau-né ?

Rappel : La luxation congénitale de la hanche (LCH) est une anomalie du développement de la hanche qui se manifeste par une instabilité de la hanche, c'est-à-dire une mobilité anormale entre le bassin et le fémur.

Le dépistage repose sur :

1. **L'examen clinique** (doit être réalisé deux fois en maternité puis mensuel pendant les 3 premiers mois de vie et enfin répété lors de chaque examen médical jusqu'à l'âge de la marche.):
 - quantification de l'abduction des hanches (normale supérieure à 60°) : une limitation de l'abduction (en comparaison avec hanche controlatérale) doit faire suspecter une LCH.
 - instabilité révélée par les **manœuvres de Barlow et d'Ortolani**, signe caractéristique qui doit toujours être recherché bien que plus difficile à mettre en évidence que la limitation de l'abduction.
- **Manœuvre de Barlow :** La première partie de la manœuvre (pression axiale, adduction, rotation externe) provoque une luxation de la hanche perceptible par le ressaut sur le sourcil cotyloïdien.
- **Manœuvre d'Ortolani :** La deuxième partie de la manœuvre (traction axiale abduction, pression sur le grand trochanter) repositionne la tête fémorale à l'intérieur du cotyle avec la perception d'un ressaut de réduction.

Pour le diagnostic de la luxation de la hanche, le test de Barlow a été associé à une valeur prédictive négative élevée (0,99) et à une valeur prédictive positive faible (0,22).

Lorsque les tests d'Ortolani et de Barlow sont combinés, ils présentent un degré de **spécificité élevée** (0,98-0,99) pour le diagnostic de dislocation ou de subluxation de la hanche. La sensibilité varie selon l'habileté de l'examineur et le nombre d'examens effectués. Dans le cas d'examineurs d'expérience, la sensibilité se situe entre 0,87 et 0,99.

2. **L'échographie** est la méthode de choix, à la fin du premier mois. Elle est indiquée dans les cas suivants :
 - **existence de signes cliniques** (donc il faut savoir les rechercher...);
 - facteurs de risque (même en l'absence de signes cliniques) :
 - a. présentation par le *siège*,
 - b. *antécédents familiaux* directs confirmés,
 - c. diverses *anomalies orthopédiques*, notamment torticolis, genu recurvatum, déformation sévère des pieds.

La radiographie de dépistage au quatrième mois reste justifiée si :

- enfants à risque, l'échographie ne puisse être réalisée ;
- discordance entre les signes cliniques et les données échographiques.

Conclusion :

- La maîtrise de ces manœuvres est primordiale dans le dépistage de la dysplasie congénitale de hanche.
- En effet, la plupart des cas de LCH de diagnostic tardif sont dus à une défaillance de l'examen clinique néonatal. La sensibilité de l'examen clinique seul devient similaire à celle reportée pour l'échographie systématique lorsqu'il est fait par des cliniciens expérimentés (80 %) plutôt que par des cliniciens novices (35 %).
- Le dépistage précoce permet d'accéder à des traitements moins lourds et moins coûteux avec un meilleur pronostic pour l'enfant.
- Je pense qu'à présent, je pratiquerai systématiquement l'examen de hanche chez l'enfant, jusqu'à ce qu'il marche, afin d'augmenter la précision de mon examen et d'améliorer ma capacité à dépister cette pathologie.

Références :

1. Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU) - Dépistage chez l'enfant : Luxation congénitale de hanche - http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/depistage/s/site/html/3_2.html
2. Hema Patel, Soins de santé préventifs - Le dépistage et le traitement de la dysplasie congénitale de la hanche chez les nouveau-nés, Le Médecin du Québec, août 2001, volume 36, numéro 8 - <http://lemedecinduquebec.org/Media/70468/093-105preventifs0801.pdf>
3. HAS - Luxation congénitale de la hanche : dépistage, Rapport d'élaboration, octobre 2013 - http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/doc_trav_lch_mel.pdf

2/12/2014

Consultations - (Dr XY)

34. Mr L., 23 ans, réévaluation entorse grave de la cheville gauche, accident du travail. Bien amélioré sur le plan des douleurs, a débuté les séances de kinésithérapie. Poursuite des soins avec arrêt de travail.
35. Mr C. Jean-Pierre, 60 ans, pollakiurie sur hypertrophie bénigne de prostate. Constipation depuis 1 mois - ne sait pas de quand date le dernier Hémocult®. Hydratation pour constipation, je l'adresse à l'urologue, refaire Hémocult® si nécessaire.
36. Mr M., 17 ans, lombalgies aiguës persistantes. Radiographies non faites pour l'instant. Poursuite repos et arrêt de travail.
37. Mr C., 52 ans, diabétique. Toux depuis 5 jours avec pics fébriles à 40°C au domicile, crachats sales. A l'auscultation, crépitations légers base pulmonaire droite. Très probable pneumopathie droite. Traitement antibiotique par Augmentin devant comorbidités associées (diabète).
38. Melle P., 25 ans, dysphonie. Laryngite aiguë. Traitement symptomatique

Le 09/12/2014

Consultation (Dr XZ)

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

39. Douleurs sinusiennes sans signes de gravité – intérêt d'une antibiothérapie différée ?

Mme M., 62 ans, consulte pour rhinopharyngite trainante, sans fièvre. Elle présente des douleurs sinusiennes très modérées sans signe de gravité : pas de rhinorrhée purulente, pas de fièvre associée. Elle est très demandeuse d'une antibiothérapie, car ça fait déjà 5 jours que ça dure et ça ne s'arrange pas.

Après avoir détaillé mon examen clinique, je lui explique l'évolution normale de ses symptômes dans le cadre d'une rhinopharyngite non compliquée, et lui explique les signes à surveiller par rapport aux éventuelles complications (notamment la sinusite bactérienne).

La consultation débouche finalement sur la prescription d'un traitement symptomatique (lavage de nez et paracétamol) mais aussi à la prescription d'une antibiothérapie différée.

Habituellement, je n'ai pas l'habitude de prescrire les antibiotiques de cette façon mais la demande de la patiente était très importante, et j'avais du mal à y faire face malgré toutes les explications plutôt claires que je pensais lui avoir donné.

Problématique : Dans cette situation, quel(s) intérêt(s) avais-je à proposer cette prescription différée d'antibiotique ?

Après lecture de l'étude PAAIR, les situations à risque de prescription inappropriée d'antibiotiques mises en évidence dans cette situation sont :

- Le patient souhaite explicitement des antibiotiques pour différentes raisons (professionnelles, familiales, voyage, examen, anxiété)
- Le patient renvoie la situation à des expériences passées considérées comme des échecs médicaux
- Le patient a attendu avant de consulter, mais devant la persistance des signes par rapport à ses expériences passées, elle pense qu'elle a besoin d'antibiotiques pour guérir.

J'ai ici essayé quelques stratégies proposées par l'étude PAAIR pour ne pas prescrire d'antibiotiques décrites :

- l'examen clinique commenté
- l'explication sur l'évolution normale de sa rhinopharyngite, et l'absence de critères de gravité : persistance des symptômes normale dans l'évolution naturelle de l'affection
- la mise en place d'un suivi.

Néanmoins, concernant les techniques proposées par l'étude, j'étais peut-être plus focalisée sur la résolution du problème de prescription de l'antibiothérapie plutôt que sur les craintes de la patiente. Je ne l'ai peut-être pas assez écoutée de façon attentive.

J'ai pu également constater, à la lecture de cette étude que le recours à une prescription différée est à l'origine d'avis très divergents.

Pour certains : elle est habituelle, pour d'autres elle ne se conçoit qu'avec des patients très bien connus et dans des situations assez claires. Pour d'autres elle n'a pas lieu d'être car ils préfèrent revoir le patient pour réévaluer la situation.

Conclusion :

- A posteriori, je pense que la prescription d'antibiotiques n'était ici pas justifiée et exposait à un risque supplémentaire pour la prochaine consultation pour le même type d'affection : une automédication inadaptée.
- L'étude PAAIR est un outil intéressant pour la pratique, avec des solutions concrètes proposées pour lutter plus efficacement contre la prescription d'antibiotique sous la pression des patients.

Références :

- B. Doré, A. Mosnier, Thèse : *Évaluation qualitative d'une formation au bon usage des antibiotiques réalisée dans le cadre de l'étude PAAIR (Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires) par la méthode du Focus Group, Université Paris Est Créteil, 2010 - <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0585168.pdf>*
- S. Gavrois, C. Attali, Thèse : *Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires hautes et basses en médecine générale : étude qualitative des raisons de prescription et non prescription, Université de Paris-Est Créteil, 2008-
<http://doxa.u-pec.fr/theses/th0483116.pdf>*

40. Mme H, 35 ans, renouvellement de traitement antiépileptique. Onychomycose, demande de prélèvement avant traitement.

41. Mr P., 47 ans, retard mental avec psychose, vient pour diarrhée dans le cadre d'une constipation. En voie d'amélioration. Travaille à l'ESAT, demande d'arrêt de travail. Par ailleurs, en fin de consultation, il me parle de douleurs thoraciques atypiques évoluant depuis plusieurs semaines. Organisation d'une consultation avec cardiologue rapidement.

42. Mr M., 28 ans, accident du travail (paysagiste), douleur talon droit au niveau de l'insertion du tendon d'Achille sans traumatisme évident. Récemment, a doublé sa paire de chaussettes car travaille dans le froid. Tendinite du tendon d'Achille. Repos, arrêt de travail, à réévaluer à une semaine.

43. Chloe, 15 ans, syndrome pseudo-grippal. Traitement symptomatique.

44. Mme G., 60 ans, réévaluation de douleurs abdominales avec résultats d'exploration : échographie abdominale normale, bilan biologique normal. Amélioration sous traitement laxatif.

45. Mr Q., 52 ans, douleurs inflammatoires articulation inter phalangienne de l'Hallux droit. Suspicion de crise de goutte. Traitement symptomatique et bilan biologique avec dosage acide urique.

46. Mme S., 30 ans, accident du travail. Plaie du majeur droit avec inflammation main droite douloureuse. Vaccins à jour. Mise sous amoxicilline + acide clavulanique, à réévaluer de façon rapprochée.

47. Chloe, 2 ans et demi, rhinopharyngite aiguë, traitement symptomatique.

48 Melle S., 14 ans, rhinopharyngite aiguë, traitement symptomatique.

Le 23/01/2015

Consultation (Dr XY)

Item 4 - Difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage

49. Dr, on se tutoie ?

Mme F., 32 ans, a rendez-vous pour elle. Je vois noté sur le planning (« et son fils si possible », ajouté par la secrétaire sur le même créneau). Elle a 15 minutes de retard et je commence déjà à sentir que le rendez-vous va être compliqué.

Elle arrive avec son fils, me dit qu'elle préfère que je m'occupe son fils en 1^{er}. Je n'ai à peine le temps de dire que peut-être que je n'aurai pas le temps de tout faire. Elle est assez jolie,

Une fois son fils examiné, elle me dit qu'elle est fatiguée. Elle souhaiterait que je lui prescrive une prise de sang et des vitamines pour aller mieux. J'essaie de rechercher des éléments pouvant expliquer sa fatigue : travail, famille, etc.

Elle me raconte qu'elle ne dort plus depuis une semaine car son fils la réveille toutes les nuits à 1h du matin. Il est rentré de chez son père justement il y a une semaine, homme avec qui elle est séparée depuis plusieurs mois suite à une liaison qu'il aurait eu avec une autre femme. Il est parti vivre dans le nord. Elle a la garde du fils à plein temps quasiment. Elle est fatiguée et se met à pleurer.

Je me vois mal la mettre dehors après ce qu'elle me raconte. Je prends donc le temps de l'écouter, en lui expliquant que sa fatigue est probablement liée à tous les événements qu'elle me livre.

J'arrive enfin à voir le bout de la consultation après 30 minutes... Je lui propose un bilan en lui expliquant que probablement tout serait normal, car son examen clinique est rassurant en plus du contexte. Je l'arrête pour la semaine pour qu'elle se repose.

Je lui parle du frottis à refaire et je lui propose un nouveau rendez-vous dans une semaine.

A la suite de ça, elle me sort les papiers à remplir pour la nourrice de son fils, prescription dirigée pour les petits soucis du quotidien : des « pschitt » pour le nez, du paracétamol, des granules d' « arnica », etc... Je commence un peu à bouillir car je commençais à être sérieusement en retard... Je lui fais ses ordonnances rapidement. Je ne comprends pas pourquoi je ne lui pas simplement non, sachant que je vais la revoir prochainement. Bref, 45 minutes de retard...

Avant la consultation suivante, je me prépare : « Bon cette fois, ne te laisse pas rouler... Cadre bien la consultation pour que tu restes dans les temps... : tu regardes le bilan, tu demandes comment ça va, tu fais le frottis et puis voilà ! ». En fait, j'ai cette fois 40 minutes de retard.

Quand elle rentre, je m'excuse d'emblée pour le retard et elle me dit sur le ton de la rigolade : « Ah, c'était pour se venger de la dernière fois ? ». En s'installant, alors que je tentais de reconstruire un semblant de cadre malgré le retard, elle me dit : « Ah, tu sais, ça m'a fait du bien ce repos mais je suis encore un peu fatiguée »... elle me regarde et voit que je tique un peu, elle ajoute : « On peut se tutoyer, hein ? ». Je ne dis rien mais je tente de lui faire comprendre par le regard que « non, ça ne va pas être possible... ». « Ah non, peut-être pas »... Bref, de là, je n'ai pas vu sur son bilan (alors que je l'ai regardé) qu'elle avait une légère hypokaliémie à 3,3 au lieu de 3,8. Au moment du frottis, elle me dit : « vous avez l'habitude d'en faire ? »... « Oui, oui bien sûr que je réponds... » et je n'ai pas réussi à faire le frottis (nouveau speculum que je ne connaissais pas), j'ai prétexté les quelques pertes blanches dont elle m'avait parlé pour lui expliquer que je ne vois pas le col...

Elle me dit qu'elle est fatiguée et donc que, peut-être, l'arrêter encore un peu lui ferait du bien. J'exécute.

Elle me dit que les ordonnances que j'ai faite, il manque quelques trucs, ce n'est pas comme la nourrice veut, qu'il faut que je les refasse. Je boue intérieurement mais ... J'exécute.

Je lui explique qu'il faudra qu'on se revoie, moi ou le Dr B. (« Pitié, faites qu'elle ne veuille plus que je la vois ! »), pour faire le frottis cervico-utérin et je la pousse tant bien que mal vers la sortie.

Et voilà, une heure de retard et la tête en ébullition : « Dis-donc, on n'avait pas parlé de cadrer la consultation ? »

Problématique : Je n'ai pas réussi à cadrer ma consultation pour la gérer dans le temps imparti et contrôler les axes que nous avons fixés à la précédente consultation.

Analyse de la genèse :

- Je suis en retard : mon cadre est déjà fragilisé.

- La patiente a fait « exploser » le semblant de barrière que j'avais essayé de construire, en me tutoyant dès le début de la consultation. Je ne m'y attendais pas car elle n'était pas originaire d'un pays où les règles de vie auraient pu être différentes (tutoiement de certains patients qui me déstabilisent nettement moins car je sais que c'est culturel).
- La patiente continue de me faire douter de ma qualité de médecin en me demandant si j'en ai déjà fait. J'ai déjà le doute facile, alors...

Conséquences :

- Je n'ai pas été concentrée lors de la lecture du bilan : j'aurai pu ne pas voir quelque chose de plus important (j'ai dû rappeler la patiente et me décrédibiliser davantage)
- J'ai perdu mes moyens pour l'examen gynécologique (le matériel n'était pas celui de d'habitude et la patiente m'a fait douter de mon expérience)
- J'avais envie que la consultation se termine, j'en avais marre : je n'ai pas su dire non, j'aurais pu encore répondre à ses demandes sans limite....
- A la fin de la consultation, je n'étais pas du tout satisfaite de mon travail. J'avais l'impression d'avoir été le contraire de ce que j'essaie d'être : un bon médecin... Encore une porte ouverte vers le « Burn out », qu'il faut savoir refermer rapidement.

Alternatives relationnelles :

- Recadrer la consultation dès le début en disant plus clairement les choses : « Non, je préfèrerais qu'on reste sur le vouvoiement »
- Ne pas chercher à se justifier concernant son expérience quand la patiente la met à mal. Au lieu de dire que j'avais déjà fait des frottis, j'aurais pu lui dire : « Non non, j'en ai jamais fait. Vous êtes la première, on va voir si j'y arrive ! »
- Lutter, fixer les repères (mais avec la fatigue de la journée... pas toujours facile) : avoir une petite batterie d'outils de secours pour aider dans cette lutte lorsque la force morale n'y est plus...
- Savoir dire NON au patient !

Parce que c'est important par rapport au vécu, à notre éducation, aux règles de société ; par rapport au patient, au contexte, à sa souffrance ; et par rapport à ma capacité à faire de la bonne médecine : préserver ma disponibilité pour pouvoir faire correctement mon travail.

Synthèse :

- Cette situation a été difficile pour moi car quand je suis sortie de là, j'avais l'impression d'avoir fait n'importe quoi, rien n'était structuré et les conséquences étaient assez catastrophiques.
- Les repères sont pour moi très importants pour structurer la consultation car, la confiance en moi n'étant jamais au très haut niveau, ça me permet de structurer l'entretien et d'organiser la consultation pour qu'à la fin, le patient, tout comme moi, se sente tout à fait au clair avec les décisions prises au cours de la consultation.
- Il faut que j'apprenne à reconstruire ces repères, même quand la situation est au plus bas. Cela va de mon intérêt pour me respecter en tant que médecin, mais aussi dans l'intérêt du patient, puisque dans cette situation, on voit bien que je suis passée à côté de plusieurs choses et que mes soins ont perdu en qualité.

Consultations – (Pôle Santé Coulommiers, Dr Sandrine Bercier)

50. K., 3 ans et demi, réévaluation rhinopharyngite aiguë proposée devant inquiétude de la maman sur une ancienne rhinopharyngite mal terminée.

51. Mr B., 53 ans, réévaluation de lombalgies évoluant depuis 3 semaines, sans amélioration malgré paracétamol et codéine. Devant antécédent de cardiopathie, pas d'AINS mais ajout de corticostéroïdes pour 5 jours avec consultation en rhumatologie pour avis (IRM d'il y a 2 ans montre un canal lombaire rétréci avec discopathie étagée et arthrose).
52. Mr B., 61 ans, hypertendu, surcharge pondérale, vient pour renouvellement de traitement. Examen clinique correct, a perdu 5 kg en 6 mois. Syndrome rotulien gênant, traitement symptomatique, à réévaluer pour discuter infiltration sur gonarthrose. Encouragement pour perte de poids, objectif fixé 3-5 kg pour la prochaine consultation à 6 mois.
53. Mme C., 50 ans, lombosciatalgie aiguë sur sciatalgie chronique, réévaluation. Bien soulagée par traitement antalgique simple.
54. Mme L., 30 ans, ligamentoplastie cheville droite dans le cadre d'un accident du travail. Demande de reprise du travail.
55. Mme M., 58 ans, demande de protocole de soins. Renouvellement.
56. A., 11 ans, réévaluation d'une crise d'asthme. Bien amélioré sous traitement, mais persistance d'une gêne. Poursuite du traitement.
57. Mme M., 45 ans, renouvellement de traitement et syndrome grippal. Arrêt de travail 7 jours, traitement symptomatique.
58. Mr D., 57 ans, suivi glycémique et hypertension, suivi difficile, en conflit permanent avec médecins/paramédicaux.

Le 02/03/2015

Consultation – (Dr XY)

Item 5 - Procédures médico administratives

59. Déclaration du médecin traitant en ligne

Mme M., 81 ans, a changé de domicile et souhaite que je sois son nouveau médecin traitant. Je lui explique que malheureusement mon statut d'interne ne me le permet pas encore, mais je lui propose que mon maître de stage soit son nouveau médecin traitant.

N'ayant pas accès à l'espace professionnel sur ameli.fr de mon médecin référent, je suis obligée de lui imprimer le formulaire de déclaration de médecin traitant, qu'elle doit donc remplir et me redonner...

J'aurais bien aimé pouvoir le faire en direct, limitant alors les démarches pour la patiente et les paperasses pour le médecin.

Problématique : Comment faire une déclaration de médecin traitant en ligne ?

Etapes :

1. Se connecter au site ameli.fr
2. Puis cliquer sur [Espace pro](#),
3. Insérez votre **carte CPS** et la **carte Vitale du patient**,
4. Dans le bloc « Services patient », cliquez sur « déclaration de choix du médecin traitant ».

La déclaration est pré remplie avec les informations contenues dans les cartes CPS et Vitale. Une fois la déclaration validée, elle sera télétransmise directement à la caisse d'Assurance Maladie du patient.

Ce service en ligne nécessite l'accord du patient, ou du titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de plus de 16 ans, et sa carte Vitale.

Conclusion :

- Ce système de télétransmission est simple, rapide et efficace. Il permet de gagner du temps, pour le patient comme pour le médecin, avec de la paperasse en moins (économique et écologique !).
- D'autres formulaires sont disponibles pour les remplir en ligne, notamment pour l'établissement de protocole de soins.

Références :

- *Ameli.fr, Pour les médecins : gérer votre activité, « Le médecin traitant » - <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/la-declaration-du-medecin-traitant.php>*

60. Mme S., 53 ans, panaris phase rouge. Poursuite désinfection locale, antibiothérapie différée.
61. Mr D., 55 ans, résultats de bilan réalisé dans le cadre de douleurs abdominales atypiques, finalement résolutive. Hyperplaquetose à 479 000, isolée. Recontrôle à 2 – 3 semaines.
62. Mr B., 22 ans, accident de travail, dorsalgie aiguë. Reprise du travail.
63. Mme Z., 78 ans, renouvellement traitement.
64. Mme G., 53 ans, réévaluation état grippal. Renforcement traitement antalgique pour douleurs costales majeures.

Pôle accueil – (Docteur XZ)

65. Nathan, 6 ans, otalgie gauche. Examen clinique normal, en dehors rythme irrégulier. A rappeler pour réévaluation.
66. Mme B., 28 ans, syndrome grippal, traitement symptomatique. Arrêt de travail 2 jours.
67. Mme P., 52 ans, lombosciatalgies aiguës. Arrêt de travail 8 jours, avec antalgiques de palier I Paracétamol et Naproxène.
68. Mme S., 48 ans, état grippal, traitement symptomatique et arrêt de travail 3 jours.
69. Ma., 17 mois, rhinopharyngite aiguë. DRP, Paracétamol si besoin.
70. V., 2 ans, persistance toux et otalgie. Rhinopharyngite aiguë. Poursuivre traitement symptomatique.
71. Mme B., 32 ans, suspicion de pyélonéphrite aiguë. ECBU avec bilan biologique en urgence, échographie voies urinaires prescrite, Oflocet® PO, à revoir dans 3 jours.

Le 17/03/2015

Item 3 : Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés

72. Cytolyse sous statine

Je reçois cette patiente pour son renouvellement de traitement. Elle ramène également sa prise de sang de contrôle, suite à une introduction de pravastatine 40 mg en avril 2014.

Ses antécédents sont une fracture du poignet en 1995, une saphénectomie bilatérale en 2001, une ménopause à l'âge de 55 ans. Ses antécédents familiaux sont une cardiopathie ischémique chez son père à 69 ans, une embolie pulmonaire chez sa mère.

En avril, son bilan lipidique de dépistage retrouvait un LDL-cholestérol à 2,35 g/L (HDL-cholestérol 0,79 g/L), et mon maître de stage avait décidé d'instaurer une statine (en prévention primaire).

La biologie montre des ASAT à 86 (2,6 fois la normale), des ALAT à 160 (5 fois la normale).

L'atteinte hépatique étant un effet secondaire connu des statines, j'ai incriminé la pravastatine.
Problématique : Je me suis demandée s'il fallait poursuivre la prescription de statines

La RCP mentionne : « Dans la majorité des cas, les taux de transaminases hépatiques sont revenus à leur valeur initiale sans qu'il ait été nécessaire d'arrêter le traitement. Une attention particulière doit être portée aux patients chez lesquels survient une élévation des taux de transaminases et le traitement doit être interrompu si une élévation de l'alanine-aminotransférase (ALAT) et de l'aspartate-aminotransférase (ASAT) supérieure à trois fois la limite supérieure de la normale persiste » (1).

Selon la HAS (2), l'efficacité des statines sur la morbi-mortalité en prévention primaire a été prouvée sur les patients à haut risque cardiovasculaire (hors diabète, pour la pravastatine et la rosuvastatine).

Chez Mme R, qui a comme seul facteur de risque (en dehors de l'hypercholestérolémie) l'âge, le risque cardiovasculaire est faible. En imaginant une tension systolique de 130 et un cholestérol total à 2,0 g/L, le risque SCORE est à 1,6% de mortalité cardiovasculaire à 10 ans (3).

Bien qu'un bénéfice limité ait été démontré avec les statines en prévention primaire, aucun argument ne justifie actuellement un usage systématique, vu le très faible bénéfice en valeur absolue (4).

Prescrire (5) notait qu'aucune étude n'a mis en évidence de réduction du risque cardiovasculaire chez les femmes non diabétiques sans antécédent cardiovasculaire. « Un traitement hypocholestérolémiant paraît alors justifié seulement en cas d'hypercholestérolémie très importante ».

En conclusion, chez Mme R, la balance bénéfices-risques de la pravastatine n'est pas favorable, et il faudra l'arrêter.

(1) ANSM. RCP pravastatine Accord® 40mg. 20/10/2014. Disponible sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69214818&typedoc=R> (consulté le 17/01/15)

(2) HAS. Prévention cardiovasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficacité, Bon usage des médicaments. Février 2012

(3) Cardiorisk. Evaluation du risque cardiovasculaire global à 10 ans. 2010. Disponible sur : <http://www.cardiorisk.fr/> (consulté le 17/01/15)

(4) Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Statines en prévention primaire: état de la question. Novembre 2012. Disponible sur : <http://www.cbip.be/Folia/2012/F39F11E.cfm> (consulté le 17/01/15)

(5) Hypercholestérolémie : traitement chez les adultes. Rev Prescrire. Idées-Forces jusqu'au numéro 366. Avril 2014

Le 21/04/2015

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

73. Mr P., renouvellement de traitement chez patient suivi pour cancer pulmonaire et insuffisance cardiaque

Mr P., 56 ans, vient pour son renouvellement de traitement. Il est suivi depuis peu par le Dr C., tellement peu que le dossier médical n'a pas été encore rempli car pas encore envoyé par médecin traitant antérieur.

Il a pour principaux antécédents un tabagisme chronique non sevré, une cardiopathie ischémique avec pose de défibrillateur implantable l'année passée, une insuffisance cardiaque, une ACFA sous Coumadine.

Il a été hospitalisé en janvier dernier pour bilan de dyspnée, avec amaigrissement sévère. A l'imagerie, il a été retrouvé des nodules pleuropulmonaires du lobe inférieur droit avec adénopathie médiastinale.

Des biopsies ont été réalisées mais l'anatomopathologie ne conclut à rien. Une nouvelle hospitalisation est prévue en mai prochain pour contrôle radiologique concernant évolutivité des lésions.

Le patient semble au courant du diagnostic de cancer pulmonaire, qui est le plus probable.

Par ailleurs, il se plaint de gonalgies gauches depuis 5 jours, en voie d'amélioration, bien soulagé par glaçage et paracétamol.

Oui non	Tâches à accomplir...	... en utilisant : quelles habiletés ?	O N	...de quelle façon ?
	<p>DEBUTE L'ENTREVUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établit le premier contact (présentation et accueil) • Identifie la (les) raison(s) de la consultation 	<ul style="list-style-type: none"> • Pose une question ouverte • Écoute les premiers propos sans interruption • Est attentif aux indices non-verbaux • Recueille les motifs de consultation • Résume (et propose un programme de la consultation) 	<p>O O O O N</p>	
	<p>RECUEILLE L'INFORMATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explore les problèmes du patient pour découvrir : <p><u>Les éléments médicaux</u></p> <p><u>Les informations de base et le contexte</u></p> <p><u>La perspective du patient et son vécu du problème</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Encourage l'expression des émotions 	<ul style="list-style-type: none"> • Aide la patient à évoquer la situation vécue • Use de facilitateurs (<i>hum...oui... et alors ? hochement de tête ...</i>) • Pose des questions semi-ouvertes ciblées... <i>Qui ? Quoi ? Où ? Comment ? Quand ?</i> • ... des questions fermées • Clarifie et fait des résumés-synthèse • Reformule des propos du patient • Pose des questions ouvertes sur les répercussions sur sa vie • Reconnait les indices non verbaux et fait une vérification orale de leur signification 	<p>O O O N N N O +/ -</p>	<p>N'a pas refait une synthèse des données de l'entretien</p> <p>Peu de questions fermées pour préciser</p>

Oui non	Tâches à accomplir...	... en utilisant : quelles habiletés ?	O N	...de quelle façon ?
	COMMUNIQUE lors de l'EXAMEN CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Explique les gestes délicats à faire • Commente son examen • Reprend éventuellement l'interrogatoire pour préciser certains points • Fait une synthèse de l'examen clinique 	O O +/ -	Sans objet
	EXPLIQUE ET PLANIFIE	<ul style="list-style-type: none"> • Segmente l'information • Crée un lien entre ses explications et le point de vue du patient • Facilite et encourage la participation du patient • Fait reformuler par le patient (« je me rends compte que ce que j'ai dit n'est pas très clair, pourriez-vous le résumer... ») • Détecte des indices verbaux et non verbaux à propos de la transmission des informations • Vérifie la compréhension par des résumés intermédiaires (avec ou sans reformulation) • Précise les détails d'une consigne complexe 	N +/ - N N	<p>N'a pas assez recherché la compréhension du patient</p> <p>A repéré plus les indices verbaux que les non verbaux</p> <p>Sans objet</p>
	TERMINE L'ENTREVUE	<ul style="list-style-type: none"> • Résume la séance et clarifie le plan de soins • Discute des rôles respectifs du patient et du médecin par la suite • Informe des évolutions imprévues éventuelles • Planifie les prochaines étapes 	O N O	<p>Décision plus centrée médecin que partagée et qui aurait pu partir des propositions du patient</p> <p>Sans objet</p>

Traduit et adapté de Kurtz S, alii. the Calgary-Cambridge Guides. Academic Medicine 2003 ; 78 : 802-809.

Oui non	Tâches à accomplir...	... en utilisant : quelles habiletés ?	O N	...de quelle façon ?
	<p>STRUCTURE L'ENTREVUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • En rendant explicite son organisation <p>TOUT AU LONG DE L'ENTREVUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • En prêtant attention au déroulement de l'entrevue 	<ul style="list-style-type: none"> • Clarifie le programme de la consultation • Redirige la conversation par des interruptions explicites • Fait des résumés intermédiaires • Souligne une transition pour réduire l'incertitude du patient • Obtient l'adhésion du patient • Réalise un entretien flexible mais ordonné • Reste centré sur les tâches à accomplir • Gère efficacement le temps imparti pour la consultation 	<p>+/ - N N</p> <p>O O O</p>	Sans objet
	<p>CONSTRUIT LA RELATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • En développant une relation chaleureuse et harmonieuse <p>TOUT AU LONG DE L'ENTREVUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • En associant le patient à la démarche clinique et favorisant sa participation 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Manifeste de l'empathie</u> : <ul style="list-style-type: none"> - reconnaît et comprend le vécu et l'état affectif du patient (reflet) - partage (et reconstruit fidèlement) les sentiments du patient - sait se taire - traite avec tact les sujets délicats ou pénibles • <u>Offre du soutien</u> : <ul style="list-style-type: none"> - affirme sa disponibilité, sa préoccupation, son aide - reconnaît les efforts du patient - fait en sorte que le patient se sente compris, estimé, appuyé en confiance • <u>Adopte une communication éthique</u> <ul style="list-style-type: none"> - a une attitude prévenante et marque du respect - établit une alliance thérapeutique (partenariat) - prend une décision juste et équitable. 	<p>O</p> <p>+/ -</p> <p>O</p> <p>O O</p>	<p>Sans objet</p> <p>A coupé le patient à 2 reprises Faire plus de silences</p> <p>Sans objet</p>

Traduit et adapté de Kurtz S, alii. the Calgary-Cambridge Guides. Academic Medicine 2003 ; 78 : 802-809.

Synthèse :

1. Début de l'entrevue bien conduit avec difficulté de synthèse car un seul motif de consultation.
2. J'ai essayé d'aider le patient évoquer la situation vécue mais les réponses étaient courtes de sa part, ce qui m'a un peu bloquée dans le déroulé, me donnant le sentiment de ne pas avoir envie de s'étaler sur le sujet avec moi (contexte de supervision plus difficile je pense).
3. L'entrevue a manqué de structure, notamment au niveau de la clarté du programme de consultation. Néanmoins, j'ai réussi à rester à la fois flexible et ordonnée, centrée sur les tâches à accomplir.
4. Plutôt bonne construction de la relation mais difficultés rencontrées par rapport au recueil du vécu du patient qui faisait des réponses courtes. J'aurais peut-être dû un peu plus mettre de silence pour l'aider à évoquer sa situation.
5. Bonne communication pendant l'examen.
6. « Explique et planifie » : le motif de consultation était simple, je n'ai pas pensé à rechercher la compréhension du patient concernant sa pathologie, ses inquiétudes. Je ne l'ai pas fait reformuler. J'ai recherché les indices non verbaux de compréhension et les indices verbaux.
7. « Termine l'entrevue » : difficultés à mettre en place une décision partagée. Je n'ai pas fait participer le patient à sa prise en charge, mais j'ai plutôt dicté la conduite à tenir et obtenu l'acquiescement du patient.

Synthèse :

- Dans cette situation, j'ai été rapidement bloquée par les réponses courtes du patient quand je l'interrogeais sur le retentissement sur sa vie par rapport à la maladie. « Ça fait beaucoup de choses » qu'il me dit, j'ai eu du mal à rebondir.
- Je pense que le silence aurait été un bon outil pour encourager l'expression des émotions chez ce patient.
- Cette supervision a été très enrichissante pour moi, car elle m'a permis de mettre en avant quelques outils de communication utiles dans ce genre de situation.
- Elle a également permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées, et de me faire remarquer les points à travailler pour améliorer ma pratique, notamment au niveau de la décision partagée.

Consultations - (Dr XZ)

75. Mme V., 55 ans, dermite séborrhéique. Anémie de Biermer en cours de traitement. Sebiprox®, bilan de contrôle anémie.
76. Mme G., 83 ans, résultats auto mesure. Pas d'hypertension artérielle, donc pas de traitement.
77. Mr B., 48 ans, suite consultation du 18/04, toux persistante malgré traitement symptomatique, demande avis pneumologue malgré bilan et radiographie normale.
78. Mme C., 29 ans, suite consultation du ..., résultats d'examen, scintigraphie thyroïdienne.
79. Mme P., 24 ans, vulvite dans un contexte flou. Notion de rapports sexuels à risque. Examen clinique normal en dehors d'une petite irritation face interne. Prélèvement vaginal prescrit, à revoir avec résultats.
80. Mr G., 38 ans, certificat d'aptitude pour faire du sport en salle. Examen clinique et ECG normal.

Etc...