

Exercices pédagogiques pratiques à destination des internes en SASPAS

Livret prototypique accompagnant la soutenance de la thèse

Argumentaire pédagogique disponible sur www.cbge.fr

Médecine-Dijon

Alice Cherbuy, François Morlon

Mode d'emploi

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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