LES STAGES EN MEDECINE GENERALE
A L' U.C.L.

GUIDE PEDAGOGIQUE
A L'USAGE
DES MAITRES DE STAGE
EN MEDECINE GENERALE

Centre Universitaire de Médecine Générale (C.U.M.G.)
de l'Université Catholique de Louvain (U.C.L.)

2002

Les maîtres de stage qui ont participé aux journées régionales de formation des maîtres de stage et qui ont, par leurs remarques et leurs propositions contribués à la rédaction du guide pédagogique

Groupe de Marche	Groupe de Mons	Groupe de Bruxelles
Docteur BANNEUX Bernadette	Docteur ALEXANDRE Bernard	Docteur ABRAMS Guy
Docteur BARILE Domenico	Docteur ALLARD Jean Paul	Docteur BACART Patrick
Docteur BECHET Roland	Docteur ANDRE Roger	Docteur BEUKEN Guy
Docteur BENOIT Marie-C.	Docteur BAINI Jean-Michel	Docteur BOSQUART Bernard
Docteur BERGER Françoise	Docteur BAIVIER François	Docteur BOUFFESSILE Hayate
Docteur BOUVE Jean	Docteur CAMBIER Patricia	Docteur BOUILLON Jean-Paul
Docteur CALCUS André	Docteur CHARLES Jacques	Docteur COLINET Albert
Docteur CASSIERS Manoëlle	Docteur CHEVALIER Pierre	Docteur COLLETTE Claude
Docteur CERFONTAINE Hubert	Docteur CHOTEAU Bruno	Docteur CRETIN Catherine
Docteur DEHON Jean	Docteur COLLART Emmanuel	Docteur CRUCIFIX Jean
Docteur de THIER Tanguy	Docteur CORBISIER Charles	Docteur DEOME Thierry
Docteur DEWEZ Jean-Claude	Docteur DAFFE Xavier	Docteur DE KEYSER Etienne
Docteur DUPUIS Guy	Docteur DECERF Gaston	Docteur DERUYCK Christian
Docteur EECKELEERS Patricia	Docteur DELFORGE Yves	Docteur du PARC Véronique
Docteur FLAHAUX Guy	Docteur DUFRANNE Benoît	Docteur DUPONT Bernard
Docteur GERARD Robert	Docteur DUMORTIER Chantal	Docteur DURIEUX Philippe
Docteur GUIOT Jean-Marie	Docteur DUTRON Chantal	Docteur Saï d HALIOUI
Docteur GUISSET Jacques	Docteur FALMAGNE Paul	Docteur HEIJMANS Stéphane
Docteur HANUS Benoît	Docteur FIEVEZ Gilbert	Docteur KELCHTERMANS Paul
Docteur KERKAMP Alain	Docteur GUISSARD Marthe	Docteur LAMBERMONT J-M
Docteur LAMBERT Jules	Docteur HERMANS André	Docteur LEFEBVRE Luc
Docteur LAMOULINE Philippe	Docteur JEHAES Michel	Docteur LENOIR Evelyne
Docteur LAPERCHE Jean	Docteur LAMY Dominique	Docteur le POLAIN Manoël
Docteur LOUVIAUX Corinne	Docteur LECOCQ Pierre	Docteur MEYTS Jean-Marie
Docteur MICHAUX Jean-Paul	Docteur LEGREVE Chantal	Docteur MORELLE Véronique
Docteur MOULART Frédéric	Docteur LEQUEUX Philippe	Docteur NERINCKX Bruno
Docteur PAQUET Philippe	Docteur MARTIN Robert	Docteur NICAISE Philippe
Docteur PONCELET Bernard	Docteur MOREAU Jean-F.	Docteur PANNEELS Jan
Docteur QUARESME Jacques	Docteur ROUSSEAUX Xavier	Docteur PIRART Luc
Docteur TIMMERMANS Bruno	Docteur TRAETSAERT Guy	Docteur POELMAN Reinelde
Docteur VAN DER MEERSCH F.	Docteur VANHAUDENAERDE H.	Docteur PROVOST Myriam
	Docteur VAN VLAENDEREN T.	Docteur RIJCKAERT Jean-Paul
	Docteur VUYLSTEKE Luc	Docteur SOILLE Philippe
		Docteur SEYS Bruno
		Docteur TISSOT Bernadette
		Docteur VANDERSTRAETEN T.
		Docteur VANHALEWYN Michel
		Docteur VAN SNICK Georges
		Docteur VANWELDE Luc
		Docteur VERCRUYSSE B.
		Docteur VERHOEVEN Patrick

Ce « Guide pédagogique à l'usage des maîtres de stage en médecine générale » propose une série de repères pédagogiques du stage en médecine générale effectué au cabinet du maître de stage. Il s'adresse à tous les maîtres de stage, médecins généralistes, qui accueillent un stagiaire, depuis le 1er doctorat jusqu'à la fin du 3ème cycle (diplôme d'Etudes spécialisées (DES)).

Cette réflexion pédagogique est issue du week-end de travail des 16 et 17 juin 2001 avec les maîtres de stage de 3ème cycle de l'UCL animé par les Professeurs R.Boulé et D.Clavet de l'Université de Sherbrooke, Canada.

La première version de ce guide a été ensuite discutée durant les journées de formation décentralisées CUMG UCL pour maîtres de stage qui eurent lieu en 2001-2002.
C'est cette épreuve remaniée que l'on vous propose. Nous souhaitons l'enrichir avec les remarques des utilisateurs .

Le 1er chapitre évoque les concepts qui sous-tendent la relation pédagogique au cours du stage. Dans le 2ème chapitre, la démarche clinique propre à la médecine générale est décrite. Le 3ème chapitre propose une série d' « outils » destinés à optimaliser le stage.

En annexe, nous reprenons quelques notions de base sur la communication médecin-malade et sur la consultation en médecine générale qui sont enseignées aux étudiants de 4ème doctorat filière médecine générale

Ce guide pédagogique paraît en même temps que le « Référentiel à l'usage du futur médecin généraliste », document complémentaire à ce guide et qui est, lui, destiné au stagiaire.

C. Minguet **D. Pestiaux** **D.Vanthuyne**

Chapitre 1

LES CONCEPTS

Lorsque nous parlons de stagiaire, nous incluons le stagiaire de 2ème cycle (le «stagiaire » à proprement parler) et celui de 3ème cycle, souvent appelé « assistant » et dont le nom officiel est « Médecin Généraliste en Formation Professionnelle » (MGFP).

Dans le terme de maître de stage, nous comprenons le maître de stage de 1er et de 2ème doctorat ; celui de 4ème doctorat et celui de DES, appelé aussi « maître de stage 1/1 »

Le « maître de stage 1/15 » qui est l'animateur des Séminaires Loco-régionaux est àce titre un enseignant privilégié, responsable des MGFP au niveau local et assurant la coordination de leur formation. Nous l'appellerons « maître de stage coordinateur et animateur de séminaire loco-régional ». Son rôle pédagogique n'est pas envisagé dans ce document.

1. Une relation triangulaire

Le maître de stage a constamment 2 « clients » en tête, durant le stage : le patient et le stagiaire

Cela implique qu'il doit gérer les 2 de front : en soignant un patient il doit penser à la place et au rôle qu'il donne au stagiaire et lorsqu'il est maître de stage, il doit penser que le patient est venu, lui , pour une consultation…

Le fait qu'il doit gérer cette double relation de front n'implique pas qu'il doit nécessairement les gérer simultanément. Il peut consacrer à chacun des temps séparés.

Remarque : Le terme de « client » , en Europe, a une connotation « économique ». On l'a volontairement utilisé pour souligner les obligations de cette double fonction.

2. A la fois compagnon et superviseur

Le terme *compagnon* recouvre les notions d'échanges , de présence sécurisante et amicale et en même temps de gardien de qualité (le devoir de soins de qualité au patient). Le terme *superviseur* évoque l'utilisation judicieuse d'un savoir et la transmission d'un savoir-être et d'un savoir faire , le maître de stage étant responsable de l'accomplissement des objectifs définis pour le stage.
Ces 2 termes ne sont pas contraires mais complémentaires. Comme maître de stage, on alterne en permanence entre ces 2 fonctions.

Par exemple, durant une consultation, on est à la fois compagnon (on observe) et à la fois superviseur (durant ces moments on décode ensemble le déroulement de la consultation et on explicite les situations rencontrées).

Cette balance entre les 2 notions est toujours présente même si elle varie durant le stage, où l'on devient avec le temps de plus en plus compagnon ; en quelque sorte on est aussi « super-pagnon » et « com-viseur »…

3. Et aussi Mentor…

Le *mentoring* pourrait se définir comme «un dialogue entre 2 praticiens autonomes sur base volontaire » .
Mentor, ami d'Ulysse, à la fois précepteur, tuteur, pédagogue, guide et professeur…
Le mentor serait une sorte de *passeur ,* aidant à aller d'un champ de conscience à un autre.

Le Mentor serait celui qui enseigne *la complexité* , spécificité de l'exercice de la pratique de la médecine générale
Dans le champ de la complexité en médecine générale, le mentoring peut faire passer de la compétence à la « capacité »

Compétence :	**Capacité :**
ce que les individus connaissent ou sont aptes à faire en termes de connaissance, d'aptitude, d'attitudes	concept étendu à ce que les individus s'adaptent au changement, génèrent un nouveau savoir, et continuent à augmenter leur performance

Remarque : pour ces notions nous renvoyons aux références suivantes dont elles sont issues :
Mentoring : R. Houdé, Le mentor : transmettre un savoir-être. Hommes et perspectives , 1996, 230pg
Complexité : S.W.Frazer, T.Greenhalgh. Coping with complexity : educating for capability. BMJ 2001; 323: 799-803

4. La préparation du stage : le temps de l'accueil

1. Expliciter ses valeurs

Avant de débuter un stage en 4ème doctorat et pour un MGFP avant de signer la convention qui le lie au maître de stage, lors d'une entrevue préalable, chacun doit pouvoir exprimer ses valeurs.

Les valeurs (ou croyances) constituent une qualité que l'on privilégiera durant le stage. Elle peuvent être différente suivant les maîtres de stage, d'où l'intérêt de les expliciter. Connaître les valeurs de l'autre permet d' éviter les conflits potentiels. L'honnêteté peut être une valeur de base pour un maître de stage, la ponctualité pour un autre, le respect de la vie familiale pour un troisième, et ce à des degrés divers.

Par exemple, l'honnêteté est présentée comme valeur essentielle par un maître de stage, ce qui signifie que celui-ci présuppose qu'il fera preuve d'honnêteté envers le stagiaire (transparence, mise à plat des difficultés) mais aussi qu'il attend la même chose du stagiaire.
Un autre exemple de valeur, c'est l'ouverture d'esprit : le maître de stage dira au stagiaire : « je suis prêt à me remettre en question avec toi ».

2. Le contrat pédagogique

Au delà des aspects organisationnels du stage, les aspects pédagogiques doivent être discutés lors de l'accueil du stagiaire .

- Exprimer les valeurs qui sous-tendent la relation de stage (honnêteté, confiance, réciprocité,…) ;
- Offrir un cadre pédagogique permettant de rencontrer les objectifs préalablement définis.
- Vérifier d'où l'on part en demandant par exemple au stagiaire où il se situe dans sa formation
- Donner des étapes de progression
- Déterminer des heures de débriefing et des outils de communication maître de stage-stagiaire (comme un cahier journalier des cas vus)

Par exemple , il est sécurisant pour l'assistant d'expliciter ce qu'on entend par « être disponible au téléphone cellulaire GSM » : si on lui dit :« tu peux toujours téléphoner », on sous-entend qu'il vaut mieux qu'il ne le fasse pas ; il vaudrait mieux lui dire « J'attends que tu me téléphone, ou j'apprécie que tu me téléphone »

3. Clarifier le déroulement du stage

Après avoir écouté ce que le stagiaire attend du stage, il est important de prévoir les moments nécessaires pour parler de sa progression en tenant compte du niveau d'atteinte des objectifs de formation forcément différents d'une année à l'autre.

Pour le MGFP, sa capacité d'autonomie sera évaluée par exemple en l'observant au cours du premier mois de sa formation..
L'autonomie doit être progressive tout en balisant le parcours de formation qui, nécessairement sera différent d'un MGFP àl'autre.

5. Le déroulement du stage

1. Les paliers de compétences :

Les stages de médecine générale à l'UCL sont évolutifs et présentent des paliers caractérisés par des niveaux de compétences différents

Un stage d' **initiation** en 1er doctorat
Un stage d' **observation** en 2ème doctorat
Un stage d' **intégration** en 4ème doctorat

Et après l'obtention du permis de pratique :

Un stage **de formation professionnelle** en 3ème cycle.

2. Les indices de la progression

- Critères directs : Le dossier médical rempli par le stagiaire, sa ponctualité, les lettres qu'il adresse aux confrères spécialistes, les réponses aux appels téléphoniques, la réalisation d'actes techniques,…

- Critères indirects : le feed-back des patients, des confrères, de la famille, des para-médicaux,…

- La perception par le stagiaire lui-même de sa progression, qu'il explicite à intervalles réguliers, grâce à l'utilisation du « Référentiel à l'usage du futur médecin généraliste »(document du CUMG UCL) ».
  (Remarque : un stagiaire compétent aura tendance à se sous-évaluer, un moins compétent àse sur-évaluer)

3. En DES, baliser les étapes de la progression

On peut distinguer 4 stades de progression du MGFP en stage 1/1 :

1) Les compétences qu'il se donne lors de l'accueil et la vérification de celles-ci par l'observation ainsi que l'identification des manques àcombler.

2) Le travail en commun avec observation directe , quotidienne, de la manière de pratiquer (gestion de la consultation, actes techniques,…) et la manière indirecte : (le feed-back des patients,…)

3) L'autonomie progressive, en évaluant les acquis : « Te sens-tu capable de voir ce patient seul ? » et « Quels sont les difficultés que tu rencontres avec ce type de patient ?

4) L'autonomie installée et contrôlée avec des moments d'échanges .

Chapitre 2

LA DEMARCHE EN MEDECINE GENERALE

La médecine générale a une démarche spécifique, Elle doit être clarifiée, explicitée, conceptualisée, afin d'être utilisée dans la relation avec l'assistant comme matériel d'enseignement.

1. Le modèle hypothético-déductif :

1. Au départ : les indices

Le médecin généraliste a appris àvoir, àsentir , àressentir les choses .
Il recueille des *indices.ou signaux* (des items d'information chargés de sens) .
Le contexte, le comportement du patient (« le non-verbal ») lui donnent déjà des indices.
En faisant extérioriser par le patient, au début de la consultation, ses plaintes avec ses propres mots, en étant àson écoute, il en recueille d'autres..

2. Générer des hypothèses :

Dès les premiers instants de la consultation, le M.G répond à ces signaux en générant des hypothèses diagnostiques (cardiaque, digestif,…) (« agenda du médecin »)

Exemple : le nom d'un patient sur l'agenda peut déjàgénérer une hypothèse.
Un autre exemple : un maître de stage raconte qu'il reçoit un jour un coup de téléphone de la femme d'un patient. De suite il a généré une hypothèse de maladie grave et urgente car depuis qu'il soigne ce patient c'est-àdire plusieurs années, c'était toujours le patient lui-même qui téléphonait.

Ces hypothèses sont générées au sujet de diagnostics possibles, de raisons de contacts, d'attentes du patient, etc…

Les patients eux aussi ont des hypothèses (« agenda du patient ») et on doit les vérifier . et rester àl'écoute de leurs appréhensions.

Les hypothèses tiennent compte également de la prévalence des problèmes de santé en première ligne.

Le M.G. fait ensuite la cueillette d'informations complémentaires en fonction des hypothèses générées.
Il est donc important de générer tôt des hypothèses diagnostiques.

Remarque : dans la méthode inductive, le médecin évite de penser à des hypothèses avant que les informations ne soient collectées.

3. Les hypothèses globalisantes et les scénarios de maladie :

S'il n'y a qu'un seul symptôme, on génère des hypothèses pour ce symptôme. S'il existe plusieurs symptômes et qu'on a plusieurs hypothèses pour chaque symptôme, on va se retrouver avec un grand nombre d'hypothèses, signe qu'on n'est pas sur la bonne voie. On fait alors une *hypothèse globale*.

Comme M.G., on repère des signaux et devant un cas on peut avoir à l'esprit un *scénario de maladie*, basé sur une connaissance pratique d'une maladie que l'on a déjà rencontré (par exemple quand on a vu une fois une hyperventilation, on repère tout de suite un cas similaire). C'est ce que les anglo-saxons (Sackett, clinical epidemiology) appellent le *« pattern recognition »*

4. L'examen clinique ciblé :

En médecine générale, on ne fait pas habituellement un examen clinique complet. L'examen clinique exhaustif fera plutôt partie d'une médecine qui utilise une méthode inductive, comme la médecine interne par exemple.

Ciblé suivant nos hypothèses, l'examen clinique en M.G. permet de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses.

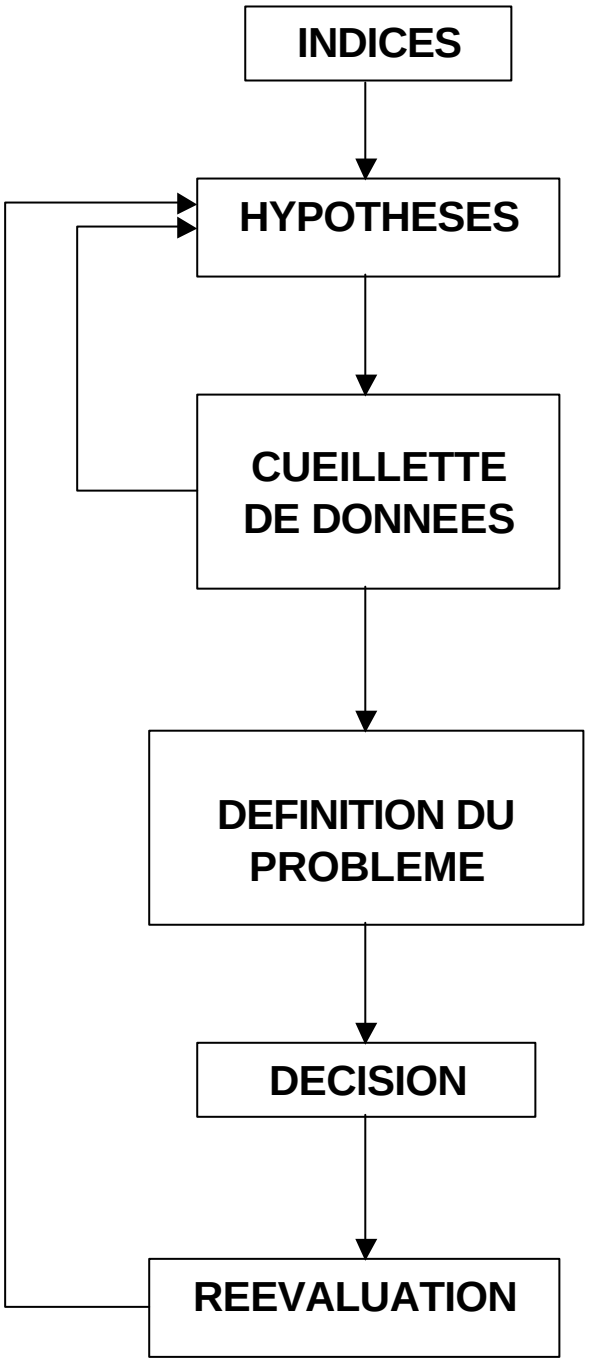
Par exemple une douleur abdominale générant comme hypothèse une appendicite, une diverticulite ou un côlon irritable verra un examen clinique ciblé sur la palpation de l'abdomen. La palpation peut générer de nouvelles hypothèses – comme une hernie – relançant l'examen clinique sur cette cible.

5. La gestion du temps :

Le temps peut être un *outil diagnostique* .
Exemple : « nous verrons demain comment a évolué cette gêne dans la fosse iliaque droite »

Le temps peut être aussi un *outil thérapeutique .*
En déterminant le degré d'urgence du cas et en établissant avec le patient une liste de priorités, on peut découper de notre travail dans le temps (sur plusieurs consultations)

La démarche hypothético-déductive



2. Complexité , incertitude et facteurs contextuels

1. Gérer une demande complexe :

Déterminer la vraie demande du patient par des techniques de communication

Exemples de technique de communication :
Ouvrir la consultation par une écoute attentive et des questions ouvertes (« Qu'est ce qui vous amène àla consultation ? »)
Laisser au patient un temps de réponse suffisamment long respectant ses silences.
Reformuler la demande du patient

Structurer avec le patient des étapes de la gestion de la demande .

2. Gérer l'incertitude diagnostique :

Des présentations atypiques, des pathologies au début de leur évolution, un manque de données du à l'absence d'examens paracliniques entraînent une incertitude.
Il faut d'abord gérer celle-ci en partageant avec le patient les hypothèses et plan de traitement .
Il faut aussi envisager avec le patient la place du temps pour lever cette incertitude. Il faut enfin apporter une réponse au patient et prendre une décision même en cas d' absence de diagnostic.

3. Gérer àla fois le clinique et le psycho-social :

Les facteurs familiaux, culturels religieux et psycho-sociaux peuvent être présents à tous les niveaux : les hypothèses , les moyens de vérification, la négociation, la décision sont donc influencés par ceux-ci.

3. La dimension préventive : l'éducation du patient et le bilan de santé :

Il est nécessaire de vérifier la compréhension du patient par rapport àun bilan ou àun examen de santé.
En ce qui concerne le bilan de santé, Le M.G. connaît les recommandations de bonne pratique et ce qui se fait sur un plan local .

4. Ce qui fait aussi partie de notre démarche de généraliste :

- Expliquer au patient les scénarios de maladie et les arbres décisionnels de 2ème ligne élaborés avec d'autres possibilités d'investigation.

- Expliquer au patient les différents examens que celui-ci subira en 2ème ligne et donner une réponse sur les questions qu'il se pose en relation avec la rencontre de ces services.

Chapitre 3

LES OUTILS

A partir des concepts et de la démarche spécifique àla médecine générale, on peut tirer quelques outils àutiliser durant le stage de médecine générale

1. L'accueil ou première entrevue :

1. La présentation de ses valeurs en relation avec le travail :

Comme préliminaire au stage , expliciter son système de valeur dans le travail (prévention des conflits)

2. Définir l'objectif du stage :

Pourquoi l'assistant a t'il choisi ce lieu de stage ?
Pourquoi le M.S. prend-il un assistant ?

3. Situer le point de départ

En demandant àl'assistant : « Quelles sont tes compétences ? » ou « Comment as-tu cheminé dans ta formation ? » « Quelle est ta vision de la médecine générale ? » « As-tu des attentes ? « « As-tu des craintes ? » etc…

4. Définir ensemble un cadre pédagogique :

Expliciter les concepts de compagnon , de superviseur, de mentor

5. La convention cadre et les aspects financiers

La convention-cadre du stage proposé par le CUMG UCL (et disponible sur demande ou sur le site www.cumg.net) est un outil pour discuter des aspects organisationnels et financier du stage

Remarque : en fait, il existe une similitude entre cette entrevue et une consultation médicale : de la demande de l'assistant àla négociation du suivi…

2. Au début du stage

1. Donner des étapes de progression

En présentant le concept des 4 étapes de progression et en les situant approximativement dans le temps (variations individuelles)

2. Déterminer ensemble les horaires de débriefing des patients

Pour le début du stage. Tous les soirs ? les midis ?

3. Déterminer des espaces régulier pour la discussion pédagogique

A côté du débriefing des patients , il y a des moments pour faire le point sur la progression de ses compétences, pour résoudre un point difficile ou un conflit…

4. Choisir des outils de communication

Comme un carnet journalier, un dossier sur le bureau de l'ordinateur ,…

3. La communication pendant la supervision :

1. Laisser parler l'assistant et donc l'écouter

2. Lui poser des questions ouvertes : « As-tu pensé àd'autres hypothèses devant ce cas ? »

3. Valoriser l'assistant au fur et àmesure de l'acquisition de ses compétences
4. (feed-back positif)

5. Eviter les feed-back négatifs : en effet, en apprentissage, on a tendance à se mettre en position de défense ; et si on est en « mode défense », on n'est pas en « mode apprentissage »

6. Préférer dire des choses comme : « c'est normal qu'àton niveau, tu ne maîtrise pas encore cette compétence »

7. Vérifier la compréhension du message

4. Les consignes d'observation et de participation

1. Au début du stage, cibler l'observation de l'assistant sur un point précis :

Exemple :
« Concentre-toi sur le début de consultation : le non-verbal du patient »
« Observe la reformulation pour vérifier la demande du patient »
« Ecoute la négociation pour un examen particulier… »

Remarque : Chaque module d'observation est suivi d'un espace de communication avec l'assistant.

2. En cours de stage, les consignes de participation sont discutées :

Exemple : « Monsieur Untel que tu connais va venir à la consultation pour une infiltration d'épaule : te sens-tu capable à présent de la faire et veux-tu que je sois à côté de toi pour revoir ensemble nos repères ? »

3. Une revue systématique des cas vus la journée : sur base d'une tournée de visites ou d'une consultation par exemple : faire une reformulation-résumé du cas.

5. Des objectifs d'apprentissage pour le stage de médecine générale

1. S'approprier les spécificités de la médecine générale, en mettant des mots sur sa démarche de médecin généraliste

2. Roder la démarche hypothético-déductive :

   - Les indices : porter l'attention sur le contexte et les préoccupations du patient

   - L'élaboration d'hypothèses diagnostiques :
     Les hypothèses doivent être adaptées à la première ligne

     Susciter la génération d'hypothèses :
     « A quoi as-tu pensé devant ce cas là? »
     « Penses-tu comme moi, je vois trois hypothèses :… »
     (Remarque : l'honnêteté du M.S., standard de référence , qui avance ses propres hypothèses)

   - Définir le problème avec le souci de trouver un terrain d'entente avec le patient
   - Lors du recueil de données et de la réévaluation, susciter de nouvelles hypothèses

3. Raffiner l'organisation des connaissances :

- Revisiter le scénario de maladie pour une hypothèse :

Exemple : « Tiens, décris-moi comment va se présenter l'ulcère gastrique dans la première ligne » ou « Dis-moi si la même chose te vient àl'esprit : je pense àun « pattern » de violence conjugale chez ce patient que nous avons vu ensemble, ce matin.

Remarque : un scénario existe pour chaque hypothèse élaborée àpartir d'une plainte . Il tient compte du mode de présentation en première ligne

- Revisiter les arbres décisionnels en établissant des étapes de décision tenant compte de l'histoire naturelle de la maladie

6. Documenter l'apprentissage

1. Un carnet journalier des patients vus

2. Une « icône » sur le bureau de l'écran de l'ordinateur où se trouvent toutes les questions pédagogiques que se pose l 'assistant et qui seront discutées àla prochaine entrevue pédagogique.

3. Une page hebdomadaire réservée dans l'agenda du cabinet (ex. la page du dimanche)

7. Gérer les situations conflictuelles qui pourraient survenir entre le maître de stage et le stagiaire

- Partir des émotions
- Les normaliser-valoriser
- Puis faire une offre : « je te propose … »

Annexes :

NOTIONS DE COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT

Notes réalisées sur base d'un exposé :
« La communication patient- médecin : une compétence clinique essentielle »
(M.Th Lussier et Claude Richard (Montréal) , 20.06.2001)

Quelques préjugés qui ont la vie dure… :

- « La communication est une qualité innée. »
- « C'est un nice to have et pas un must to have »
- « C'est l'écoute attentive, l'empathie »
- « On n'a pas le temps, ça prend trop de temps »

Impact de la communication sur les résultats de soins :

L'étude de Stewart montre un impact de la communication sur

- l'amélioration santé émotionnelle
- la disparition des symptômes
- l'amélioration fonctionnelle
- le contrôle de la glycémie et de la tension artérielle
- le contrôle de la douleur
- la diminution des investigations/consultations

STEWART M. et al. – The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of family practice* (1/9/2000)

la communication ça s'apprend :

- communiquer ne relève pas d'une caractéristique de la personnalité (rem. il y a bien entendu des + doués que les autres)
- habileté qui peut être apprise

Kalamazoo Consensus conference 2001 :

les 7 éléments essentiels : ouvrir la discussion, recueillir les informations, comprendre la perspective du patient, construire une relation, partager l'information, trouver un terrain d'entente, conclure l'entrevue.

(MAKOUL G. – Essential elements of communication in medical encounters. The Kalamazoo consensus statement, *Academic Medicine* **76:** 390-393, 2001.)

le modèle des 3 fonctions :

1) recueillir l'information de façon àporter un diagnostic ou comprendre le problème et le patient :

Tableau 1 ***Fonction 1 : recueillir l'information***

Tâche àeffectuer :	**Type d'énoncé :**
Identifier les motifs de consultation	*Qu'est-ce qui vous amène ?*
Dresser la liste de toutes les difficultés qu'éprouve le patient	*Y a-t-il autre chose ?*
Négocier avec le patient l'agenda de la rencontre	*Compte tenu du temps que nous avons à notre disposition, quels sont, àvotre avis, les problèmes les plus pressants ?*
Recueillire les faits sous forme de narration	*Racontez-moi ce qui c'est passé .*
Vérifier les réponses du patient	*Que voulez-vous dire ?*
Faciliter les réponses du patient	*Continuez…hum,hum*
Résumer régulièrement	*Si je résume, vous êtes tombé sur la glace il y a deux jours et la douleur est apparue dans le bas du dos quelques heures plus tard…*
Parler un langage accessible	*Douleur dans le bas du dos*
Apprendre la perspective	*A votre avis, quelle est la cause du problème ? Qu'est-ce qui vous inquiète ?*
Apprendre les effets du problème sur la vie du patient	*Comment ce problème affecte-t-il votre fonctionnement ?*
Identifier les attentes	*Qu'est-ce que vous espérez de notre rencontre ?*

2) construire une relation :

Tableau 2 : Fonction 2 : développer la relation

Tâches à effectuer	Type d'énoncé
Accueillir le patient par son nom	*Bonjour, Madame Y.*
Se présenter et définir sa fonction comme médecin	*Je suis le Dr X. Je suis le médecin de garde à la clinique aujourd'hui.*
S'assurer que le patient est confortablement installé	
Etre sensible aux expressions d'émotion, que celles-ci soient verbales , non verbales ou paralinguistiques	*A la patiente qui bouge constamment sur sa chaise : Vous semblez nerveuse ?. Que se passe-t-il ?*
Encourager le patient à poser des questions sur le diagnostic	*A ce stade-ci, avez-vous des questions ?*
Discuter du plan de traitement en encourageant la participation du patient	*Pensez-vous pouvoir diminuer votre consommation de sel ?* *Comment allez-vous vous y prendre pour faire plus d'activité physique ?* *Pouvez- vous marcher 10 minutes par jour ?*
Préciser le suivi	*Voyez la secrétaire pour fixer un rendez-vous dans un mois afin de vérifier votre tension artérielle et de faire le point sur les changements dont nous avons discuté.*
Saluer le patient	*Au revoir, Madame Y.*

3) stratégies motivationnelles (pour le traitement)

Tableau 3 : Fonction 3 : éduquer et motiver le patient à suivre les recommandations

Fournir une information qui soit exacte et adaptée :

- Transmettre l'information en petits blocs
- Vérifier régulièrement la compréhension du patient en lui demandant de résumer en ses propres mots ce qu'il a retenu
- Partager l'information sur le problème ou le diagnostic en tenant compte de ce que le patient connaît déjà Du « sur-mesure » plutôt que du « prêt-àporter »
- Donner l'information au bon moment, ni trop tôt, ni trop tard (bon timing)
- Répéter souvent les renseignements importants
- Utiliser plus d'un moyen pour expliquer la même chose (par ex. : le dire et l'écrire)
- Prévoir les difficultés potentielles (échec du traitement, effets indésirables, délai dans le début d'action) et discuter de la marche àsuivre

Motiver le patient :

- Identifier les barrières potentielles et discuter de stratégies
- Obtenir un engagement de la part du patient àactualiser le plan
- Prévoir le suivi

LA CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE

Structure générale de la consultation

Dans sa structure, la consultation comprend schématiquement trois étapes :

- ***le début*** : dans la première étape, c'est le patient qui mène la conversation en *présentant* une question ou une plainte et le médecin s'*oriente* une première fois dans une écoute attentive et empathique.

PATIENT ⇒ MEDECIN

- ***le milieu*** : dans la deuxième étape, le médecin mène une *collecte dirigée d'informations* et propose une *conduite* àtenir.

MEDECIN ⇒ PATIENT

- ***la fin*** : dans la troisième étape, le patient et le médecin *clôturent* la consultation dans un accord mutuel sur la suite àdonner àla demande du patient.

PATIENT ⇔ MEDECIN

L' « agenda » du patient , l' « agenda » du médecin

Levenstein propose un modèle où les deux agendas, celui du patient et celui du médecin, sont suivis en parallèle pour finalement s'intégrer mutuellement (the patient centered clinical method).

Le patient présente
des indices de malaise
↓
deux agendas parallèles

↙	↘
l'agenda du médecin	**l'agenda du patient**
anamnèse	**attentes**
examen clinique	**questions**
examens complémentaires	**craintes**
↓	**↓**
diagnostic différentiel	**compréhension du vécu de la maladie**
↘	**↙**

intégration

Une démarche scientifique et humaniste : la médecine centrée sur le patient

Nous proposons donc un modèle de démarche diagnostique tout à fait pertinent et faisable en médecine générale. Au delà de la structure de la consultation, le soignant doit appliquer un modèle de soins centré sur le patient

Alors que la démarche diagnostique s'attache à objectiver les indices fournis par le patient et à les traduire en terme de maladie (disease), le modèle de médecine centrée sur le patient intègre des données beaucoup plus larges dans la consultation, qui sont l'expérience vécue par le malade en tant que personne (illness), son contexte de vie, son éducation àla santé, sa relation au médecin.

Le dossier en médecine générale

Comment garder une trace écrite structurée de la consultation quand on en perçoit toute la complexité ? Le modèle le plus utilisé qui est aussi simple et aisément reproductible est celui de la SOAP-logique. Elaboré par WEED dans les années 1970, il est encore aujourd'hui d'application. Il permet de construire un dossier où chaque contact est noté de manière claire et facilement consultable.

S pour subjectif : Quelle est la plainte présentée, que représente-t-elle pour le patient, comment est-elle vécue ? Nous sommes dans le début d'entretien ouvert et dans l'attention portée àl'univers du patient. Il s'agit de noter, si possible avec les mots du patient la raison du contact (RFC : Reason For Contact) qui peut d'ailleurs être codée avec la CISP (Classification Internationale en Soins de santé Primaire).

O pour objectif : Quels sont les renseignements cliniques objectivés par le médecin ? Ces informations sont rassemblées par la collecte dirigée et concernent tant l'anamnèse que l'examen clinique et les éventuels examens para clinique. Il s'agit essentiellement de noter dans le dossier les éléments nouveaux en relation avec la plainte actuelle du patient.

A pour appréciation : On ne parle pas ici de diagnostic mais bien d'appréciation àpropos d'une situation donnée. En fonction des données recueillies et des hypothèses formulées, il s'agit ici de choisir la ou les hypothèses retenues pour la rencontre médecin-patient. Il s'agit d'une étape essentielle de la consultation puisque c'est elle qui va orienter la fin de consultation.

P pour planification : Qu'ai-je décidé d'un commun accord avec le patient pour la suite ? Le terme est très large et comprend tant un traitement médicamenteux que la prescription d'un examen complémentaire, une attitude attentiste, un conseil ou une information donnée au patient.

Au terme de la rencontre, les affections identifiées vont être traitées ou guérir spontanément. Si elles présentent un caractère significatif important pour l'histoire médicale du patient, elles sont notées au **dossier qui constitue la mémoire du médecin**.

TABLE DES MATIERES

Chapitre 1 : LES CONCEPTS

1. **Le concept des 2 clients**

2. **A la fois compagnon et superviseur**

3. **Et aussi Mentor…**

4. **La préparation du stage : le temps de l'accueil**
    1. **Expliciter ses valeurs**
    2. **Le contrat pédagogique**
    3. **Clarifier le déroulement du stage**

5. **Le déroulement du stage**
    1. **Les paliers de compétence**
    2. **Les indices de progression**
    3. **En DES, baliser les étapes de la progression**

Chapitre 2 : LA DEMARCHE

1. **Le modèle hypothético-déductif**
    1. **Au départ : les indices**
    2. **Générer des hypothèses**
    3. **Les hypothèses globalisantes et les scénarios de maladie**
    4. **L'examen clinique ciblé**
    5. **La gestion du temps**

2. **Complexité , incertitude et facteurs contextuels**
    1. **Gérer une demande complexe**
    2. **Gérer l'incertitude diagnostique**
    3. **Gérer à la fois le clinique et le psycho-social**

3. **La dimension préventive : l'éducation du patient et le bilan de santé**

4. **Ce qui fait aussi partie de notre démarche de généraliste**

Chapitre 3 : LES OUTILS

1. **L'accueil ou première entrevue**
2. **Au début du stage**
3. **La communication pendant la supervision**
4. **Les consignes d'observation et de participation**
5. **Les objectifs d'apprentissage pour le stage de médecine générale**
6. **Documenter l'apprentissage**
7. **Gérer les situations conflictuelles qui pourraient survenir entre le maître de stage et le stagiaire**