



*Département Universitaire  
de Médecine Générale*

# Portfolio

**Outil d'évaluation formative du troisième cycle de médecine  
Année 2006-2007**

Bonjour,

Bienvenue dans le 3<sup>è</sup> cycle de médecine générale de la faculté de médecine de TOURS.

Vous sortez d'un 2<sup>è</sup> cycle de faculté dont l'objectif principal est l'acquisition de savoirs généraux en médecine.

Le 3<sup>è</sup> cycle de médecine générale, à TOURS, a pour objectif l'acquisition de **compétences en médecine générale** regroupant des

- Savoir spécifique
- Savoir faire
- Savoir être.

La faculté de médecine de TOURS a la responsabilité de proposer à vos futurs patients, un médecin généraliste dont elle peut certifier la compétence.

Le Département Universitaire de Médecine Générale (**DUMG**) de TOURS est soumis à cet impératif. Il en est même le garant.

La faculté met à votre disposition un outil d'évaluation formative : **le portfolio**.

#### **Le portfolio a pour objectifs :**

- Préciser progressivement votre projet professionnel de médecin généraliste.
- Colliger les éléments validant la maquette du 3<sup>è</sup> cycle de la faculté.
- Indiquer les compétences à acquérir en médecine générale.
- Présenter les outils facilement utilisables pour acquérir ou pour valider ces compétences.
- Valider l'acquisition de vos compétences de médecin généraliste.

#### Organisation du portfolio :

##### **La fiche administrative**

La fiche administrative sert à identifier tuteur et tuteuré. Vous y porterez les éléments de votre parcours à la faculté de médecine. (Donnez la photocopie de cette fiche à votre tuteur afin qu'il puisse conserver vos coordonnées).

##### **La fiche de contacts**

Gérez les contacts avec votre tuteur : utilisez la fiche de contacts qui permettra, en communiquant une photocopie au secrétariat du DUMG, de suivre vos réunions et déclencher l'indemnisation pédagogique de votre tuteur.

##### **Document « projet professionnel ».**

Cette partie fixe le point de départ de votre parcours du 3<sup>è</sup> cycle de médecine générale.

Seul(e), vous pouvez ici :

- écrire les éléments de votre projet professionnel (aussi imprécis qu'il puisse être...).
- écrire vos intérêts personnels pour le métier de médecin généraliste.

Dater les écrits dans votre portfolio permettra de les relire et de réfléchir à l'évolution

de votre projet professionnel.

### **Comprendre de quoi il s'agit : Principes de Médecine Générale.**

Le texte sur les « principes de médecine générale » est fondateur.

Il fixe ce qu'est la *discipline* de médecine générale. A ce titre, il mérite d'être relu au fur et à mesure que votre expérience grandit.

### **Compétences génériques de la *discipline médecine générale*.**

Ce document regroupe l'ensemble des compétences génériques à posséder pour vous qualifier « médecin généraliste ».

Utilisez bien les différentes expériences cliniques vécues (stages hospitaliers et ambulatoires, revue de dossier, formation médicale continue, groupes de pairs, groupes de pratique, etc..) : elle seront l'occasion de visiter les différentes compétences utiles à l'exercice de la médecine générale.

Votre tuteur, qui est un enseignant de la discipline, pourra vous préciser, si vous ne l'avez pas vous même repéré, celles qui vous restent acquérir pour compléter votre formation.

Vous apporterez la preuve de ces acquisitions par la production de traces d'apprentissage.

### **Traces d'apprentissage : écriture des pratiques.**

L'écriture de vos pratiques professionnelles est le critère essentiel de validation d'acquisition de compétence en médecine générale.

Ecrire requiert une méthodologie stricte qui vous sera exposée au cours d'un séminaire théorique centralisé et au cours de vos groupes de pratique localement.

Le document sur l'évaluation des Récits de Situation Complexe Authentique vous expliquera comment écrire vos pratiques, ce sur quoi il vous faudra vous former. (cf. page 19)

### **Votre portfolio**

- est donc la collection organisée de vos travaux et réflexions, permettant d'obtenir des informations sur les compétences développées au cours de votre période d'apprentissage.
- constitue une trace de l'ensemble des travaux personnels ou collectifs que vous allez réaliser au cours de votre troisième cycle.
- recoupe l'ensemble de ce dont vous avez besoin de maîtriser pour exercer la médecine générale.
- constitue un outil d'apprentissage et d'évaluation formative et de validation.

**Son développement est progressif  
au cours des 3 années  
de votre troisième cycle.**

Vous devrez donc **explicitement** : (ce qui est habituellement et totalement fait implicitement)

1. **reconnaître, définir et catégoriser** les différentes dimensions des situations cliniques recensées.

2. **formaliser les compétences nécessaires** à la résolution de ces problèmes.

3. **identifier les différentes connaissances contributives** à la construction de ces compétences

4. **explicitier** la manière dont vous vous êtes approprié ces connaissances.

### IL EST VOTRE PROPRIETE

**A terme, de la manière dont vous l'entendez (intercalaires, rubriques, ...) votre portfolio sera une « compilation structurée de documents variés » :**

- scripts d'observations cliniques de problèmes complets ou de certains évènements (échecs, incidents,...),
- notes d'analyse bibliographique critique,
- éléments de projet(s) de thèse avec justification, thème etc....
- résumés d'entretiens avec des personnes ressources ou de discussions collégiales (groupes de pratique, groupes de pairs, staffs...)
- descriptions de projets en cours,
- "journaux de bord" d'activités professionnelles,
- entretiens avec des patients,
- tâches procédurales, (diverses problématiques de gestion...)
- diverses attestations de présence aux séminaires de FMC, de la faculté, (...)
- etc. ....

**Faites le point régulier de vos acquisitions** de compétences professionnelles et de vos **besoins de formation**, avec votre tuteur **3 à 4 fois par an**

## **PORTFOLIO ET VALIDATION DU 3È CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Au terme de votre 3è cycle, les traces d'apprentissage contenues dans votre Portfolio permettront de valider votre compétence professionnelle dans le cadre du DES.**

**En fin de première et deuxième année de DES, vous ferez le point avec la commission de suivi sur l'évolution de votre cursus .**

## Fiche administrative

### Interne

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone

Courriel :

### Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone

Courriel :

### Stages

Lieu

Validation  
(oui-non)

1<sup>er</sup> semestre :

2<sup>e</sup> semestre :

3<sup>e</sup> semestre :

4<sup>e</sup> semestre :

5<sup>e</sup> semestre :

6<sup>e</sup> semestre :

Autres stages

## Fiche contact

**Tuteur :**

**Interne :**

**Année d'intégration :**

**Date**

**Signature tuteur**

**Signature tuteuré**

## **Votre projet de médecine générale**



# PRINCIPES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

par Denis Pouchain (\*)

Les Savoirs de la médecine générale ont longtemps reposé sur des bases empiriques qui en faisaient un ensemble informel et subjectif. De nombreux travaux ont tenté d'apporter les notions théoriques nécessaires pour décrire et expliquer le fonctionnement de cet ensemble et en définir les concepts. L'argumentation s'est appuyée sur la notion de spécificité. Cette formulation recouvre des éléments essentiels mais parfois insuffisamment développés. La définition plus précise de la médecine générale passe par l'identification des principes essentiels qui régissent son organisation. C'est une étape indispensable à la construction d'un modèle conceptuel et à l'émergence d'une discipline scientifique.

## DES MODÈLES RÉDUCTEURS

Pour définir la médecine générale, plusieurs modèles théoriques ont été présentés. Une première conception a fait état d'un système composé d'un fragment de chaque spécialité et la juxtaposition de ces fragments constituerait un ensemble homogène. Dans cette optique, la médecine générale serait une discipline patchwork constituée d'un petit morceau de savoir sur tout. Cette conception est centrée sur la maladie et ne rend pas compte d'une réalité bien plus complexe.

Parallèlement, et au nom de l'unicité de la médecine, une autre définition a été proposée. La médecine générale correspondrait à l'application d'un même savoir médical mais appliqué dans un autre lieu que l'hôpital. Dans cette approche, la médecine générale ne serait qu'une discipline d'exercice. Son contenu ne serait pas différent de celui de la médecine interne par exemple, mais ses conditions d'application seraient particulières. Cette perspective est centrée sur le médecin et ne peut recouvrir tout le champ de la pratique.

Ces deux modèles sont insatisfaisants, car ils simplifient à l'extrême l'identité de la médecine générale, "empruntent" son contenu à d'autres disciplines, et font abstraction du patient.

La question fondamentale est : existe-t-il un contenu spécifique de la médecine générale, et si oui, quels sont les éléments qui permettent de le développer ?

## HISTOIRE D'UNE PROGRESSION THÉORIQUE

Au niveau international, une réflexion est menée depuis longtemps pour définir les grands principes de la médecine générale. Dès 1974, le groupe Leeuwenhorst, qui a donné naissance à l'European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), a proposé une description de l'activité du médecin généraliste. En 1977, la Corporation professionnelle des médecins du Québec a publié une brochure sur les fonctions de l'omnipraticien. Dans le même temps, une résolution du Conseil de l'Europe a élaboré une définition de l'omnipraticien. La WONCA (World Organisation of National Colleges and Academies of General Practitioners/Family Physicians) a fait des recommandations sur le rôle du médecin de famille. La notion de polyvalence a été introduite comme principe de la médecine de famille canadienne. En 1993, M. Marinker a présenté une communication sur les tâches du généraliste et les caractéristiques de la médecine générale. Le Royal College of General Practitioners a publié une brochure pour déterminer ce qu'est la médecine générale. Plus récemment, la conférence commune OMS-WONCA a proposé la contribution du médecin de famille pour rendre la pratique et l'enseignement médical plus en rapport avec les besoins des patients.

En France, quelques travaux ont engagé la même démarche de réflexion. Ils concernaient en particulier la description du champ d'activité ou la définition des

fonctions. A partir de l'observation de la pratique, des groupes de travail ont contribué à l'analyse du contenu de la médecine générale. Le rôle primordial du médecin généraliste dans le système de soins a été développé par ailleurs.

Tous ces documents posent un problème de fond : ils ne dissocient pas clairement la médecine générale et le médecin généraliste. La distinction entre les principes essentiels de la discipline et les tâches professionnelles du praticien offre un double intérêt : elle permet de définir un contenu d'enseignement spécifique et positionne la médecine générale comme une discipline à part entière.

## **LES PRINCIPES ESSENTIELS**

L'approche théorique de la médecine générale repose sur dix principes essentiels. C'est leur coexistence qui permet de définir une discipline clinique.

### **I. Une approche centrée sur le patient**

Le point de départ de la démarche clinique est le patient : ses demandes, ses besoins et sa personnalité. Il est aussi important de s'occuper du vécu de la maladie que de la maladie elle-même, car l'anamnèse centrée sur le patient améliore le résultat final. Le dénominateur commun est la personne, avec ses croyances, ses peurs, ses attentes, ses affections.

Quatre conséquences en découlent :

- la décision résulte d'une négociation avec le patient,
- la prise en compte des aspects personnels demande un travail relationnel et donc une formation adaptée,
- la relation médecin-malade qui procède de cette approche, inclut le médecin dans le processus thérapeutique,
- dans les études épidémiologiques, la primauté du patient nécessite l'utilisation de classifications à plusieurs entrées comme la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

### **II. La prise en compte de l'environnement du patient**

Les rapports entre le patient et son environnement sont permanents. Le cadre de vie, le milieu professionnel, l'origine et les habitudes culturelles, et surtout la famille interfèrent régulièrement sur les problèmes pathologiques. Le patient ne peut être isolé de son contexte et sa prise en charge intègre de multiples facteurs d'influence. Chaque patient a une histoire personnelle et familiale et la maladie prend un sens dans cette histoire. La décision médicale tient compte des conséquences des événements de vie qui traversent l'existence du patient. Centrée sur le patient et ouverte sur son environnement, cette approche globale éclaire la signification des symptômes. La connaissance de l'environnement est facilitée par la proximité sur le terrain, et nécessite une compétence humaine développée.

### **III. Un champ d'activité défini à partir des besoins et des demandes des patients**

La médecine générale est le recours le plus accessible et le plus courant pour les problèmes de santé. Elle développe un champ d'activité déterminé par les besoins et les demandes des patients. Cette perspective recouvre des domaines variés et nécessite une polyvalence des soins. Il en découle l'acquisition de compétences adaptées et évolutives mais aussi une prise en charge à géométrie variable, chaque praticien en assurant tout ou partie. De plus, la médecine générale, placée à l'interface de la population et des structures médico-sociales, tient un rôle déterminant. La gestion simultanée des intérêts individuels et des problématiques collectives maintient un équilibre entre des sollicitations a priori opposées.

#### **IV. Une réponse à la majorité des motifs de recours aux soins**

L'étude du CREDES montre que, en dehors des problèmes ophtalmologiques, obstétricaux et dermatologiques, tous les motifs de consultation sont pris en charge majoritairement en médecine générale. En particulier, un fort pourcentage concerne les maladies endocriniennes et métaboliques (91%), les affections digestives (88%), les atteintes de l'appareil cardio-vasculaire ou respiratoire (87% chacune), les lésions ostéo-articulaires ou traumatiques (86% chacune), les troubles mentaux et du sommeil (65%). Ainsi, la plupart des problèmes de santé de la population, qu'ils soient biomédicaux ou psychiques, sont traités et/ou suivis en médecine générale.

#### **V. Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves**

La prévalence est le rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une maladie et l'effectif de la population concernée susceptible d'être atteinte par cette maladie. Pour les pathologies constituées, potentiellement graves ou mortelles, cette prévalence est plus faible en médecine générale qu'à l'hôpital en raison de l'absence de sélection. Or, pour le diagnostic, la valeur prédictive positive ou négative (probabilité d'être atteint ou non de la maladie) d'un signe clinique ou d'un test dépend de la prévalence de la maladie dans la population concernée. Plus cette prévalence est faible, plus la valeur prédictive positive diminue. Le même signe n'a donc pas la même valeur prédictive en ambulatoire et à l'hôpital, ce qui explique les différences de procédures décisionnelles. En médecine générale, la faible prévalence des maladies graves impose une démarche diagnostique probabiliste qui tient compte de cette réalité statistique.

#### **VI. Une intervention au stade précoce des maladies**

Le patient consulte souvent dès l'émergence des symptômes. A ce stade précoce, il est difficile de faire un diagnostic précis et définitif. A la phase d'état, les signes cliniques sont relativement évocateurs. Il n'en est pas de même pour les signes de début qui sont souvent indifférenciés. Après avoir écarté une évolution grave à court terme, la décision peut être la mise en attente jusqu'au développement éventuel de l'affection. La faible prévalence et le stade précoce des maladies ne permettent pas d'élaborer d'emblée un diagnostic complet. Le "résultat de consultation" proposé par Braun est un diagnostic de situation qui laisse une place au doute. La position diagnostique reste le plus souvent au niveau de signes cardinaux ou de groupe de symptômes, quelquefois au niveau de tableau de maladie, rarement au niveau de diagnostic complet.

#### **VII. La gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples**

Le patient consulte souvent pour plusieurs motifs ou plaintes. Il présente en moyenne deux motifs de recours et ce chiffre augmente avec l'âge. Les polyopathologies sont fréquentes et concernent particulièrement les personnes âgées. La médecine générale intègre ces nombreuses sollicitations dans le temps d'un même acte médical. La réponse simultanée à la multiplicité des demandes nécessite une gestion hiérarchisée des problèmes qui tient compte à la fois des priorités du patient et de celles de la médecine.

#### **VIII. La capacité de suivi au long cours**

La médecine générale développe une approche dans l'instant et dans la durée. Elle offre au patient l'opportunité d'une prise en charge régulière au long cours et la possibilité d'un suivi de la naissance à la mort. Elle assure la continuité des soins grâce à un accompagnement des patients tout au long de leur vie. Le dossier médical jalonne et facilite ce suivi, il en est la trace explicite. Il est la mémoire objective des consultations mais il n'est qu'un élément de l'histoire commune entre le patient et le médecin. La charge affective qui s'accroît souvent au fil des rencontres est un aspect peu étudié de la relation établie : c'est la compagnie d'investissement mutuel de M. Balint.

## **IX. L'aptitude à la coordination des soins**

La synthèse des diverses interventions médicales concernant le patient, la circulation de l'information, l'organisation cohérente du circuit de soins reposent sur l'existence même d'un dispositif de coordination. La médecine générale remplit ce rôle de pivot du système de soins, même si les conditions structurelles ne sont pas toujours réunies. L'accès direct aux spécialistes et aux autres intervenants de santé complique parfois le rôle de coordination. Le développement des filières de soins et des réseaux coordonnés permet d'envisager un travail d'équipe autour du patient, qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

## **X. Une pratique efficiente**

Le traitement des problèmes courants requiert des solutions simples et évite souvent une évolution péjorative, source de prises en charge plus complexes et onéreuses. Un plateau technique léger limite la surenchère des investigations et optimise les coûts. La proximité, la continuité et la coordination des soins, la connaissance du patient améliorent la réponse médicale. La médecine générale limite les coûts à leur réelle nécessité et propose au patient une attitude raisonnée en terme de consommation de soins médicaux. C'est une pratique efficiente, au sens économique du terme anglo-saxon, qui recouvre les concepts de coût/efficacité et de coût/utilité. La faible part de la médecine générale dans les dépenses de santé, comparée au nombre de patients soignés, atteste de cette réalité.

## **UN MODÈLE GLOBAL**

La médecine générale est construite sur un modèle théorique différent de celui de la médecine spécialisée, même s'il repose sur des connaissances biomédicales de base communes. Elle reproduit un modèle global, centré sur le patient, ouvert sur l'extérieur, considérant la maladie comme l'ensemble ou la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux. Cette conception de la santé en tant que phénomène complexe est comparable à l'approche bio-psycho-sociale de Engel. Elle nécessite un système de formation spécifique, issu des sciences biologiques comme des sciences humaines, visant à l'acquisition de compétences scientifiques et relationnelles. Elle doit reposer sur une recherche appliquée, permettant d'affiner et de valider son contenu.

Ce modèle global intègre les fonctions spécifiques de la médecine générale : le premier recours, la prise en charge globale, la continuité et le suivi, la coordination des soins et le rôle de santé publique. Il est caractérisé par des démarches diagnostiques et des stratégies thérapeutiques spécifiques. Il détermine les tâches professionnelles qui découlent des fonctions et qui en permettent l'application sur le terrain. Il permet de décrire une discipline médicale qui se trouve à l'interface de l'individu et de la collectivité.

Le modèle global qui résulte de ces principes s'organise en un ensemble conceptuel, dont l'appropriation par la communauté généraliste, renforce la discipline dans ses dimensions de soins, d'enseignement et de recherche.

Mots-Clés : Concepts de médecine générale, coordination des soins, demandes des malades (répondre aux), démarche médicale (généralités sur la), entourage du malade, environnement du patient, polyopathologies, principes de médecine générale, prise en charge globale, suivi au long cours, valeur prédictive d'un signe.

## Références

- Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. CREDES 1994;1008:66.
- Attali C, Gay B, Mairesse JP, Rougeron C. La prise en charge globale : une réalité. Exercer 1993;20:4-6.
- Barbaud F, Butler J de, Attali C, Molina J. Réflexions sur la continuité des soins. Exercer 1992;19:20-2.
- Béraud C. Pourquoi et comment accroître la responsabilité des médecins généralistes. Le Concours Médical 1994;116.01:58-61.
- Blondeau F. L'anamnèse centrée sur le malade. Can Fam Physician 1990; 36:1509-13.
- Braun RN. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Paris : Payot 1979.
- Butler J de. La médecine générale aujourd'hui. Exercer 1991;numéro spécial.
- Conseil de l'Europe Comité des Ministres. Résolution (77) 30. L'omnipraticien, comment le former, comment susciter cette vocation. in : Chambonet JY. La formation initiale des médecins généralistes. Tome II : perspectives européennes. Paris : CNGE 1994.
- Corporation professionnelle des médecins du Québec. Les fonctions du médecin omnipraticien. Montréal 1977;XVII,3.
- Engel GL. The biopsychosocial model and medical education. N Engl J Med 1982;306:802-5.
- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980;137;5:535-44.
- Gallais JL et col. Actes et fonctions du médecin généraliste. Documents de recherche en médecine générale 1994;45.
- Gallais JL. Médecine générale : de l'acte aux fonctions. La revue Agora 1994;32,33:41-7.
- Groupe Européen d'enseignants de médecine générale, dit de Leeuwenhorst. The general practitioner in Europe, a description of the work of the general practitioner. Bruxelles 1974.
- Jacot P. Le rôle du médecin généraliste/médecin de famille dans les systèmes de santé. La Revue du Praticien-Médecine Générale 1992;6;169:524-8.
- Marinker M. General practice and the changing NHS. Communication au congrès du Royal College of General Practitioners. Windermere 23-25/04/93.
- Marleau J. La polyvalence en médecine familiale. Can Fam Physician 1992;38:1172-74.
- Picot R, Aulanier S, de Butler J, Chataigner B. La cohérence des soins. Exercer 1994;26:8-11.
- Rougeron C, Voilquin JP, Aulanier S, Pouchain D. La médecine générale : médecine du premier recours. Exercer 1992;17:7-10.
- SFMG. Dictionnaire de médecine générale. Documents de recherches en médecine générale 1992;41:1-14.
- Sourzac R. Les résultats de consultation. Documents de recherches en médecine générale SFMG 1991;39,40:35-44.
- Toon P. What is good general practice ? Royal College of General Practitioners. Occasional paper 1994;65.
- Wainsten JP, Bros B, Dufour C, Huas D. Introduction aux fonctions du médecin généraliste. Exercer 1992;16:4-6.
- WHO-WONCA. Making medical practice and education more relevant to people's needs : the contribution of the family doctor.1994.

**Note** : Ce texte de définition de la médecine générale présente l'intérêt de ne pas mélanger les concepts comme le font fréquemment d'autres, par exemple Olesen dans le dernier article sur le sujet paru dans le BMJ. Le texte ci-dessus a pris le parti

de définir la médecine générale comme une discipline universitaire, en faisant abstraction de celui qui la pratique, même s'il en est le principal acteur. Il veille à ne pas mélanger la définition du médecin généraliste (en tant qu'acteur dans un système de soins) et la médecine générale (en tant que discipline universitaire).

(\*) UFR Créteil , Foreign Teacher du site Introduction à la MG.

Ce texte est celui qui fait l'ouverture du livre : Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris : Masson 1996:1100 pages.

# Les compétences du médecin généraliste

*Groupe certification du CNGE*

Pour exercer sa spécialité, le généraliste applique ses compétences dans **trois champs d'activité** :

- la démarche clinique,
- la communication avec les patients,
- la gestion du cabinet médical.

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, **trois dimensions spécifiques** sont fondamentales :

- **Contextuelle** : le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture.
- **Comportementale** : les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.
- **Scientifique** : l'approche critique basée sur la recherche et son maintien par une formation continue et une amélioration de la qualité.

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialité.

Cette interrelation complexe des compétences fondamentales doit servir de guide de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.

Le dossier médical est l'outil

## Les compétences :

### A- Aspects génériques : la gestion des soins de santé primaire :

- gérer le **premier contact** avec les patients ;
- prendre en charge des problèmes de santé de **premiers recours non sélectionnés**
- **coordonner** la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés.
  - Organiser la prise en charge des sujets dans les parcours, filières et réseaux appropriés
  - Protéger le sujet au sein des parcours, filières et réseaux
  - Respecter la loi et le code de déontologie.
- assurer la **continuité des soins** dans la durée, selon les besoins du patient, en équilibre avec les ressources disponibles en assumant un rôle de défenseur du patient si nécessaire.
  - Collaborer avec les partenaires médico-sociaux.
  - Collaborer avec le système de permanence de soins en vigueur.
  - Organiser l'hospitalisation et le retour à domicile.
  - Organiser ses absences (vacances, formations, autres activités).

## **B - Aspects décisionnels :**

### **1- l'aptitude spécifique (du médecin généraliste) à la résolution de problèmes :**

- développer un processus spécifique de **prise de décision** (analyse décisionnelle) déterminé par **la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires** ;
- utiliser le temps comme outil et tolérer l'incertitude ;
- gérer des situations au stade précoce et indifférencié,
- intervenir dans l'urgence si nécessaire c'est-à-dire.
  - Gérer les situations d'urgence les plus fréquents et les plus graves en soins primaires.
  - Répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un de ses patients.
  - Constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice.
- en exécutant avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours

### **2 - Les soins centrés sur la personne :**

- adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient ;
- créer une relation harmonieuse entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie ;
  - Manifester une écoute active et empathique.
  - Maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale.
  - Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet.
  - Prendre en compte ses émotions et celles du sujet.
  - Intégrer dans la pratique les principes éthiques : humanité, respect, égalité, autonomie du patient.
- assurer la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient.

### **3 - L'approche globale (soins curatifs et palliatifs, prévention, dépistage, réadaptation)**

- Gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient ;
- Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie :



- promouvoir l'éducation pour la santé en utilisant des stratégies appropriées de promotion de la santé et de prévention des maladies
- assurer la prévention des maladies
- mettre en place l'éducation thérapeutique
  - Etablir un diagnostic éducatif.
  - Impliquer le sujet dans un projet de prise en charge.
  - Décliner des stratégies éducatives.
  - Accompagner et motiver le sujet dans sa démarche
- Articuler l'éducation pour la santé, la prévention, les soins, y compris palliatifs et de réadaptation.

**4 - Prendre des décisions fondées sur le modèle bio psycho social qui intègre les principes de l'EMB : données actuelles de la science adaptées aux besoins du patient dans son contexte :**

- privilégier un modèle **biopsychosocial** qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles
  - Fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science.
  - Négocier avec le sujet pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.

**5 - L'orientation communautaire**

- prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement.
- Intégrer les logiques de santé individuelle et de santé publique dans la décision
- entreprendre et participer à des actions de dépistage individuel et de dépistage de masse organisé
  - Repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité.
  - Identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention.
  - Gérer et exploiter les données du dossier médical des patients dans cette orientation.

**C : Aspects professionnels :**

**1- Se préparer à son exercice professionnel :**

- Organiser le temps de travail.
- Adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité: exercice en commun, hygiène, maintenance.
- Gérer les ressources humaines : entretien, secrétariat, remplaçants, assistants, étudiants.
- Respecter les obligations comptables et fiscales.

## **2- Actualiser et développer ses compétences :**

- Adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche.
- Maintenir et améliorer ses compétences par une formation médicale continue validée.
- Évaluer ses pratiques professionnelles.

**Aide pour l'évaluation des Récits de Situation Complexe  
Authentique (RSCA) :  
Traces d'apprentissage – production utile à l'acquisition de  
compétences.**

La spécificité des travaux d'écriture des pratiques des stages ambulatoires en particulier, réside dans le caractère **authentique** des situations rencontrées par les internes.

L'évaluation des situations rapportées doit donc prendre en compte la capacité de l'interne à se saisir d'une situation, à la décrire dans tous les champs de sa complexité.

Le travail produit par l'interne peut être évalué à l'aide d'une grille, qui comporte différents items; chaque item est coté P, A ou I et correspond à une **auto évaluation**.

**I** (insuffisant) correspond à un travail insuffisant devant être repris pour permettre la validation du script

**A** (améliorable) correspond à un travail acceptable mais avec une marge de progression.

**P** (pertinent) correspond à un travail pertinent.

**Aide à la notation de chacune des trois situations complexes:**

**Complexité de la situation**

***1/ Diversité des champs abordés***

**P** La diversité recouvre plusieurs des champs abordés au soins primaires : administratif, biomédical, psycho-relacionnel, social mais aussi éthique, réglementaire...

**A** La diversité est relative puisque seules quelques problématiques sont abordées mais il n'est pas exposé les éléments des autres champs de la situation

**I** La situation expose une problématique dans un ou deux champs seulement

***2/ Adaptation des solutions***

**P** Les solutions proposées dépendent de plusieurs stratégies de résolution de problème et sont le fruit d'une réflexion et d'un choix prenant en compte la complexité de la situation

**A** Les solutions sont bien définies mais ne prennent pas en compte tous les champs de la situation

**I** Les solutions sont uniques, exclusives ou standardisées

**Narration de la situation**

***1/ Caractère narratif du récit***

**P** Le récit est détaillé prenant en compte les temps de la consultation et les temps en dehors de la consultation, concernant la globalité du patient, produit par un sujet narrateur à la première personne du singulier, relatant la succession dans le temps de l'ensemble des faits marquants, des comportements réels, des sentiments vécus par le narrateur et de l'ensemble des éléments (description physique, présentation, paroles échangées, ton, attitudes, sensations, sentiments ressentis, interactions, transfert...) permettant de suivre la démarche de résolution de problème

**A** La relation est faite par un sujet narrateur plus ou moins impliqué, de séquences marquantes de la situation, avec des manques concernant le vécu de la relation, ne permettant pas d'avoir l'ensemble des éléments concourant finement la démarche de résolution de problème

I La situation est similaire à une prise d'observation clinique : description impersonnelle exhaustive, structurée d'un cas clinique sans faits marquants ou incidents critiques, sans analyse et interprétation en vue d'une prise de décision

### **2/ Exposé de la démarche**

P Les données exploratoires de la plainte initiale ou identifiée sont racontées, aussi bien les éléments sémiologiques que l'ensemble des données permises par le recueil, l'argumentaire de la décision est explicité, la négociation avec le patient et les éléments de la stratégie éducative sont rapportés

A Certains champs de données exploratoires sont manquants, la décision n'est pas explicitée en regard de l'ensemble des champs de la situation, des éléments de la stratégie éducative ne sont pas rapportés

I Les données exploratoires sont insuffisantes en regard de la situation, les décisions ne sont pas explicitées, les éléments de la négociation et concourant au développement d'une stratégie éducative ne sont pas rapportés

### **Problématisation et objectifs d'étude:**

#### **1/ Pertinence des questions formulées par l'interne :**

P Les problèmes sont formulés par des questions précises se rapportant à la résolution de la situation clinique

A Les problèmes sont formulés par des questions générales se rapportant plus ou moins à la résolution de la situation clinique

I Les problèmes ne sont pas formulés sous forme de question, mais sous forme de sujets généraux d'étude à traiter, ou ne se rapportent pas à la résolution de la situation clinique

#### **2/ Adéquation des questions avec les tâches et fonctions de la MG :**

P Les questions sont en adéquation avec les tâches et fonctions de la MG définies par le référentiel métier

A Les questions sont parfois en dehors du champ de la médecine générale

I Les questions ne concernent pas le champ des soins primaires

#### **3/ Précision de la définition des objectifs d'étude :**

P La définition des objectifs est précise en fixant des tâches d'apprentissage précises

A La définition est vague sans tâche d'apprentissage clairement identifiée

I Il n'y a pas d'objectif d'étude notifié, il n'y a pas de tâche d'apprentissage identifiée

#### **4/ Adéquation des objectifs d'étude avec les problèmes posés :**

P Les objectifs sont clairement en adéquation avec les problèmes posés et l'étude permettra d'y répondre

A Les objectifs ne sont que partiellement en adéquation avec les problèmes posés

I Les objectifs sont discordants avec les problèmes posés et l'étude ne pourra pas y répondre

### **Recherche documentaire**

#### **1/ Adéquation de la recherche avec les objectifs :**

P La recherche est en adéquation avec les objectifs d'étude identifiés

A Le choix et la recherche des documents considérés sont insuffisamment adaptés en regard des objectifs d'étude

I Les documents recherchés ne sont pas adaptés aux objectifs d'étude ou il n'y a pas d'élément documentaire étayant les réponses aux objectifs d'étude

## **2/ Pertinence de la recherche :**

**P** Le choix des documents est de bon niveau de preuve et permet de répondre aux questions posées

**A** Le choix des documents est de niveau de preuve discutable ou ne permet de répondre que partiellement aux questions posées

**I** Le choix des documents est de niveau de preuve insuffisant ou ne permet pas de répondre aux questions posées

## **3/ Qualité du résumé :**

**P** Le résumé est clair, concis, identifie les réponses aux questions posées, dont les références sont citées tout au long du texte selon les recommandations en vigueur avec mention du niveau de preuve

**A** Le résumé ne répond pas toujours clairement aux questions précises bien qu'il comprenne des notes d'analyse bibliographique, des résumés des entretiens avec les personnes ressources ou de discussions collégiales, ou n'est pas référencée de manière suffisante ou le niveau de preuve n'est pas mentionné

**I** Le résumé de la recherche ne permet pas de répondre aux questions posées, n'est pas clair, n'est pas référencé

## **Synthèse**

### **1/ Acquisition de nouvelles compétences :**

**P** La synthèse identifie les solutions aux problèmes posés en comparant les connaissances et compétences antérieures et celles nouvellement mentionnées, en comparant les solutions proposées et celles mises en œuvre dans la situation clinique, avec des éléments de réflexion pour savoir si les éléments nouveaux pourront être mis en œuvre dans des situations comparables

**A** La synthèse explicite insuffisamment les compétences développées pour prendre en charge la situation clinique, apporte des éléments imparfaits rendant compte du processus d'apprentissage et permet de comparer insuffisamment les solutions proposées et celles mises en œuvre

**I** La synthèse est absente ou n'identifie pas les solutions aux problèmes, elle ne rend pas compte de l'apport du travail effectué pour la prise en charge de la situation clinique ou pour la modification des connaissances antérieures

## **Traces d'apprentissage**

### **1/ Utilité des traces produites :**

**P** Les traces d'apprentissage produites reflètent l'ensemble des travaux effectués et peuvent être facilement conservées et réutilisées par l'étudiant

**A** Les traces d'apprentissage ne reflètent qu'une partie des travaux effectués ou ne sont que moyennement réutilisables par l'étudiant

**I** Les traces d'apprentissage rendent insuffisamment compte des travaux attendus et ne sont pas réutilisables efficacement par l'étudiant

## **EVALUATION GLOBALE**

La validation du travail est impossible si la note globale est insuffisante ou si plus de deux items sont insuffisants. Le travail des tuteurs est d'amener les étudiants à n'avoir aucun des items coté insuffisant.

<b>GRILLE EVALUATION RSCA</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>I</b>
Complexité (ne pas remplir les cases bleutées)			
Diversité des champs abordés			
Adaptation des solutions			
<b>Narration de la situation</b>			
Caractère narratif du récit			
Exposé de la démarche			
<b>Problématisation et objectifs d'étude</b>			
<b>Pertinence</b> des questions formulées par l'étudiant			
<b>Adéquation</b> des questions avec les tâches et fonctions de la MG			
<b>Précision</b> de la définition des objectifs d'étude			
<b>Adéquation</b> des objectifs d'étude avec les problèmes posés			
<b>Recherche documentaire</b>			
<b>Adéquation</b> de la recherche avec les objectifs			
<b>Pertinence</b> de la recherche			
<b>Qualité du résumé</b>			
<b>Synthèse de la situation clinique</b>			
<b>Acquisition de nouvelles compétences</b>			
<b>Traces d'apprentissage</b>			
<b>Utilité des traces produites</b>			
<b>EVALUATION GLOBALE</b>			

Commentaires sur le travail produit :

## Annexe 1

Sur un exemple de ce que pourrait être l'explicitation d'une décision de prise en charge pour un patient dans le cadre de soins primaires, essayez de mettre en lumière quelles ont été les compétences mobilisées pour répondre à la problématique posée.

Mai 2003 - N° 34 5

### **LE BLOC-NOTES d' EBM Journal**

La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec les patients

/ Le bloc-notes d' EBM Journal

#### **Scénario**

Vous suivez un homme âgé de 68 ans qui présente une hypertension artérielle (HTA) (contrôlée par intermittence), un antécédent lointain d'hémorragie digestive haute et une fibrillation auriculaire sans valvulopathie (FANV) depuis 3 mois, avec une dilatation de l'oreillette gauche (rendant la cardioversion improbable). Le patient n'a pas d'antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) ni d'accident ischémique transitoire. Mais son père ayant été victime d'un AVC invalidant plusieurs années auparavant, votre patient est visiblement très affecté lorsque vous lui dites que sa fibrillation auriculaire l'expose à un risque accru d'AVC.

#### **Introduction**

Le concept de médecine fondée sur les niveaux de preuve (*Evidence-Based Medicine* : EBM) évolue au fur et à mesure que des solutions sont apportées aux limites des premiers modèles. Dans cet éditorial, nous présentons un nouveau modèle de décision clinique fondée sur les niveaux de preuve dont les bases sont les circonstances cliniques, les préférences et les actions des patients, ainsi que les meilleures données issues de la recherche, et qui attribue à la compétence clinique (*clinical expertise*) un rôle central pour intégrer ces différentes composantes.

#### **Évolution de la pratique clinique fondée sur les niveaux de preuve**

Traditionnellement, la compétence d'un clinicien était jugée sur son aptitude à porter un diagnostic et à prescrire ou administrer un traitement. Les investissements majeurs consacrés à la recherche biomédicale n'ont pas seulement débouché sur un cortège de nouveaux tests et de traitements plus performants : ils ont aussi conduit à développer les concepts d'évaluation critique de la littérature médicale et d'EBM [1]. Aussi, attend-on désormais du praticien qu'il sache combiner sa perspicacité clinique aux meilleures données disponibles de la recherche médicale.

À l'origine, la démarche de l'EBM s'attachait principalement à identifier et appliquer les meilleures données scientifiques

concernant un problème ou une décision clinique. Cette conception initiale minimisait l'importance de facteurs qui déterminaient traditionnellement la décision clinique, comme la compréhension du processus physiopathologique sous-jacent et l'expérience clinique individuelle. Cependant, les versions ultérieures du modèle de décision fondée sur les niveaux de preuve ont souligné le fait que les données de la recherche ne peuvent pas suffire, à elles seules, pour guider la décision de façon adéquate.

Avant de recommander une prise en charge, le clinicien est en effet invité à utiliser sa compétence pour cerner le problème du patient, tout en tenant compte des données issues de la recherche et des préférences ou des valeurs de son patient (Figure 1) [2].

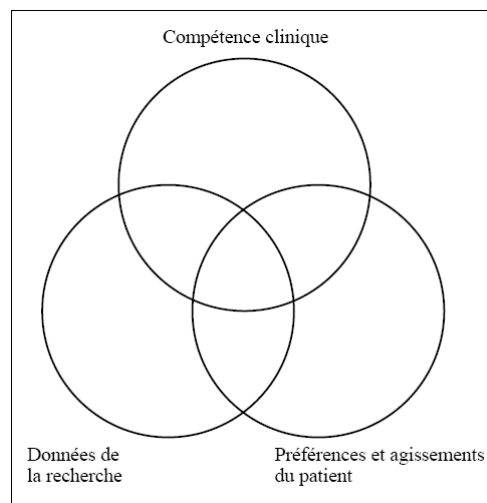


Figure 1. Modèle initial de décision clinique fondée sur les niveaux de preuve

La Figure 1 illustre l'un des premiers textes sur l'EBM [3], publié en 1996 dans un éditorial d'*ACP Journal Club* et d'*Evidence-Based Medicine*, avec cette définition : « La médecine fondée sur les niveaux de preuve est l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » [4]. L'éditorial avertissait aussi du caractère temporaire de cette définition, appelée à se modifier. De fait, le concept d'EBM a considérablement évolué et ce premier modèle devait être actualisé, en particulier pour préciser la signification de la compétence clinique et sa place optimale dans le cadre global de l'EBM.

### **Un nouveau modèle théorique de décision fondée sur les niveaux de preuve**

La Figure 2 présente un modèle plus abouti de décision fondée sur les niveaux de preuve, récemment défini comme

« l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient » [5]. Ce modèle est plus normatif que descriptif, c'est-à-dire qu'il offre une base de réflexion sur la manière dont les décisions devraient être prises plutôt qu'un schéma de la façon dont elles sont réellement faites. Par exemple, à l'heure actuelle, les préférences individuelles des cliniciens (qu'il faut distinguer de leur compétence clinique) jouent souvent un rôle important dans leurs décisions, ce qui conduit à une variation importante des pratiques dans la prise en charge de cas similaires. Ainsi, face à des patients en état critique et présentant des circonstances cliniques identiques, les médecins peuvent, selon leurs préférences, mettre en oeuvre des interventions agressives pour prolonger la vie de leur malade ou au contraire suspendre l'assistance vitale [6]. Notre modèle souligne le fait que ce sont les préférences du patient qui devraient être envisagées et non celles du clinicien, chaque fois que cela est possible.

Dans la Figure 2, « État et circonstances cliniques » du patient remplace « Compétence clinique » comme l'un des éléments clés de la décision clinique. La composante « Préférences des patients » s'élargit pour englober les actions des



patients et change de position avec « Données de la recherche », pour indiquer sa priorité fréquente. Enfin, « Compétence clinique » chevauche ces trois composantes pour signifier qu'elle représente le moyen de les intégrer, tout en constituant un quatrième élément. Nous allons décrire chacune de ces composantes, leur ordre et le rôle de la compétence clinique dans leur intégration.

### **État et circonstances cliniques**

L'état, le cadre et les circonstances cliniques dans lesquels se trouve le patient au moment où l'attention du médecin est sollicitée sont des facteurs clés, souvent prépondérants, de la décision clinique. Par exemple, il sera malaisé de passer d'une étape diagnostique à une décision thérapeutique chez un patient dont le symptôme n'est pas rattaché à un diagnostic. Qui plus est, un sujet terrassé par une douleur rétrosternale constrictive peut devoir se contenter d'un traitement par aspirine s'il habite loin d'un centre hospitalier tertiaire, tandis que celui qui habite à proximité aura probablement un choix beaucoup plus large, dans la mesure où il identifie le symptôme et consulte rapidement ! Ou encore, un traitement anticoagulant risque de produire plus d'effets délétères que bénéfiques chez un patient en fibrillation auriculaire ayant un risque élevé d'hémorragie, comme dans le cas décrit ci-dessus, alors qu'il apportera un bénéfice net substantiel à un patient à haut risque d'AVC et faible risque de saignement. Néanmoins, ces états de santé et circonstances cliniques peuvent souvent être modifiés, par exemple, en améliorant le rapport bénéfices-risques par une surveillance plus étroite en cas de traitement anticoagulant. Ainsi, la décision « fondée sur les niveaux de preuve » de prescrire un traitement anticoagulant à un patient en fibrillation auriculaire n'est pas seulement déterminée par l'efficacité prouvée et les effets indésirables potentiels du traitement [7] : elle varie aussi en fonction des circonstances cliniques propres à chaque patient.

### **Préférences et agissements des patients**

Il arrive que les malades n'aient aucune idée ou, au contraire, aient des convictions inébranlables sur les options thérapeutiques, en fonction de facteurs tels que leur pathologie, leurs valeurs et expériences personnelles, leur peur du risque, leurs ressources et le niveau de leur couverture sociale, leur famille, leur disposition à prendre des médicaments, l'information précise ou erronée dont ils disposent, etc. Dans le cas de notre patient atteint de FANV, les données de la recherche montrent des différences entre les préférences des patients et celles des praticiens en ce qui concerne le traitement antithrombotique dans la fibrillation auriculaire, après prise en compte des risques respectifs d'AVC et d'hémorragie [8]. En moyenne, les patients acceptent le risque de survenue de 17 événements hémorragiques graves supplémentaires pour 100 patients traités par la warfarine pendant 2 ans pour éviter 8 AVC. Les praticiens ne sont prêts à accepter que 10 épisodes d'hémorragie grave pour un bénéfice identique. De plus, une variabilité considérable est notée parmi les patients et les médecins, ce qui laisse penser que les décisions des médecins pourraient différer au sujet d'un même patient. Ce constat souligne l'importance de la prise en compte des préférences individuelles du patient dans le modèle de décision. Cependant, indépendamment de leurs préférences exprimées, les actions des patients peuvent différer tant de ces préférences que de l'avis de leur médecin [9]. Par exemple, une patiente peut préférer perdre du poids, arrêter de fumer et suivre scrupuleusement le traitement prescrit, et pourtant, dans les faits, agir de sorte à ce qu'aucun de ces objectifs ne soit atteint. Ou au contraire, elle peut respecter scrupuleusement la prescription même si elle estime que son traitement est contraignant, source d'effets indésirables et coûteux. Malheureusement, les

estimations des cliniciens concernant l'adhésion de leurs patients aux traitements prescrits ne sont pas plus exactes que celles du hasard [10]. Les décisions des médecins répondront mieux aux spécifications du modèle s'ils peuvent évaluer dans quelle mesure leurs patients vont réellement suivre ou suivent déjà leurs prescriptions [10].

### Données issues de la recherche

Nous intitulos cette composante de la décision clinique « Données de la recherche » pour la distinguer des autres types d'information qui ont toujours participé aux décisions cliniques, comme l'histoire du patient, les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires, les circonstances et les préférences exprimées. Les données issues de la recherche comprennent des observations méthodiques réalisées en laboratoire, les résultats d'études physiopathologiques préliminaires chez l'Homme et ceux de travaux de recherche clinique plus avancée, comme les essais comparatifs randomisés utilisant des critères de jugement d'intérêt immédiat pour les patients. L'EBM reconnaît que ces données scientifiques ne sont pas toutes de valeur égale et propose des guides détaillés pour identifier les preuves les plus rigoureuses et les plus pertinentes pour une décision clinique spécifique [11].

La quantité des données issues de la recherche pouvant être exploitées directement en pratique quotidienne ne cesse de croître en raison de l'investissement soutenu dans la recherche médicale fondamentale et appliquée, et des progrès réalisés dans la méthodologie des études cliniques. Cependant, de nombreuses nouveautés ne présentent, dans le meilleur des cas, qu'un avantage marginal, sont coûteuses et comportent des

### Compétence clinique

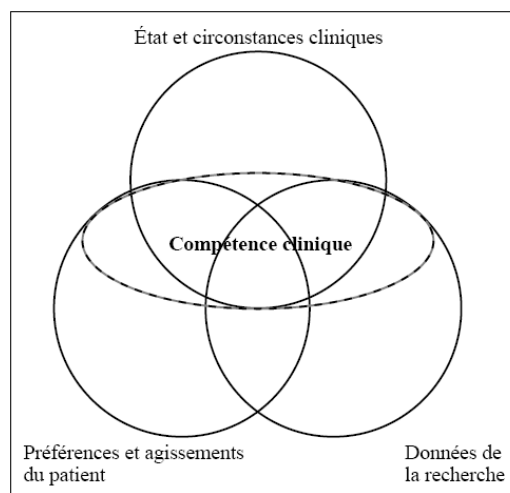


Figure 2. Modèle actualisé de décision clinique fondée sur les niveaux de preuve

risques pour le patient, même si elles apportent un bénéfice. De plus, dans de nombreuses pathologies, le nombre d'alternatives présentant des profils de bénéfices et de risques bien différents ne cesse d'augmenter. Par exemple, une revue méthodique des essais concernant les anticoagulants et les agents antiplaquettaires dans le traitement de la FANV [7] a mis en évidence une diminution du risque relatif d'AVC de 62% sous warfarine, contrebalancée par une

augmentation de 50% du risque relatif d'hémorragie majeure. Quant à l'aspirine, elle diminue de 22% le risque relatif d'AVC, mais sans augmenter de façon statistiquement significative le risque de saignement.

Ces chiffres représentent des moyennes issues d'essais comparatifs randomisés. Dans ces études, il est possible d'identifier des sous-groupes de patients chez lesquels le risque d'AVC varie en fonction de divers facteurs comme l'âge et les antécédents d'HTA, de diabète, d'AVC ou d'accident ischémique transitoire [12]. Dans un cas comme celui du patient de notre scénario, on estime à 6% environ le risque d'AVC au cours de la première année suivant l'installation de la FANV. Le risque de saignement sous warfarine varie aussi selon les caractéristiques individuelles des patients, telles que l'âge, l'existence d'antécédents d'AVC ou d'hémorragie digestive haute, et la présence de diverses pathologies comorbides [13]. Pour notre patient, le risque de saignement à 1 an sous warfarine est estimé à 8% environ, un chiffre supérieur au risque d'AVC en l'absence de traitement. « Personnaliser » les preuves pour s'adapter aux circonstances spécifiques du patient constitue donc un champ d'action clé pour le développement de l'EBM. Il faut noter qu'on dispose souvent de résultats de recherche qui facilitent l'interprétation quantitative des circonstances cliniques du patient – par exemple dans notre cas, qui aideraient à évaluer dans quelle mesure les antécédents d'HTA et d'hémorragie digestive haute peuvent influencer les bénéfices et les risques potentiels du traitement anticoagulant ou antiplaquettaire.

### **Le rôle élargi de la compétence clinique**

La notion de compétence clinique englobe les compétences générales qui fondent la pratique et l'expérience individuelle du praticien. Pour aboutir à un résultat accompli et satisfaisant, la compétence clinique doit intégrer et pondérer l'état et les circonstances du patient, les données scientifiques pertinentes et les préférences et actions du patient. Des compromis sont souvent nécessaires pour atteindre ce but. La capacité à bien cerner l'état clinique du patient, qui incarne traditionnellement la compétence clinique, n'a jamais été aussi importante. De nos jours, établir un diagnostic et un pronostic exacts et savoir comment administrer un traitement (qu'il s'agisse d'un simple comprimé ou d'une procédure technique complexe) requiert souvent des compétences bien plus vastes qu'autrefois, en raison des nombreuses options disponibles et des nombreux éléments à prendre en considération pour aboutir à un résultat correct. De fait, les cliniciens doivent non seulement être au courant des dernières données scientifiques, mais il leur faut aussi acquérir et affiner les capacités d'interpréter et d'appliquer ces données de façon appropriée aux circonstances – c'est-à-dire faire les choses correctement. Enfin, bien que la communication avec le patient ait toujours été importante, déterminer le rôle que ce dernier souhaite jouer dans la décision, évaluer ses préférences et lui fournir l'information dont il a besoin pour faire un choix éclairé constitue plus que jamais un défi. Nous savons que le patient, souvent, ne souhaite pas être impliqué dans la prise d'une décision majeure concernant sa santé. Mais même quand il souhaite y participer, nous ignorons quelle est la meilleure façon de lui présenter cette information [14]. Nous savons bien qu'une présentation des données en termes relatifs (par exemple, la warfarine diminuera de 60% votre risque d'AVC) est problématique car le patient suppose que son risque de base est de 100%, même si on lui indique clairement que ce n'est pas le cas [15].

Ainsi, bien que l'intégration des préférences du patient dans le processus de décision prenne une importance croissante dans notre expertise clinique, nous sommes pour l'instant limités par nos difficultés à déterminer les dites préférences.

## **L'intervention variable des quatre composantes dans les décisions cliniques individuelles**

Dans le modèle présenté, le poids de chaque composante peut varier (ce qui pourrait s'illustrer par des cercles de tailles différentes). Par exemple, chez un patient âgé « moyen » présentant une fibrillation auriculaire et un ou deux facteurs de risque supplémentaires d'AVC, mais sans risque augmenté d'hémorragie, l'importante réduction relative du risque d'AVC sous warfarine pourrait constituer le principal facteur déterminant de la prise en charge. Mais si le patient ne souhaite pas se soumettre à la surveillance régulière imposée par le traitement anticoagulant, alors sa préférence l'emporte. Par ailleurs, l'expérience clinique varie sans conteste selon les praticiens.

Dans le cas d'un patient vivant dans une région éloignée, les circonstances – à savoir l'accès limité aux moyens de surveillance du traitement anticoagulant ou aux soins en cas de complications – peuvent dominer la décision clinique. En ce qui concerne le patient de notre scénario de départ, plusieurs éléments (les importantes réductions absolue et relative du risque d'AVC sous warfarine, les particularités de l'état de santé comprenant notamment une HTA mal contrôlée et les préférences du patient dominées par une hantise de l'AVC) joueraient probablement des rôles majeurs dans la décision thérapeutique.

### **Application aux cas individuels**

On pourrait résumer (brièvement) à notre patient les données de la recherche concernant son cas de la façon suivante. Si vous prenez de la warfarine, à raison de 1 comprimé par jour, avec une surveillance sanguine hebdomadaire pour ajuster la posologie, votre risque d'AVC au cours de la première année diminue de 6% (6 pour 100) à 2,3% (environ 2 pour 100).

La moitié des AVC dus à une fibrillation auriculaire sont « majeurs », entraînant une invalidité permanente, et la moitié sont « mineurs », permettant le maintien de l'autonomie fonctionnelle [12]. Le traitement anticoagulant va aussi augmenter votre risque d'hémorragie majeure de 1% à 8%. Si vous prenez 1 comprimé par jour d'aspirine plutôt que de la warfarine, vous n'aurez pas besoin d'examens sanguins pour ajuster la posologie et votre risque d'AVC diminuera de 6% à 4,7%, sans augmentation appréciable du risque d'hémorragie majeure. Par hémorragie majeure, nous entendons une perte d'au moins 2 unités de sang en 7 jours ou une hémorragie mettant en jeu le pronostic vital [13].

Enfin, le travail du clinicien n'est manifestement pas terminé après qu'il a pris une décision mûrement réfléchie. Dans notre exemple de FANV, quelle que soit la décision, la compétence du clinicien est encore sollicitée pour le suivi et la surveillance.

Étant donné la difficulté des patients à suivre le traitement prescrit, des interventions fondées sur les niveaux de preuve visant à évaluer l'adhésion [10] au traitement et à aider à le respecter [16] devraient être appliquées.

### **Quelques limites du modèle proposé**

D'une part, notre modèle ne décrit pas tous les éléments qui entrent en jeu dans les décisions cliniques. Par exemple, nous ne faisons pas apparaître la société et les organisations sanitaires qui jouent pourtant un rôle important dans l'attribution ou la limitation des ressources des services sanitaires. Volontairement, nous nous sommes limités aux décisions prises par les patients et leurs pourvoyeurs de soins immédiats, réservant pour plus tard la discussion d'une approche plus globale. D'autre part, le modèle ne peut être appliqué tel quel en pratique. Par exemple, pour l'instant, on ne sait pas prédire précisément la probabilité avec

laquelle un patient va adhérer à son traitement anticoagulant et à la surveillance qu'il impose. Aussi, notre modèle est-il conceptuel plutôt que pratique et il doit continuer à mûrir.

Son objectif est d'ajouter sa contribution aux modèles qui ont été déjà proposés dans le domaine des décisions fondées sur les niveaux de preuve afin, plus particulièrement, de prendre davantage en compte la compétence clinique et le rôle des préférences et actions des patients. Il offre aussi une base de discussion pour les évolutions futures de l'EBM.

## Conclusions

Tandis que continue à se développer l'ère des soins informés par les données de la recherche, la satisfaction que nous tirons de notre prestation clinique et les bénéfices que nous procurons à nos patients vont dépendre toujours davantage de décisions qui prennent en compte tout à la fois l'état et les circonstances cliniques individuelles, les préférences et actions des patients, et les meilleures preuves disponibles de la recherche concernant les problèmes à résoudre. Le concept de compétence clinique doit évoluer dans sa nature et sa portée afin de pouvoir prendre en compte, pondérer et synthétiser ces différents éléments : avant de recommander un plan d'action, le praticien doit faire appel à ses compétences cliniques non seulement pour évaluer l'état du patient comme c'est le cas traditionnellement, mais aussi pour intégrer les données pertinentes de la recherche, ainsi que les préférences et agissements du malade.

*R. Brian Haynes P. J. Devereaux Gordon H. Guyatt McMaster University  
Hamilton, Ontario, Canada*

Bloc-Notes publié dans *Evidence-Based Medicine* 2002;7(2):36-8.

## Références

1. Evidence-based Medicine Working Group. *JAMA* 1992;268:2420-5.
2. Haynes RB, Sackett DL, Gray JR, *et al.* *ACP J Club* 1996;125:A14-6. *Evidence-Based Medicine* 1996;1:196-8.
3. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, *et al.* *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
4. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, *et al.* *BMJ* 1996;312:71-2.
5. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, *et al.* *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2d ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
6. Cook DJ, Guyatt GH, Jaeschke R, *et al.* *JAMA* 1995;273:703-8.
7. Hart RG, Benavente O, McBride R, *et al.* *Ann Intern Med* 1999;131:492-501.
8. Devereaux PJ, Anderson DR, Gardner MJ, *et al.* *BMJ* 2001;323:1218-22.
9. Haynes RB. Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In: Burke LE, Okene IS, editors. *Patient compliance in healthcare and research. American Heart Association monograph series*. Armonk, NY: Futura Publishing Co, 2001:3-21.
10. Stephenson BJ, Rowe BH, Haynes RB, *et al.* *JAMA* 1993;269:2779-81.
11. Guyatt G, Rennie D. Introduction: The Philosophy of Evidence-Based Medicine. In: Guyatt G, Rennie D, editors. *Users' guides to the medical literature: a manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Chicago: American Medical Association, 2001:3-12.
12. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 1994;154:1449-57.
13. Beyth RJ, Quinn LM, Landefeld CS. *Am J Med* 1998;105:91-4.
14. Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. *Arch Intern Med* 1996;156:1414-20.
15. Malenka DJ, Baron JA, Johansen S, *et al.* *J Gen Intern Med* 1993;8:543-8.
16. Haynes RB, Montague P, Oliver T, *et al.* *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD000011.

## Annexe 2

<b>Enseignement théorique du DES de médecine générale 2006-2007 : maquette de l'enseignement théorique à la faculté de TOURS.</b>
---

**Pour respecter les impératifs réglementaires, les internes doivent justifier de 200 heures d'enseignement théorique sur les 3 ans du DES.**

### 1°) Nature de l'Enseignement Théorique

4 modules obligatoires dans le cursus (35 heures)

- Séminaire Intégration. (7h)
- Qu'est ce que la Médecine Générale ? (7h)
- Écriture des pratiques. (7h)
- Séminaire de préparation à la thèse (pendant le 2nd semestre) (7h x 2)  
Objectif : avoir un sujet de thèse accepté par la commission dans le courant du 3ème semestre.

10 modules proposés (112 heures)

1. Décision médicale (7h)
2. Communication et Médecine Générale (7h)
3. Bon usage du médicament (7h x 5)
4. Nourrissons, enfants (7h)
5. Adolescents (7h)
6. Ateliers de gynécologie pour le Médecin Généraliste (7h)
7. Conduites addictives (7h)
8. Certificat déontologie éthique (7h)
9. Cabinet (installation, gestion, remplacement) (7h x 2)
10. Médecin Généraliste, acteur de Santé Publique (7h x 2)

Pour chacun de ces modules sera écrit un commentaire à l'usage des internes, avec les objectifs pédagogiques et des recommandations sur le semestre le plus approprié pour chaque module.

Une enquête est proposée en début d'année. Chacun peut choisir de 1 à 3 séminaire optionnel. Ces enseignements ne sont organisés que si un nombre suffisant d'interne est inscrit.

Les séminaires optionnels sur résultat d'enquête sont :

- essais thérapeutiques
- médecine du sport
- pathologie des migrants
- prescription de rééducation fonctionnelle
- prescription d'orthophonie (paramédical)
- situations conflictuelles
- maltraitance
- éducation thérapeutique
- gestes en ORL OPHT

## Autres modes d'Enseignement Théorique

- Groupes de pratique
- FMC (séminaires, soirées, groupes de pairs) **validée par le DUMG**.
- Staffs hospitaliers, revue de dossier.
- .....

### **2°) Organisation de l'Enseignement sur les 3 ans du cursus : 200 heures réglementaires**

Modules obligatoires : 35 heures.

Il reste 165 heures dont :

- 70 heures minima à choisir dans les 10 modules proposés et non optionnels.
- 30 heures minima dans des groupes de pratique (soit 3 semestres validés de groupes de pratique)
- 7 heures minima de FMC (soit 3 soirées ou 1 journée).

Ces minima servent à promouvoir la diversité des moyens de formation.

### Annexe 3

## OUTILS INFORMATIQUES EN MEDECINE GENERALE

- [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) : site de la Haute Autorité de santé
  - [www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr) : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
  - [www.chu-rouen.fr](http://www.chu-rouen.fr) : site du chu de Rouen
  - [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr): institut national de veille sanitaire ( BEH)
  - [www.who.int](http://www.who.int): organisation mondiale de la santé
  - [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr): institut national de la prévention et de l'éducation de la santé
  - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr): ministère de la santé , de la famille et de la personne handicapée ( accès au BO)
  - [www.anuaire-aas.com](http://www.anuaire-aas.com): annuaires des associations de santé
  - [www.sanitaire-social.com](http://www.sanitaire-social.com): annuaire sanitaire et social, présence d'un espace « professionnel » avec informations pratiques sur le maintien à domicile, l'hébergement de la personne âgée, des handicapés adultes, HAD, et la Rééducation fonctionnelle.
  - [www.bdsp.tm.fr](http://www.bdsp.tm.fr) : banque de données de santé publique
  - [www.afssa.fr](http://www.afssa.fr): l'agence française de sécurité sanitaire des aliments
- Caisse national d'assurance maladie:
- [www.canam.fr](http://www.canam.fr): pour les professions indépendantes
  - [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr): pour les travailleurs salariés
- [www.hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/accueil](http://www.hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/accueil) : haut comité de la santé publique
  - [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr): l'ordre national des médecins
  - [www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/): résumé PubMed
  - [www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/](http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/): EsPer calcul facteur de risque
  - [www.atoute.org](http://www.atoute.org): forum de discussion

et bien sûr

- <http://dumg.tours.free.fr> : LE site du département de médecine de TOURS.
- <http://37000.med.generale.free.fr> : Le site du collège régional des Enseignants Cliniciens Ambulatoires
- <http://www.grace-img.com> : L' Association qui se donne pour mission de défendre, informer et représenter les Internes de Médecine Générale de la Région Centre.

Par spécialités:

Cardiologie : [www.sfcadio.fr](http://www.sfcadio.fr)

Dermatologie : [www.sfdermato.org](http://www.sfdermato.org) et [www.atlas-dermato.org](http://www.atlas-dermato.org) (atlas intéressant)

Gastroentérologie : [www.sfed.org](http://www.sfed.org) ( plutôt accès endoscopie!)

Gynéco-obstétrique : [www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr)

Maladies rares: <http://www.orpha.net>

Médecine générale : [www.ssmg.be](http://www.ssmg.be)

Ophtalmologie : [www.snof.org](http://www.snof.org)

Pédiatrie : [www.sfpediatrie.com](http://www.sfpediatrie.com)

Pour la pneumologie, la neurologie , la psychiatrie, la rhumatologie, la médecine interne: il faut s'inscrire au préalable . Il suffit de taper sur google: « société française de .... » suivie de la spécialité voulue.

Évidemment cette liste est loin d'être exhaustive.



## Annexe 4

# WONCA \*

\* RDPMG 16 mai 2006

Wonca est l'acronyme de "World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners / family doctors" ou plus simplement "World organisation of family doctors" : c'est **l'organisation mondiale des médecins généralistes / médecins de famille**. Créée en 1972, elle réunit plus de 200 000 médecins dans 79 pays différents.

Elle a pour **mission principale** d'œuvrer à améliorer la vie des populations du monde par la promotion des valeurs de la médecine générale / médecine de famille. La Wonca encourage et soutient le développement des académies et sociétés scientifiques de médecine générale. Elle favorise les échanges de savoir-faire et d'information entre ses organisations membres.

Elle représente la médecine générale / médecine de famille, au travers des ses trois valences : **recherche, enseignement et qualité des soins**, auprès des organisations mondiales de santé.

La Wonca est organisée en **6 régions géographiques** dans le monde.

La France est représentée à la Wonca par la **Société française de médecine générale** (SFMG) et le **Collège des généralistes enseignants** (CNGE), tous les deux membres directs de la Wonca. Ces deux structures participent activement et votent conjointement au World Council qui se réunit tous les trois ans et siègent à l'European Council chaque année.

La **Wonca Europe** compte désormais une trentaine de membres et représente plus de 45 000 médecins généralistes à travers l'Europe. Son rôle principal est de **promouvoir et de développer la discipline** pour obtenir un haut niveau d'éducation, de formation, de recherche et de pratique clinique, au bénéfice individuel des patients et de la communauté. Elle s'est donné un programme ambitieux à mener durant la prochaine décennie, résumé en 10 objectifs stratégiques à mettre en œuvre.

La Wonca Europe est organisée en **3 réseaux principaux**, chacun ayant un champ d'actions particulier :

- **L'EGPRN** (*European general practice research network*) : favoriser et stimuler la recherche en médecine générale, promouvoir et coordonner les projets de recherche multicentriques européens en soins primaires, développer une base de connaissances valide et internationale pour la pratique.
- **EURACT** (*European academy of teachers in general practice*) : soutien scientifique et pédagogique aux enseignants de médecine générale.
- **EQuIP** (*European association for quality in general practice/family medicine*) : améliorer le niveau de la qualité des soins aux patients dans les pays européens par la collaboration entre les organismes, associations et collèges liés à la médecine générale, inciter les médecins à mettre en place des processus d'examen critique de leurs pratiques de soins individuelles, établir des critères de qualité, objectifs à atteindre et définir des parcours d'évaluation adaptés aux systèmes de soins des pays européens.
- Le **VdGM** (*Vasco da Gama Movement*) : plus récent, regroupe les « juniors », internes et diplômés depuis moins de 5ans.

# SFMG\*

\*www.sfmfg.org

La **Société Française de Médecine Générale** a été créée en 1973 comme association de loi 1901. Elle est reconnue par le Conseil National de l'Ordre des Médecins comme société savante depuis 1993.

Son objectif principal est de **promouvoir la recherche et l'action** dans les domaines scientifiques, biologiques et économiques propres à assurer la promotion de la médecine générale.

Les quelques règles principales de la SFMG :

- La Médecine Générale est une discipline spécifique.
- Le développement de la Médecine Générale sur des bases scientifiques ne peut être le fait que des généralistes eux-mêmes.
- L'utilisation de concepts spécifiques et d'un langage propre à la discipline sont deux conditions indispensables.
- La FMC du généraliste repose avant tout sur l'observation de sa propre activité, jointe à une information sélective et critique.
- L'enseignement de la Médecine Générale s'enracine dans la recherche pratique et théorique.
- Les travaux ne peuvent être menés dans de bonnes conditions que si les règles de base de la recherche généraliste sont réunies. Le médecin généraliste doit être présent à toutes les étapes de l'élaboration, du traitement, de l'analyse des données et de la diffusion des résultats.

La SFMG est membre de la WONCA, du comité d'interface INSERM-MG et de la Fédération des Spécialités Médicales.

# CNGE\*

\*www.cnge.fr

Créé en 1983, suite à la mise en place d'un enseignement de Médecine Générale dans les Universités de France, le **Collège National des Généralistes Enseignants** est la société scientifique de la Médecine Générale en France.

**La vocation du CNGE** est de fédérer les 35 collèges régionaux de Médecine Générale et les 4000 enseignants des UFR de France, de développer l'enseignement de la Médecine Générale, de pérenniser son statut universitaire et de représenter l'enseignement et la recherche au niveau européen et mondial.

**Le CNGE joue un rôle prépondérant dans la mise en place de la filière de Médecine Générale au sein de l'université française.**

Il concentre ses actions dans les domaines de la formation des enseignants, des productions scientifiques, de la définition et de la mise en œuvre de protocoles de recherche avec des laboratoires, de la conception et de la mise à disposition d'outils Internet pour les collèges régionaux.

**Sans oublier la structure régionale en charge de la formation des enseignants cliniciens ambulatoires de la région centre : le CRGE.**