

Journal de bord

Le Diplôme d'enseignement supérieur (D.E.S) de médecine générale est le diplôme nécessaire et suffisant pour l'exercice de la médecine générale. [1] Le modèle pédagogique choisi nationalement par les enseignants universitaires de la médecine générale est celui de l'apprentissage par compétence. [2] Les étudiants à la fin de leur cursus montrent la réflexivité engagée sur les trois années. Le portfolio est une compilation des traces écrites d'apprentissages (récits de situations complexes authentiques et journal de bord) produites pendant les trois ans. La présentation d'un document de synthèse, issu du portfolio, lors du jury final permet de certifier les compétences de l'étudiant. Cette certification est le rôle des universités. [3] Les stages ambulatoires et hospitaliers du D.E.S sont des occasions d'apprentissages en situation, motivantes et puissantes d'un point de vue cognitif. Les questions que se posent les étudiants les amènent à des recherches et à une production écrite (traces d'apprentissage). Les différentes situations d'apprentissage rassemblées dans le journal de bord sont présentées dans la figure 1. L'évaluation du journal de bord est une évaluation formative (à la différence des évaluations sanctionnantes du deuxième cycle). Le maître de stage hospitalier, l'enseignant clinicien ambulatoire maître de stage des universités, le tuteur, l'enseignant de médecine générale sont des facilitateurs qui guident l'étudiant à la fois dans la formulation de sa question et dans ses recherches. L'évaluation est qualitative et critériée. Son objectif n'est pas de classer ni de donner une note permettant le passage dans une année supérieure, mais de témoigner d'un travail, de sa qualité et de la progression de l'interne. [4] Les critères sont présentés dans l'annexe 1. Un exemple illustre chaque item du journal de bord dans l'annexe 2 (sauf le 8 à faire en stage). Ces exemples sont empruntés à des étudiants stéphanois. Ils sont le fruit d'une co-construction discussion de la question en groupe d'échanges de pratique, première version par l'étudiant, revue sur le plan du fond et de la forme par le tuteur.

Bibliographie.

1. Couraud F, Pruvot F-R. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. 2014. CNIPI p. 28.
2. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision circulaire conduite en résidanat de médecine générale. *Pédagogie médicale* 2003;4:163-75.
4. Boelen C, Gomes J, Ladner J, Pélissier-Simard L, Pestiaux D, Nawar T, Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale* 2011;12: 37-48.
5. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. In: Hivon R.(Dir.) *L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation.* Sherbrooke : Éditions du CRP; 1993:27-56.

Figure 1. Journal de bord.

Journal de bord			
15 situations en 3 ans (5 par an)			
ÉVALUATION (Critères d'évaluation listes ci-dessous)	I *	A *	P *
1/ Situations cliniques inédites de soins, de prévention, et d'éducation : 2 x 1			
2/ Prescriptions médicamenteuses nouvelles : 2 x 1			
3/ Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés : 2 x 1			
4/ Difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage : 1			
5/ Procédures médico administratives : 1			
6/ Situations de soins non programmés vous ayant posé problèmes : 2 x 1			
7/ Pratique de gestes techniques utiles en soins primaires : 1			
8/ Évaluation par le senior de la compétence à communiquer avec le patient selon les critères de la grille Calgary simplifiée : 1			
9/ Exemple de l'apport d'articles de la littérature utiles pour réévaluer la prise de décision : 1			
10/ Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utile pour modifier votre décision : 1			
Évaluation globale			

* **Insuffisant, améliorable, pertinent**

Annexe1. Critères d'évaluation de chaque item de la grille

Les situations sont datées et le lieu d'apprentissage est précisé. Dans le cas où une situation concerne plusieurs items : choisir le plus significatif (un item par situation). Chaque item doit comporter une synthèse argumentée et transposable. La prévalence de la situation garantit sa transposabilité pour le futur exercice de l'apprenant.

1/ Situations cliniques inédites de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage : 2

P La situation rapportée est précise, contextualisée et anonymisée. La démarche diagnostique est explicitée, les solutions sont adéquates et font mention du niveau de preuve s'il existe.

A La situation et/ou la démarche diagnostique est/sont partiellement décrite(s). Les solutions sont discutables et/ou sans mention du niveau de preuve.

I Les situations sont en nombres insuffisantes et/ou ne concernent pas les soins primaires. La démarche diagnostique est inintelligible ou inadéquate ou inexistante.

2/ Prescriptions médicamenteuses nouvelles : 2

P Les prescriptions médicamenteuses rapportées sont précises et contextualisées. La dénomination commune internationale (DCI) la classe thérapeutique et une sélection raisonnée utile et hiérarchisée des indications et contre-indications et effets indésirables est proposée. La synthèse tient compte du service médical rendu, de l'amélioration du service médical rendu et peut s'aider de l'avis de la revue Prescrire. Les sources sont critiquables.

A La sélection raisonnée et hiérarchisée est discutable et/ou trop peu précise. La synthèse est incomplète ne retenant qu'un avis.

I Les prescriptions médicamenteuses rapportées sont en nombre insuffisant, ou sans lien direct avec les soins primaires, les contextes ne sont pas ou mal décrits. Il n'existe pas de synthèse.

3/ Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés : 2

P Les incidents iatrogènes rapportés sont précis et contextualisés. Les rapports bénéfiques risques des interventions à l'origine de la iatrogénie sont évalués. L'interne propose des solutions pour les éviter.

A Les incidents iatrogènes rapportés sont partiellement décrits. Les rapports bénéfiques risques sont partiellement analysés et les solutions pour les éviter discutables.

I Les incidents iatrogènes rapportés sont en nombre insuffisant, ou sans lien avec les soins primaires. L'analyse et les solutions apportées sont inadaptées. Il n'existe pas de synthèse.

4/ Difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage : 1

P Les difficultés relationnelles rapportées sont précises, contextualisées et anonymisées.

Après analyse, l'interne a proposé une alternative relationnelle fondée sur la littérature et les enseignements de la relation en GEP.

A Les problèmes relationnels rapportés sont partiellement décrits et/ou analysés. Les alternatives sont discutables et/ou non fondées.

I Les problèmes relationnels rapportés sont en nombre insuffisant. La genèse du problème est inintelligible et les alternatives inadaptées.

5/ Procédures médico administratives : 1

P Les procédures médico administratives sont précises et contextualisées et anonymisées. Elles décrivent les avantages et inconvénients pour le patient.

A Les procédures médico administratives ne sont pas assez précises et contextualisées. Elles n'abordent pas assez les avantages et inconvénients pour le patient.

I Les procédures médico administratives sont en nombres insuffisants et/ou ne concernent pas les soins primaires.

6/ Situations de soins non programmés vous ayant posé problème : 2 P La situation rapportée (en garde ou au cabinet) est précise, contextualisée et anonymisée. La démarche diagnostique est explicitée, l'influence du caractère non programmée est rapportée. Les solutions sont adéquates et font mention du niveau de preuve s'il existe.

A La situation et/ou la démarche diagnostique est/sont partiellement décrite(s). L'influence du caractère non programmée est peu précise. Les solutions sont discutables et/ou sans mention du niveau de preuve.

I Les situations sont en nombres insuffisantes et/ou ne concernent pas les soins primaires. La démarche diagnostique est inintelligible ou inadéquate ou inexistante.

7/ Pratique de gestes techniques utiles en soins primaires : 1

P Le geste décrit est contextualisé et précis. Son indication et ses alternatives sont discutées et font mention du niveau de preuve s'il existe.

A Le contexte du geste n'est pas assez précis. L'indication du geste n'est pas assez discutée.

I Les gestes décrits sont en nombre insuffisant, ou sont sans rapport avec les soins primaires.

8/ Évaluation par le senior de la compétence à communiquer avec le patient selon les critères de la grille Calgary simplifiée : 1

P La situation décrite est précise contextualisée et réalisée en supervision directe avec le MSU.

La synthèse comporte l'évaluation du sénior et la réflexion de l'interne à partir de la grille.

9/ Exemples de l'apport d'articles de la littérature utiles pour réévaluer la décision : 3

P Les situations rapportées sont précises et contextualisées. La question posée ayant amené la recherche est précise. Les références des articles sont au format Vancouver. Chaque référence fait l'objet d'un résumé concis de l'apport pour la décision.

A Les situations rapportées sont peu précises et/ou les résumés des articles peu concis. Le rapport avec la décision est difficile à percevoir.

I Les situations sont en nombre insuffisant et/ ou les références mentionnées sont sans rapport avec les soins primaires.

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

P Les situations sont précises et contextualisées. La démarche diagnostique est décrite et les solutions proposées sont bien décrites. Les modifications de la décision sont mentionnées.

L'interne argumente la modification dans la synthèse.

A Le contexte des situations est incomplet. La démarche diagnostique et/ou les solutions sont peu précises. Les modifications ne sont pas argumentées

I Les situations sont en nombres insuffisants et/ou sans rapport avec les soins primaires.

Les ressources bibliographiques utilisées sont principalement et préférentiellement des ressources de médecine générale indépendantes : exercer et Médecine disponibles à la bibliothèque universitaire. Leurs tests de lecture avec abonnement offrent des points dans la catégorie optionnelle.

Évaluation globale : La validation du journal de bord par le tuteur est possible si et seulement si chaque item est coté P. Les items I doivent être retravaillés avec le tuteur, le MSU, et/ou le MSH.

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

Quelle attitude et quelle prise en charge avoir devant une personne dépendante à l'alcool ?

Je vois en consultation avec un de mes médecins référents, à la demande d'un voisin inquiet, un patient qui a eu plusieurs accidents de voiture. Lors du dernier, il a percuté un mur violemment sans blesser d'autres personnes. Ce patient est seul chez lui, sans aucune famille. Il a comme antécédent une dépendance à l'alcool débutée depuis plusieurs années. Au début de la consultation, le patient restant très renfermé sur lui et à la discussion, mon médecin me demande de l'examiner. À l'examen clinique, sa pression artérielle est à 125/70, son cœur est régulier sans extrasystole, il n'a pas de signe de cirrhose non plus. La seule chose que je retrouve est des grands hématomes au niveau du ventre et du dos à la suite de son accident et une démarche ébrieuse liée à une prise d'alcool matinale confirmée par le patient. Par la suite, nous lui conseillons de diminuer ou d'arrêter l'alcool, ou de retarder la prise d'alcool dans la journée. Le maître de stage des universités (MSU) lui propose de le faire hospitaliser pour qu'il soit aidé avec une équipe pluridisciplinaire à modifier ses habitudes et sa dépendance. Mais le patient répond : « Je préfère attendre quinze jours et pour la prochaine consultation, on reparlera d'une hospitalisation ». Devant son refus, nous lui prescrivons du chlorhydrate de naltrexone qu'il a eu une première fois lors d'un premier essai d'abstinence. Nous lui demandons aussi d'éviter de prendre la voiture, car il s'est mis en danger et heureusement, il n'a blessé personne. En débriefant avec mon MSU, il m'a dit que ce n'était pas la première fois que le patient repoussait l'hospitalisation, mais qu'il était difficile de l'obliger à se sevrer même s'il se mettait en danger lui et parfois les autres. Cette consultation m'a interpellé sur la prise en charge et le déroulement de l'entretien. En rentrant je me suis demandé : En tant que médecin généraliste, quelle attitude doit-on avoir et quelles formes de phrases utiliser pour prendre en charge et informer les patients sur les risques pour lui et sur autrui lors des dépendances alcooliques ?

Tout d'abord en médecine générale, un patient sur cinq à un usage nocif ou à risque d'alcool, mais seulement 1 % consultent pour ce motif qui est la deuxième cause de mort évitable. Les médecins généralistes sont la première ligne de prévention de l'alcool. Cette dépendance est fréquente et complexe, mais il faut du temps pour coordonner les soins. Des freins existent, car les médecins ont peur d'être intrusifs et de la réaction des patients. Avant les médecins pensaient que donner des conseils était suffisant au changement. Cette attitude paternaliste ne prenait pas en compte l'ambivalence du patient. Celle-ci est un conflit psychologique entre les avantages et les inconvénients de l'alcool. En donnant des conseils au patient qui ne les a pas sollicités, nous pouvons générer de la résistance qui amènera des phrases types « oui, mais... ». Souvent les médecins appuient sur les bénéfices alors que le patient voit le côté négatif de son changement de comportement. Chez les malades dépendant à l'alcool, le déni est considéré comme un obstacle, pourtant souvent le patient est loin de tout nier en bloc. Ils sont souvent dans le déni sur les conséquences et les difficultés de l'alcoolisation. C'est une défense à respecter, elle fait partie du fonctionnement psychique, elle protège la personne de la violence de la réalité : je suis dépendant de l'alcool, avec le sens moral, extrêmement péjoratif dans la société actuelle. Donc on peut comprendre que les personnes aient des difficultés à en parler.

L'entretien motivationnel permet d'amorcer la question de l'alcool avec quelqu'un qui ne veut pas en parler. C'est une méthode de communication renforçant la motivation à modifier un comportement. Il est adapté pour les personnes peu disposées à changer. Il peut être utilisé pour des interventions brèves. Le patient parvient à explorer ses motivations à changer. Sa disposition au changement s'accroît au fur et à mesure qu'il ressent que son comportement est en désaccord avec ses valeurs profondes ou ses buts existentiels. Le médecin doit être conscient

que chaque patient a des raisons de changer qui lui sont propres, et qu'il en a les ressources. Il travaille à les mettre en évidence et à les mobiliser. Il respecte l'autonomie du patient, le considère d'égal à égal, faire preuve de compassion et laisse entendre au patient que son état ne lui est pas indifférent. Les quatre processus de l'entretien motivationnel sont : l'engagement dans la relation (le médecin doit créer une atmosphère valorisante et favorable au partenariat) ; la focalisation qui permet aux deux de clarifier la situation et les comportements à l'origine ; l'évocation de ses motivations intrinsèques ; la planification qui consiste à le soutenir pour qu'il élabore une stratégie appropriée et à l'accompagner pour sa mise en œuvre. L'entretien motivationnel a quatre principes : l'empathie, le développement de la divergence, le maniement subtil de la résistance, la promotion de la confiance dans sa propre capacité à changer. Sept techniques sont préconisées pour la pratique : poser des questions ouvertes, l'écoute réflexive (le médecin reformule les phrases pour approfondir l'introspection), la valorisation, le « discours-changement » qui est une étape du processus de rectification du comportement. Le médecin le reconnaît et le favorise. En cas de résistance, il faut créer un climat relationnel et éviter une « lutte » avec le patient. Le « Confidence Talk » : le patient exprime les raisons de sa confiance à effectuer un changement de manière autonome. Des résumés réguliers permettent au patient de réentendre ses arguments en faveur et contre la modification de son comportement. Ils doivent refléter son ambivalence. Il est important de prendre en compte le stade de préparation au changement. Soit les patients ne sont pas intéressés (précontemplation), soit indécis (contemplation), soit en préparation. Les deux derniers sont l'action et le maintien : seulement 20 % des malades sont à ces stades. La plupart sont aux deux premiers stades donc si on les devance dans leur processus de changement qui n'est pas juste un événement ponctuel, mais un parcours qui peut durer plusieurs années, nous pouvons générer de la résistance. Les médecins respectent leur rythme.

De plus, la responsabilité des actes de soins apportés à un patient dépendant à l'alcool est la même que celle des soins pour d'autres maladies. Ceux-ci doivent être conformes aux données de la science, une information complète est donnée au malade sur les investigations et les traitements. Depuis le 4 mars 2002, le patient a le droit de refuser les traitements et les soins donc l'exercice est d'avoir une coopération avec le malade. Le secret médical doit être préservé même si la famille peut parfois faire pression. Seuls deux cas précis chez le malade dépendant de l'alcool peuvent donner lieu à une divulgation du secret médical : connaissance de sévices ou mauvais traitements infligés chez des mineurs de moins de 15 ans ou chez des personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger.

Pour conclure, c'est en pratiquant plusieurs entretiens motivationnels, en s'adaptant aux réactions et au stade de préparation au changement des patients que le médecin acquiert l'expertise pour les aider à modifier leur comportement lié à leur dépendance. De plus, seules deux situations particulières peuvent donner lieu à une divulgation du secret médical et une hospitalisation sans consentement. Afin de mieux prendre en charge l'addiction, il faut savoir que celle-ci perturbe les équilibres interneuronaux gérés par les neurotransmetteurs et les systèmes modulateurs qui régulent la réponse comportementale aux besoins, aux désirs et aux projets. La répétition des comportements addictifs modifie le circuit de la récompense intervenant dans l'apprentissage adaptatif, diminue le contrôle inhibiteur préfrontal décisionnel et avec la mémoire donne une réponse où le produit stimulant s'impose. Le processus devient anatomique par neuroplasticité et entraîne les symptômes physiques du manque, l'inadaptation au stress et l'emprise du conditionnement. Des métaphores peuvent permettre d'expliquer les dérèglements biologiques qui conduisent à l'altération du contrôle volontaire des comportements. La compréhension de ces mécanismes peut aider les patients à prendre conscience de leur maladie pour modifier leur comportement.

Références bibliographiques :

- Huas D., Rueff B., Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *exercer*. 2010 ; 90 :20-3.
- Poloméni P. Alcool et drogues, soumission et violence. *Médecine* 2016;12(3).
- Levivier M., L'entretien de liaison alcoologique: abords langagiers. « *Psychotropes* » 2010; 16:117-137.
- Binder P., Intervenir sur les addictions en médecine générale Première partie – Une perte du contrôle du désir envahi par le besoin : l'addiction est une maladie du cerveau *exercer*. Janvier 2017 ; 129 : 24-31.

Item 2. Prescription médicamenteuse nouvelle

Bronchite aiguë : existe-t-il un intérêt à prescrire de l'Hélicidine ?

Recherche effectuée à la suite d'une consultation en médecine générale d'un patient de 65 ans, non-fumeur, hypertendu traité par Ramipril, qui se présente avec un tableau de bronchite avec une toux productive intermittente évoluant depuis 5 jours. Il est apyrétique et l'examen clinique ne retrouve pas de foyer à l'auscultation. Il ressort du cabinet avec une prescription d'antibiotique par amoxicilline/acide clavulanique, de corticoïdes et un antitussif par *Hélicidine*. Lors de la rétroaction, mon MSU m'a expliqué que sa prescription n'était pas conforme aux recommandations, mais qu'il craignait une aggravation et un retour du malade s'il ne prescrivait pas d'antibiotique. Lors de la rétroaction en GEP, notre tuteur, nous a parlé de médecine dite défensive et de l'étude PAIR qui a étudié les mécanismes conduisant à une prescription inappropriée d'antibiotiques. Dans cette ordonnance, l'absence d'intérêt des ATB ne faisait pas de doutes pour moi, mais quid des antitussifs ?

Introduction :

La bronchite aiguë est très fréquente, avec chaque année environ 10 millions de cas prédominant pendant l'hiver et l'automne. L'étiologie virale est prédominante (90 % des cas) et la maladie majoritairement favorable spontanément.

L'Hélicidine

L'*Hélicidine* est un sirop antitussif d'action périphérique. Il peut être utilisé dans les toux sèches gênantes.

Le rapport de la commission de transparence de la Haute Autorité de santé en 2015 indique que son service médical rendu est faible.

Ce sirop extrait de la bave d'escargot, en dépit d'une action quasiment négligeable sur la toux, entraîne des inconvénients digestifs (*douleurs, diarrhées*).

Il est également responsable de surencombrements bronchiques chez des sujets incapables d'avoir des expectorations efficaces (*Nourrissons, sujets âgés...*) et est donc contre-indiqué.

L'*Hélicidine* et les antitussifs en général ne sont donc d'aucune utilité à l'heure actuelle.¹

Comment ne pas prescrire de l'Hélicidine ?

À l'heure d'une société régie par l'instantanéité et les exigences croissantes des patients, le médecin place l'éducation au centre de la consultation afin d'éviter des prescriptions inappropriées.

L'éducation du patient par le médecin passe par l'informer de l'évolution naturelle de cette affection principalement virale et résolutive naturellement en une dizaine de jours. La toux, mécanisme de défense physiologique de l'organisme, est respectée, car elle favorise la guérison du malade. C'est pourquoi la prescription d'antitussifs apparaît incohérente.

Dans la littérature aucune prescription d'antitussifs ou d'expectorants n'a fait preuve de leurs efficacités dans la prise en charge de la bronchite aiguë.²

L'apparition d'expectorations purulentes, source d'inquiétude, est sans relation avec une surinfection bactérienne, mais plutôt témoin d'une nécrose épithéliale, naturelle dans la bronchite.

La prescription d'antibiotique est inadaptée devant l'origine principalement virale. Non seulement responsables d'effets indésirables, les antibiotiques ne présentent aucun effet sur la durée des symptômes et favorisent l'émergence de l'antibiorésistance.³

Aucune étude ne s'accorde à dire que les antibiotiques protègent d'une surinfection.

Des méthodes non médicamenteuses telles que l'utilisation de boissons chaudes, une hydratation suffisante, l'éviction du tabagisme ou encore l'humidification de l'air restent les meilleures prescriptions.

Toutefois, l'entretien doit laisser une porte ouverte à une reconsultation devant une hyperthermie prolongée (*supérieure à 38,5 pendant plus de 3 jours*), l'apparition d'une dyspnée, l'aggravation ou la persistance résiduelle d'une toux prolongée. Ces symptômes orientent alors le praticien vers un autre diagnostic.

Conclusion :

Bien que la toux dans un contexte de bronchite soit généralement le motif faisant consulter le patient qui s'attend à une solution immédiate, dans ma pratique future en médecine générale, en m'appuyant sur l'argument du rapport bénéfice-risque et l'histoire naturelle de la maladie, je suivrai une démarche raisonnable privilégiant l'éducation à l'ordonnance. Cette attitude rationnelle m'apparaît bénéfique pour le patient (*compréhension, réassurance*), le médecin (*désengorgement du cabinet*) et l'environnement (*diminution des prescriptions*).

Références bibliographiques

¹Jeff Fischer, Emmanuel Andrès, Romain Stein. Revue pharmacologique des antitussifs et leur place dans le traitement de la bronchite aiguë virale. Médecine thérapeutique 2017;23(1):14-20.

²RH Albert. Diagnosis and treatment of acute bronchitis. American Family Physician 2010,82(11):1345–50.

³Revue prescrire. Bronchite aiguë chez un adulte. Rev Prescrire 2015;35 (385):839-42.

Item 3. Iatrogénie

AINS

Nous avons reçu aux urgences, Mme D 77 ans pour poussée de gonarthrose. La patiente était suivie pour une gonarthrose depuis un peu plus de 3 ans et avait eu une visco supplémentation il y a 6 mois. Dans ces antécédents je retenais une HTA, un DNID équilibré sous metformine. La radiographie confirmait une gonarthrose sans autre problème. J'ai prescrit à cette patiente du ketoprofène habituellement utilisé aux urgences pour les douleurs. Par la suite en rétroaction avec le GEP nous avons réfléchi à l'ordonnance. L'administration d'anti-inflammatoires chez une patiente âgée, hypertendue sous IEC et diabétique sous METFORMINE posait question. Tout de suite après cette consultation j'avais été satisfait de trouver une solution à ses douleurs qui la handicapaient et j'espérais une amélioration rapide.

La personne âgée est un sujet avec un risque accru d'effets indésirables, liés en partie à un état polyopathologique et à risque d'interactions du fait de multiples traitements. Chez cette patiente, la prescription conjointe d'AINS et antiagrégants plaquettaires est à risque d'événements hémorragique gastrique. (1) L'association des AINS et IEC (PERINDOPRIL) est à risque d'insuffisance rénale aiguë (IRA) (1) Dans une étude les auteurs ont établi le « number need to harm (NNH) » de l'association AINS/BSRAA concernant l'apparition d'une IRA est de 237. Avec l'ajout d'un diurétique, ce NNH peut baisser à 158. Le NNH est encore plus important pour les patients avec une fonction rénale de base altérée, et peut même atteindre la valeur de 10 pour l'association de diurétique de l'anse/anti-aldostérone et AINS. (2) La patiente étant diabétique et traitée par METFORMINE, ce risque de survenu d'IRA est d'autant plus dangereux qu'il peut induire un surdosage et intoxication à la METFORMINE avec in fine une acidose métabolique à METFORMINE. La patiente se trouvant au moment de la consultation dans une situation de fragilité, où la mobilisation était difficile, associée à son âge, il peut exister également un sur risque de déshydratation extra cellulaire. Comment traiter cette patiente sans AINS ? L'antalgie aurait pu être gérée avec des mesures complémentaires, le repos et la glace et de paracétamol. En cas de persistance des douleurs, on pourrait par la suite envisager de passer à des antalgiques de palier 2 en conservant en mémoire les risques décrits actuellement de dépendance et les effets des opioïdes.

L'explication de l'histoire naturelle d'une poussée d'arthrose et des risques des AINS dans le cadre d'une décision partagée permet aux patients de mieux appréhender la balance bénéfice risque de ces médicaments dans cette situation.

Références bibliographiques

1. Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). J Eur Urgences Réanimation 2013;25(3-4):197-200.
2. Dreischulte et al. - 2015 - Combined use of nonsteroidal anti-inflammatory dru.pdf [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <http://perruchenaautomne.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/04/ki2015101a.pdf>
3. PRAC recommends updating advice on use of high-dos.pdf [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/prac-recommends-updating-advice-use-high-dose-ibuprofen_en.pdf.

Item 4. Difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage

Quelle attitude avoir et quelles questions poser pour chercher une dépression ?

Durant le confinement en rapport avec la Covid-19, je reçois en consultation dans le cabinet de mon MSU, un patient de 50 ans qui me dit « Je n'en peux plus, je suis stressé. » Je vois dans ses antécédents une hépatite alcoolique datant de 10 ans, une dépression pour lequel il avait eu un traitement lourd avec Clomipramine, bromazépan et Cyamémazine. Je commence mon interrogatoire en lui demandant « Pourquoi êtes-vous stressé ? » Il me répond juste « J'ai une nature anxieuse ». Essayant de trouver l'origine à son angoisse, je lui dis : « Avez-vous des soucis au travail, dans votre vie personnelle ? ». Il me répond : « c'est un tout, surtout depuis le confinement, ça devient lourd. J'en ai marre. Je veux quelque chose pour ne plus avoir d'angoisse. ». Devant ses paroles, j'essaie de chercher des signes de dépression du fait de ses antécédents. Je lui demande : « Êtes-vous triste ? Pleurez-vous ? » « Non, je ne suis pas triste. Parfois je sens mon cœur battre fort. J'ai mal à l'estomac et aux cervicales ». Je comprends que ses multiples doléances sont liées à son stress. Je continue mon interrogatoire pour chercher les autres signes pouvant être associés à une dépression. Je lui demande depuis combien de temps il est moins bien et comment il va au niveau du sommeil et de l'alimentation. Il me dit : « Depuis 1 mois, je suis moins bien, je me réveille beaucoup la nuit, mais j'ai bon appétit ». Je lui demande malgré mon appréhension à demander des choses de ce type, s'il a des idées suicidaires. Il me répond : « Non pas du tout. J'en ai juste marre d'être angoissé ». J'essaie de chercher une perte de l'élan vital, une aboulie et lui pose : « Arrivez-vous toujours à faire vos activités chez vous ? arrivez-vous à vous lever le matin ? ». Il me répète « j'en ai marre de ce stress ». Répondant à côté, je le questionne : « est-ce que vous faites toujours vos activités ? Jouer aux cartes avec votre femme ? ». Il dit froidement, « Je suis seul, donc les activités je n'en ai pas ». Devant ce moment gênant, je décide de l'examiner pour dissiper le froid. Il n'a pas pris ni perdu de poids. L'examen clinique est normal. Je finis par lui prescrire de l'oxazépan du fait de son antécédent lié à l'alcool et lui explique qu'il devra le baisser progressivement et venir nous voir dans un mois. La consultation finit, je me rends compte que j'ai été maladroit et que je ne veux pas que cela se reproduise. Je n'ai pas osé lui demander s'il buvait encore. Je vais essayer de faire une analyse de ma consultation et trouver des phrases que je pourrais poser pour rechercher une dépression sans aucune maladresse.

Le mot dépression ne s'emploie pas à la légère. C'est un ensemble de symptômes donnant une souffrance depuis 15 jours. Le généraliste est le premier consulté en cas de problème de santé mentale loin devant les psychiatres et psychologues. Par rapport aux autres spécialistes, le généraliste a une position privilégiée : il connaît le patient, son vécu, son environnement, ses conflits. Il voit les choses de façon globale, perçoit ce que le patient ne dit pas, dans le cadre d'une relation de confiance, renforcée par la durée. Le patient va se confier facilement et spontanément. Si le médecin ne connaît pas le patient, la consultation peut être le début d'une longue histoire. Ce qui était mon cas. Le médecin doit soigner non pas une dépression, mais un patient qui souffre de dépression. Il doit soigner ses problèmes psychologiques et somatiques sans oublier l'entourage. Il est implicite que la consultation ne se limite pas aux soucis actuels et que le médecin entre dans la vie du patient pour une durée indéterminée. Je le voyais pour la 1^{re} fois, je ne connaissais pas son mode de vie. Il n'était pas renseigné dans le dossier médical de mon MSU. Pour ma pratique future, il semble intéressant de noter le mode de vie de mes patients pour ne pas créer de maladresse si je ne m'en souviens plus et montrer que je connais le contexte de vie de mes patients ce qui peut les rassurer et renforcer notre relation. Il y a des phrases que je pourrais utiliser pour chercher une dépression : « éprouvez-vous une tristesse perturbant votre quotidien ? Avez-vous perdu l'intérêt pour les loisirs, le travail, les activités qui vous plaisent ? Vous sentez-vous épuisé ? Avez-vous pris ou perdu du poids ? Avez-vous eu des problèmes de sommeil ? Vous sentez-vous plus lent ou agité que d'habitude ? Avez-vous plus de mal à vous concentrer ? Vous êtes-vous

senti bon à rien ? Avez-vous pensé à votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ? ». L'emploi de mots neutres comme ami(e) ou partenaire peut éviter les maladroites. Mais la question la plus ouverte est encore plus simple : comment vivez-vous ? Pour montrer les différents aspects de la prise en charge en médecine générale, l'acronyme CHARPENTE évoquant l'approche globale peut être une aide : contexte de vie du patient, son histoire, évènements qui conditionne sa personnalité, attentes et besoins, représentations de santé et croyances, ses préférences, ses émotions et affects, sa nature avec caractéristiques biomédicales, temps : son évolution, être : sa personnalité. Le généraliste parle avec son patient en utilisant les outils de communication qu'il adapte. Il y a l'écoute active, 1^{re} étape du dialogue qui permet au 2 de communiquer et aide le médecin à comprendre le patient. Il s'agit d'écouter ce que dit le patient, aussi ce qu'il ne dit pas ou à moitié, et ce que les mots signifient pour lui. Il faut saisir les silences et les comprendre. Une fois le patient mis en position de s'exprimer, il peut s'approprier ses propres réflexions et cheminer en même temps qu'il verbalise les choses. Le médecin crée un espace où le patient dit et pense ce qu'il veut en sécurité. Il y a le non verbal du patient, ses gestes, son agitation ou son calme. Par sa posture, son visage, le médecin aussi donne différentes dimensions à son discours. La gestion de l'espace fait partie du non verbal et permet au médecin de positionner sa relation avec le patient. Les relations sociales sont gérées par la distance mise avec son interlocuteur. Il existe 4 espaces : public, social, personnel entre médecin et patient et intime (distance permettant de toucher le patient, non franchie dans une conversation ordinaire), il ne peut être atteint qu'avec permission de l'autre. Le médecin peut l'atteindre avec l'examen clinique. Le médecin doit gérer cette intimité pour mettre le patient en confiance, sans le braquer par une intervention non souhaitée.

Références bibliographiques :

Druais P.L, Ouazana A., La dépression en Médecine Générale, La psychothérapie de soutien : une approche spécifique. Collège de Médecine Générale. 2017. Disponible sur : <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/La-de%CC%81pression-en-MG-2017.pdf> [consulté le 24 mai 2020]

Perdreix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin patient. *exercer* 2017 ;132 :187-188.

Briffault X., Caria A., Finkelstein C., Herique A, et al. La dépression - En savoir plus pour en sortir. Repérer les symptômes, connaître les traitements, savoir à qui s'adresser. Institut national de prévention et d'éducation à la santé. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-8.pdf> [consulté le 17 mai 2020]

Item 5 : procédure médico administrative

Constatation de décès

Lors de ma première garde hospitalière, j'ai été appelé par l'IDE d'un service de médecine pour constater un décès. La patiente ayant été agitée les deux derniers jours de sa vie, et gérée par les médecins du service ; elle a été retrouvée le matin à 5 heures dans son lit lors du tour de constantes, inconsciente, inanimée, froide. Il m'a été demandé donc de constater le décès, établir le certificat de décès et de prévenir la famille de ce décès a priori inattendu.

Quels gestes, techniques et examens sont à effectuer au lit du défunt afin d'objectiver son décès ?

Historiquement, le décès était défini par un arrêt irréversible de l'activité cardiocirculatoire, situation aujourd'hui reconnue comme « mort clinique ». Depuis les années 60, l'OMS adopte une définition de la mort en tant que mort cérébrale, cette définition ayant pour objectif d'encadrer les prélèvements d'organes alors en plein essor.¹

Sont distingués, pour parler de la mort, des signes négatifs de vie et des signes positifs de la mort.²

Les signes négatifs de la vie :

Ce sont ceux de la mort apparente ou relative. Ils correspondent à l'arrêt des grandes fonctions vitales : arrêt respiratoire, arrêt cardiaque, arrêt circulatoire, absence de signes neurologiques : abolition de la conscience, aréflexie (notamment mydriase aréflexive), hypotonie. Le diagnostic de la mort à ce stade peut être réalisé par l'examen clinique. Des méthodes paracliniques peuvent être utilisées : absence de flux respiratoire en plaçant un miroir devant la bouche (absence de buée). ECG plat, isoélectrique.

Article R. 1232-1 du Code de la santé publique³ :

Si la personne présente un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, le constat de la mort ne peut être établi que si les trois critères cliniques suivants sont simultanément présents :

- 1- Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée ;
- 2- Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral ;
- 3- Absence totale de ventilation spontanée.

Article R. 1232-2 du Code de la santé publique :

...il est recouru pour attester du caractère irréversible de la destruction encéphalique :

- 1- Soit à deux électroencéphalogrammes nuls et aréactifs effectués à un intervalle minimal de quatre heures, réalisés avec amplification maximale sur une durée d'enregistrement de trente minutes et dont le résultat est immédiatement consigné par le médecin qui en fait l'interprétation
- 2- Soit à une angiographie objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique et dont le résultat est immédiatement consigné par le radiologue qui en fait l'interprétation.

Les signes positifs de la mort :

Signes précoces : la température du cadavre chute d'environ 1 degré par heure à température ambiante et on admet que l'équilibre avec le milieu ambiant est atteint en 24 heures. La rigidité débute environ à la 3e heure après la mort. Les lividités correspondent à la transsudation du sang hémolysé à travers les parois vasculaires devenues perméables. Elles sont dues à la pesanteur et apparaissent progressivement à partir de la 3e heure au niveau des régions déclives à l'exception des points d'appui.

Signes tardifs (au-delà de la 36^e heure) : la putréfaction et transformation du cadavre (volontairement non développé, car impossible en hospitalier)

L'obligation de retrait des prothèses ou des dispositifs médicaux⁴

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, un médecin ou un

thanatopracteur atteste de la récupération de l'appareil avant la mise en bière. L'article R.2213-15 du code général des collectivités territoriales ne précise pas qui doit procéder au retrait de la prothèse. Le Conseil national de l'Ordre des médecins considère que ce geste technique simple fait partie des derniers services que le médecin peut rendre au défunt et à sa famille.

Que faire des dispositifs médicaux après retrait ?

Le guide technique publié par le ministère de la santé sur les déchets d'activité de soins à risques précise qu'après explantation, les dispositifs médicaux implantés actifs (stimulateurs cardiaques, défibrillateurs, pompes à insuline, stimulateurs neurologiques ou musculaires, implants auditifs...) doivent être nettoyés et désinfectés. Il est souhaitable d'établir des protocoles de désinfection, d'entreposage, de transport et d'élimination. Les stimulateurs doivent être remis ou envoyés, après nettoyage et désinfection, dans un emballage hermétique adapté avec la mention « produit explanté pour destruction ». Les défibrillateurs doivent être mis sur « arrêt » pour éviter des chocs inappropriés aux personnes susceptibles de les manipuler. Il existe deux types de filières pour l'élimination de ces déchets, avec remise au fabricant par envoi postal ou à un collecteur de déchets.

Références bibliographiques :

- 1) Mort, page consultée le 04/01/2020 ; Wikipedia ; <https://fr.wikipedia.org/wiki/Mort>
- 2) Item n°8 : Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation ; page consultée le 04/01/2020 ; Norbert Telmon, telmon.n@chu-toulouse.fr http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/08_poly_item08.pdf
- 3) Item 197 (Item 127) – Transplantation d'organes Aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement de surveillance ; complications et pronostics ; aspects éthiques et légaux ; page consultée le 04/01/2020 ; Collège Français des Urologues [en ligne]; http://campus.cerimes.fr/urologie/enseignement/urologie_8/site/html/9.html
- 4) Modèles de certificats de décès ; page consultée le 04/01/2020, le CNOM [en ligne] <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modeles-certificats-deces>

Item 6. Situation de soins non programmés vous ayant posé problème

Poussée hypertensive chez le patient avec dysautonomie telle que la maladie de parkinson

Situation clinique dans le service de Soins de Suite et Réadaptation du pôle gériatrique : patient de 78 ans atteint de maladie de Parkinson et d'hypertension artérielle sous traitement par Modopar et Perindopril et Lercanidipine. Nous sommes appelés dans l'après-midi par l'infirmière, pour une poussée hypertensive à 200/100 sans signes cliniques de gravité. Les infirmières anticipent l'administration du traitement du soir sans consulter les médecins. Après des doutes concernant la conduite thérapeutique à tenir, nous décidons d'administrer Modopar dispersible et Oxazepam pour faire face à l'urgence et à l'agitation. Le renforcement du le traitement antihypertenseur est remis lendemain.

Dysautonomie tensionnelle chez le sujet parkinsonien

Dans la maladie de Parkinson, il existe souvent une hypotension orthostatique et moins fréquemment la coexistence d'une hypertension en position allongée.

Par définition, l'hypotension orthostatique (HTO) est la chute d'au moins 20 mmHg de tension systolique et 10 de diastolique dans les 3 minutes après le passage de la position allongée à la position debout, tandis que l'hypertension en position allongée, est une élévation supérieure à 140/90 en clinostatisme.

Étant donnée sa fréquence, la gestion de l'hypotension orthostatique chez le sujet parkinsonien sans comorbidités de type cardiologique est l'objet de recherches avec des traitements comme Midodrine (alpha-agoniste) 2.5-10 mg jusqu'à 3 fois par jour (1, 2) ou par Droxidopa (molécule qui ne possède pas encore l'AMM en France, à différence des États-Unis).

Poussée hypertensive

En revanche, même chez le sujet parkinsonien, des valeurs de pression supérieure à 180/110 en position assise ou debout sont interprétées comme une urgence hypertensive à part entière.

Les urgences hypertensives sont : l'hypertension maligne et la crise aigüe hypertensive (3, 4).

L'hypertension maligne est définie comme l'élévation des valeurs tensionnelles au-dessus de 200/110 associées à des altérations du fond d'œil ou à d'autres manifestations de souffrance viscérale (insuffisance cardiaque/œdème aiguë du poumon, insuffisance rénale aigüe, AVC/encéphalopathie, dissection aortique ou syndrome coronarien aigu).

La crise aigüe hypertensive est une hypertension sévère (supérieure à 180/100), sans signe de souffrance viscérale.

Conduite à tenir

Étant donnée l'absence des recommandations spécifiques pour la gestion d'une urgence hypertensive chez le sujet parkinsonien, la prise en charge et l'approche thérapeutique ne changent pas de ceux qui sont classiquement préconisés.

Les principales recommandations s'accordent à ce sujet en conseillant de réduire les valeurs de façon progressive (3, 4, 5) entre 160-170 de systolique et 95-105 de diastolique (et pas nécessairement jusqu'à des valeurs strictement normales). La réduction ne doit pas dépasser les 25 % de la MAP la première heure hormis cas particuliers comme la dissection aortique ou le SCA, où la réduction recommandée est plus accentuée et rapide.

Dans le contexte d'une crise aigüe sans signe de défaillance viscérale il est recommandé de revoir l'évolution des valeurs de tension après une période de repos de 30 minutes et de débiter un traitement par voie orale si la PA reste supérieure à 180/100.

Les principales lignes directrices internationales et françaises ne donnent pas de références précises ni sur les molécules ni sur les posologies à privilégier (4, 5) ; dans certains protocoles de médecine d'urgence, l'administration de Nicardipine (LOXEN®) 20 mg PO en prise unique est préconisée, avec indication à l'hospitalisation si la PAD n'est pas réduite de 20 % en 120 minutes (6). Dans le contexte de l'Hypertension maligne ou dans l'impossibilité d'administrer le traitement PO (situation possible chez le Parkinsonien), l'objectif thérapeutique est atteint par administration sous forme intraveineuse, au mieux par seringue électrique, de médicaments avec demi-vie courte.

<i>Molécule</i>	<i>Délais et durée d'action</i>	<i>Posologie</i>	<i>Effets secondaires</i>
Nicardipine (LOXEN)	5-15 minutes de délai pour 30 minutes d'action	5 mg/h adaptables par paliers de 2.5 mg/h jusqu'à 15 mg/h maximum	Céphalée, flush, tachycardie, polyurie, hypotension
Labetalol (TRANDATE)	5-10 minutes de délai pour 3-6 heures d'action	0.25–0.5 mg/kg IVD puis 2–4 mg/min en infusion	HPO, bradycardie, hypersensibilité

*source : European Society of Cardiology (ESC), « Guidelines for the management of arterial hypertension (2018) »

D'autres molécules sont envisageables en fonction du contexte.

Conclusion

Chez le sujet parkinsonien il peut exister une coexistence de différentes manifestations de la dysautonomie au niveau de la pression artérielle.

La poussée hypertensive supérieure à 180/110 est traitée à l'instar de toute autre forme d'Urgence hypertensive chez le sujet sans dysautonomie.

Chez ce patient, nous ne pouvons pas exclure que l'élévation de la pression artérielle soit en rapport avec la fin de l'effet de la Levodopa et à son état thymique (anxiété et agitation), souvent fragilisé dans la maladie de Parkinson. Une thérapie minute par formes rapides de Levodopa, et le renforcement de la thérapie anti-hypertensive existante peuvent être réalisés dans un contexte de crise hypertensive sans signe de gravité (7).

Références bibliographiques

1. David S. Cannom MD, « Management of coexistent neurogenic orthostatic hypotension and supine hypertension », Journal of Clinical Hypertension, Volume 21, novembre 2019, pages 1732-1734
2. Alberto J Espay, Peter A LeWitt, Robert A Hauser, Aristide Merola, Mario Masellis, Anthony E Lang, « Neurogenic orthostatic hypotension and supine hypertension in Parkinson's disease and related synucleinopathies: prioritisation of treatment targets », Lancet Neurol 2016; 15: 954–66
3. American College of Cardiology/American Heart Association, « Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults », Hypertension, 2018;71
4. European Society of Cardiology (ESC), « Guidelines for the management of arterial hypertension », European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104
5. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, « Poussées hypertensives de l'adulte : élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate et urgences hypertensives recommandations », Journal de Médecine Vasculaire, vol 27, 4, octobre 2002, pp. 234-238
6. Frédéric Adnet, « Urgences de garde 2019-2020 - Les protocoles d'Avicenne »
7. Haute Autorité de Santé - recommandation de bonne pratique, « Maladie de Parkinson et syndromes apparentés : techniques et modalités de la prise en charge non médicamenteuse des troubles moteurs », juillet 2016, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038173/fr/maladie-de-parkinson-et-syndromes-apparentes-techniques-et-modalites-de-la-prise-en-charge-non-medicamenteuse-des-troubles-moteurs

Item 7. Geste technique

Bloc digital

Une femme de 60 ans consulte aux urgences pour un panaris très algique l'empêchant de dormir la nuit. Elle a comme principal antécédent un diabète de type 2. Le panaris évoluait depuis 3 jours au niveau de la région périunguëale de l'index gauche. Elle n'a pas consulté de médecin, sa sœur étant infirmière, lui conseilla d'effectuer des bains antiseptiques pluriquotidiens au DAKIN. Après 3 jours de bain antiseptique, elle ne constate aucune amélioration, à l'inverse elle voit apparaître une petite collection et une augmentation de sa douleur lancinante et pulsatile qui n'est plus calmée par le DOLIPRANE. Absence de signe de dissémination septique (fièvre, adénopathie, lymphangite).

Le panaris de la patiente semble mûr, il va falloir l'exciser. Devant la douleur intense ressentie, il est recommandé d'effectuer un bloc digital. Je n'avais jamais réalisé ce geste et j'ai eu des difficultés à le réaliser le sénior ne supervisant pas le geste. Elle m'a expliqué 2 modalités différentes pour réaliser le bloc. J'ai dans un premier temps tenté d'effectuer un bloc interdigital, technique qui s'est avéré assez douloureuse pour la patiente est sans effet sur la douleur au bout de 10 minutes. Je réalise par la suite un bloc par infiltration de produit anesthésique au niveau des nerfs digitaux, technique assez algique qui n'entraîne toujours pas d'anesthésie au bout de 10 minutes. Ce n'est qu'après une recherche rapide sur la réalisation d'une anesthésie digitale que j'effectue un bloc par infiltration de la gaine des fléchisseurs et je constate une efficacité au bout de 2 minutes. Je me pose la question suivante : s'agit-il d'un effet retard des deux premiers gestes réalisés ? ou l'efficacité immédiate du dernier ? C'est cette question qui motivera la réalisation de travail.

Panaris=infection de la main.

Germes plus fréquemment rencontrés :

S.aureus (70%), Entérobactéries (20%), Streptocoques (10%).

Origines :

Atteinte traumatique dans 90% des cas, atteinte dermatologique.

Différents stades :

Invasion, Phlegmasique, collecté, compliqué.

Traitement médical :

En première intention dans le stade phlegmasique, il consiste en des pansements et des bains pluriquotidiens antiseptiques incolores +/- antibiotiques avec contrôle à 48 heures.

Traitement chirurgical :

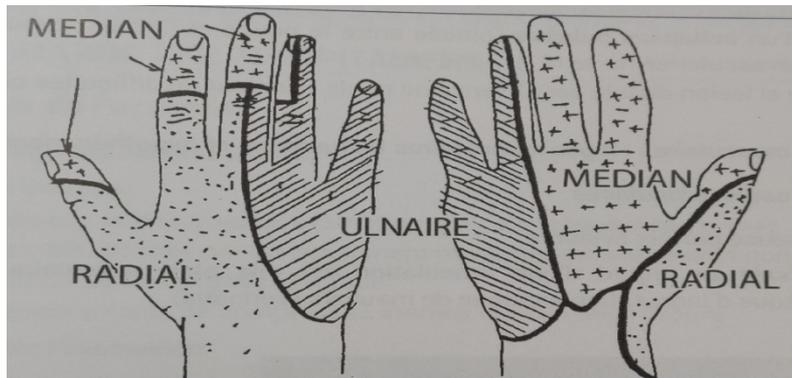
Stade collecté, compliqué ou échec à 48 heures du traitement médical bien conduit.

Mesures associées :

Traitement de la porte d'entrée, SAT/VAT, arrêt de travail si professionnel de la restauration, éducation, antalgique, rééducation/kinésithérapie. [2]

Le traitement antibiotique de première intention est à visée anti-staphylococcique et repose sur :
PRISTINAMYCINE PO : 1 g 2 à 3 fois/j pendant 7 jours
ou CLOXACILLINE PO : 50 mg/kg/j (sans dépasser 4 g/j) en 3 prises quotidiennes pendant 7 jours
ou AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE PO : 1 g 3 fois/j pendant 7 jours. [3]

INNERVATION DE LA MAIN

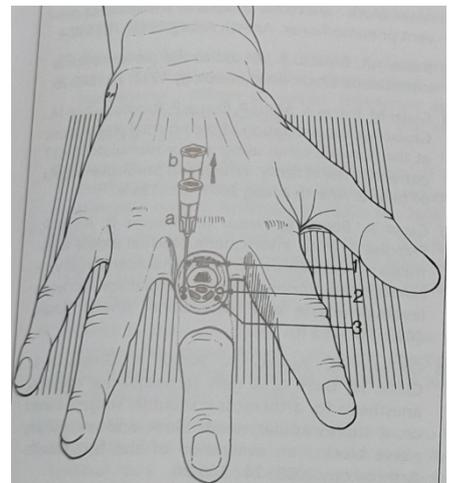


Plusieurs techniques, le choix sera orienté par la zone à anesthésier. Quelle que soit la technique, toujours effectuer une aspiration avant l'injection du produit pour s'assurer de ne pas être dans un vaisseau.

Blocs des nerfs digitaux :

Injection en deux temps d'anesthésique local de part et d'autre de la base de P1 permettant de bloquer les nerfs collatéraux dorsaux et palmaires.

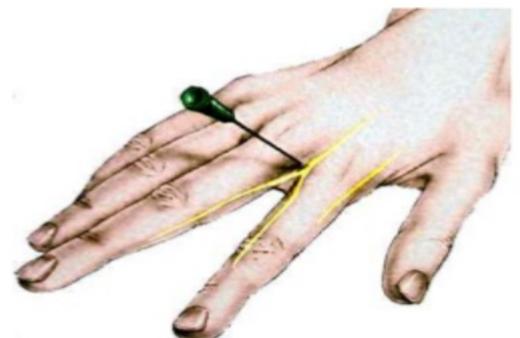
Solutions adrénalinées proscrites. (1.Nerf digital dorsal. 2.Artère collatérale digitale palmaire. 3.Nerf palmaire.)



Bloc interdigital :

Main à plat sur la table, ponction dans l'espace métacarpien, aiguille dirigée à 15, 30° vers la paume.

Injection de 5 ml d'anesthésique local.



Bloc de la gaine des fléchisseurs :

Particulièrement intéressant pour les gestes courts sur les 2^e, 3^e et 4^e doigts (sutures de plaies, excision partielle ou reposition d'ongles, extraction de corps étrangers, réduction de luxation interphalangienne, incision d'abcès, etc.).

Une aiguille de type intradermique est introduite avec un angle de 45° au niveau du pli cutané de flexion métacarpophalangien.

La bonne position de l'aiguille dans la gaine tendineuse est attestée par sa verticalisation lors des mouvements de flexion.

Injection de 5 ml de lidocaïne non-adrénaline.

À adopter en lieu et place de la technique d'anesthésie des nerfs collatéraux (plus algique, ischémie) ou du bloc interdigital.

Bloc du pouce :

L'innervation de toute la face dorsale est assurée par la branche radiale superficielle. L'avant-bras est placé en position neutre et la colonne du pouce est en abduction et en extension.

Une ligne transversale de 3 cm est tracée à l'angle supérieur de la tabatière anatomique. Injection de 3 ml d'anesthésique local en sous-cutané sur cette ligne. Ce bloc doit être associé à l'injection dans la gaine du fléchisseur ou du nerf médian.



Bloc du 5^e doigt :

Afin d'éviter deux injections (dans la gaine et sur la branche postérieure du nerf ulnaire), il paraît plus simple de faire une injection unique sur le nerf ulnaire au tiers inférieur de l'avant-bras. Le repère principal est constitué par le tendon du muscle fléchisseur ulnaire du carpe. L'aiguille est introduite 5 cm au-dessus du pli de flexion du poignet, soit latéralement immédiatement sous le tendon, soit en avant le long du bord latéral du tendon. Injection de 5 ml d'anesthésique local.



Pour revenir à la patiente, la technique qui a finalement été la plus efficace était l'anesthésie de la gaine des fléchisseurs (2^e doigt dans ce cas). Il s'agissait finalement d'un panaris au stade phlegmasique. La collection qui a été évacuée n'était pas purulente, mais plus plutôt sérohématique, et des soins locaux à domicile ont été mis en place. Un traitement antibiotique par AUGMENTIN a été instauré devant son antécédent de diabète. Je n'ai pas trouvé de recommandations ou d'harmonisation dans l'utilisation des antibiotiques dans les stades 1 et 2 du panaris qui reste donc empirique. Il ressort qu'en première intention ou après excision et drainage d'un panaris non compliqué, il n'est pas nécessaire d'utiliser des antibiotiques, mais il n'existe pas de consensus. L'évolution à 48 heures et la crainte de survenue de complications, notamment chez les patients fragiles (immunodépression, diabète) peuvent orienter la décision, c'est ce qui a motivé le recours aux antibiotiques chez notre patiente.[4,6]

Conclusion :

Dans ma future pratique de médecin généraliste, je peux être amené à pratiquer des blocs digitaux pour des actes interventionnels dits de « petite chirurgie ». En effet si le niveau d'environnement du cabinet médical, l'état du patient et la modalité anesthésique le permettent, on peut tout à fait effectuer ses actes en ambulatoire. [5] L'anesthésie des nerfs collatéraux n'est pas la technique à utiliser en première intention. L'anesthésie de la gaine des fléchisseurs semble être la technique de choix.

Références bibliographiques

1. GAUTHIER-LAFAYE, Pierre; MULLER, André; GAERTNER, Elisabeth (2009). Anesthésie locorégionale et traitement de la douleur: ELSEVIER MASSON
2. EDGARD-ROSA, Grégory ; AZUELOS, Arié ; AHARONI, Claude (2019). KB- iKB Orthopédie traumatologie : VERNAZOBRES GREGO
3. Stratégie thérapeutique : panaris / adulte. In ANTIBIOCLIC. ANTIBIOCLIC [en ligne]. ANTIBIOCLIC, 30 novembre 2018, [consulté le 2 février 2020]. Disponible sur <https://antibiocllic.com/strategie/108/733>
4. Panaris : consultation et traitement. In AMELI. AMELI [en ligne]. AMELI, 28 janvier 2020, [consulté le 2 février 2020]. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/panaris/traitement>
5. Haute Autorité de Santé : Rapport - Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels ? In HAS-SANTE. HAS-SANTE [en ligne]. HAS-SANTE, 14 mars 2011, [consulté le 2 février 2020] disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1024762/fr/quels-niveaux-d-environnements-techniques-pour-la-realisation-d-actes-interventionnels
6. "Panaris périunguéal bactérien aigu" Revue Prescrire 2018 ; 38 (418) : 600-604.

Item 8 Évaluation par le senior de la compétence à communiquer avec le patient selon les critères de la grille Calgary simplifiée : 1

GUIDE DE L'ENTREVUE MEDICALE : GRILLE CALGARY CAMBRIDGE SIMPLIFIEE

	Fait	Fait de manière incomplète	Non fait
<i>Débuter l'entrevue :</i>			
Prépare la rencontre			
Etablit le premier contact			
Identifie la (les) raison(s) de la consultation			
<i>Recueillir l'information : explore les problèmes du patient pour découvrir</i>			
La perspective biomédicale			
La perspective du patient			
Les informations de bases et le contexte			
<i>Expliquer et planifier</i>			
Fournit la quantité et le type adéquat d'information			
Aide le patient à comprendre et à retenir les informations			
Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective			
Planifie une prise de décision partagée			
<i>Construire la relation</i>			
Utilise un comportement non verbal approprié			
Développe une relation chaleureuse et harmonieuse			
Associe le patient à la démarche			
<i>Structurer l'entretien</i>			
Rend explicite son organisation			
Prête attention au déroulement de l'entrevue			
<i>Terminer l'entrevue</i>			
Planifie les prochaines étapes			
Prépare la fin de l'entrevue			

Item 9. Exemple apport de la littérature pour modifier une décision

Une meilleure prise en charge du patient avec une approche pluridisciplinaire

Groupe d'échanges de pratique n°5, séance du 11/12/2019 Recherche effectuée à la suite d'une situation clinique vécue dans le service UHCD à l'hôpital lors de mon deuxième jour de stage en tant qu'interne aux urgences. Une patiente de 45 ans aux antécédents psychiatriques de trouble dépressif, ayant déjà été hospitalisée en psychiatrie. Madame A. a été admise aux urgences suite à un épisode de confusion brutale à domicile, devant son mari, avec tremblements des 4 membres, et perte de connaissance brève, mais sans notion de morsure de langue ni de perte d'urine. Nous accueillons cette patiente à l'UHCD suite à son passage aux urgences, au cours duquel l'ensemble des symptômes ont régressé. Avec comme conclusion dans le dossier médical « trouble psychiatrique ». Le matin, je me rends auprès de la patiente pour discuter avec elle et essayer de comprendre le contexte. Lors de la visite médicale, la patiente fait un épisode de paralysie faciale gauche brutale devant moi, avec confusion, désorientation temporo-spatiale, je demande alors rapidement à mon chef de réaliser une IRM en urgence, dans le but d'éliminer un AVC. Or il n'avait, ce jour, pas le temps de s'occuper de cette patiente, et me demande alors de gérer seule la situation. Je demande une IRM en urgence. Au retour de l'examen, je retourne voir la patiente pour réévaluer la situation, et celle-ci fait une crise d'épilepsie pendant que nous discutons. Je retourne voir mon chef pour lui demander de m'aider dans la prise en charge médicamenteuse de la patiente, qui me demande de contacter un autre médecin pour gérer cette urgence, lui, n'ayant pas le temps. Nous décidons alors de transférer la patiente dans le service de réanimation en considérant le risque de détresse respiratoire. Je réalise une ponction lombaire dans le service de réanimation pour éliminer une méningo-encéphalite, et lors de la réalisation du geste, la patiente fait de nouveau une crise d'épilepsie, ce qui nous empêche de réaliser le geste. Une nouvelle ponction lombaire sera effectuée le lendemain par les médecins du service, et suite aux résultats négatifs, la patiente quittera l'hôpital deux jours plus tard, avec comme seul diagnostic « trouble psychiatrique ».

La prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques est difficile aux urgences. Fallait-il rechercher un autre diagnostic ? Comment lutter contre « l'étiquetage psychiatrie » ?

En France, le nombre de passages annuels dans les 641 structures d'urgence hospitalières est de 21,2 millions en 2016 (contre 18,4 millions en 2012) d'après le dernier rapport public annuel 2019 – février 2019 de la cour des comptes.

Lors de l'admission des patients aux urgences, des troubles organiques peuvent être masqués par une symptomatologie psychiatrique (2), il est important de penser à ne pas stigmatiser les patients atteints de troubles psychiatriques. Et de considérer chaque patient dans son ensemble, pour une prise en charge optimale. Il est fondamental, dans la pratique de la médecine, de connaître la limite de ses compétences, et ne pas hésiter à demander conseil aux spécialistes, pour une approche pluridisciplinaire.

La prise en charge aux SAU

La présence de troubles psychiatriques, ou un simple antécédent peut compliquer la prise en charge d'un patient au SAU. (2) L'essentiel pour le médecin urgentiste lors de la prise en charge est de ne pas manquer un trouble organique qui pourrait être responsable de symptomatologie psychiatrique, ou dans certaines situations, d'attribuer un trouble organique à une étiologie psychiatrique. Dans une étude réalisée en 2009 au CHU de Lille, sur les 610 patients admis pour motif psychiatrique, 5,41 % avaient des troubles organiques. La moitié est repérée par le premier

intervenant, les 3/4 par les urgences (2).

Lors d'une étude réalisée en Russie, au sein de la polyclinique régionale de Tomsk en 2003, sur 31000 patients admis aux urgences, près de 50% des patients ayant des troubles psychiatriques présentaient des pathologies organiques. (3)

L'enjeu de la prise en charge de ce type de patient est la nécessité d'une collaboration essentielle entre le médecin urgentiste, et le psychiatre de liaison. Les urgences ont pour objectif de réaliser un examen somatique complet chez tout patient venant pour motif psychiatrique ou non. En médecine générale, la dualité soma-psychée est réduite par le concept d'approche globale : biomédicale et psychosociale. (4)

Ce modèle biopsychosocial de Engels créée en 1977, est le modèle le plus abouti que nous ayons aujourd'hui, qui considère les facteurs biologiques, psychologique, et sociaux du patient. C'est un modèle théorique qui nécessite la participation active du patient dans sa prise en charge, et permet une prise en charge globale et complète. (5) Une anomalie biologique n'est rien sans la clinique, un symptôme isolé ne peut être interprété seul sans contexte social. Les valeurs biologiques psychologiques et sociales sont donc intriquées les unes avec les autres et ne peuvent donc être traitées séparément. (4)

Conclusion

Pour conclure, ce travail m'a permis de mesurer la complexité de l'interaction entre les pathologies psychiatriques et les manifestations organiques. Aux urgences, une approche pluridisciplinaire semble indispensable pour améliorer la prise en charge de ces patients mixte. Il se met en place des unités médico-psychiatriques (6) où la double compétence médicale et psychiatrique est présente de façon continue.

Ces recherches à travers la littérature scientifique actuelle m'ont permis de reconsidérer l'importance d'une prise en charge globale, de prendre en compte tous les aspects biopsychosociaux du patient et élargir les perspectives d'approches.

Pour Madame. A, il eût été justifié de demander une consultation par un psychiatre, et ainsi se questionner devant la présentation de ce tableau neurologique, dans un contexte psychiatrique. Évaluer l'ensemble des facteurs associés pour une prise en charge basée sur ce modèle biopsychosocial.

Références Bibliographiques

- (1) Carrasco V. Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale. DREES. Jan 2003.
- (2) M. Combelles , F. Vaniet , V. Jardon , C. Debien , C. Bonfils , E. Wiel , G. Vaiva. Fréquence des troubles organiques chez les patients admis pour un motif psychiatrique aux urgences.
- (3) Lebedeva VF, Semke VY. Clinical-epidemiological characteristics of mental disturbances comorbid with somatic pathology in patients attending a regional polyclinic. *Neurosci Behav Physiol* 2008;38:507-10.
- (4) Bally JN, Gocko X, Charles R. Le raisonnement et la décision en médecine La médecine fondée sur les preuves. *exercer*. 2017 ;132:189-203
- (5) Berquin A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse* 2010; 6: 1511-3.

Item 10. Exemple de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utile pour modifier votre décision

Quelles mesures prendre pour le dépistage du cancer de la prostate chez l'homme ?

Une de mes MSU m'explique le dossier d'un patient en fin de vie que nous allons voir en visite le jeudi suivant. C'est un patient de 90 ans en hospitalisation à domicile (HAD) sous morphinique pour des douleurs liées à des métastases vertébrales. Elle m'explique que son associé l'a vu un jour, il y a 2 ans pour des douleurs dorsales intenses et a décidé de lui faire une prise de sang avec recherche de marqueurs oncologiques et de doser le PSA, car il suspectait des métastases vertébrales. Le dosage de PSA est revenu très élevé faisant découvrir un cancer de prostate avec des métastases au niveau du rachis dorsal et lombaire. Ma MSU me dit avoir été vivement critiquée par la fille du patient qui ne comprenait pas pourquoi son père n'avait pas eu de dosage de PSA avant et ainsi le prendre en charge avant qu'il ne fasse des métastases vertébrales et soit sous morphine en HAD. Sur le coup, je me suis demandé pourquoi le dosage de PSA n'avait pas été réalisé avant, me mettant à la place de la fille du patient et pouvant comprendre sa colère. Même si je sais qu'il faut pouvoir mettre de la distance dans ce type de consultation et faire preuve d'empathie et non de sympathie. Ma MSU m'a alors expliqué que selon des études, le dosage systématique de PSA n'aurait pas d'incidence sur la diminution de la mortalité spécifique. Elle me dit alors avoir eu une discussion avec le patient après découverte de son cancer de prostate et il lui a dit : « *Je suis désolé pour l'attitude de ma fille, elle est triste et inquiète. Je vous remercie de ne pas avoir fait de prise de sang avant, grâce à vous j'ai pu vivre une dizaine d'années tranquillement chez moi sans les effets secondaires des traitements.* ». Étant une personne assez sensible, j'ai eu du mal à me mettre en statut de soignant avec une certaine distance et comprendre pourquoi ce dosage de PSA n'avait pas été fait. Je sais que ma MSU est à jour sur les recommandations et sait prendre du recul sur des situations qui font ou ont fait débat. Ainsi j'ai voulu faire des recherches sur le dépistage du cancer de prostate pour pouvoir mieux appréhender la situation si elle m'arrivait en consultation et pouvoir expliquer pourquoi le dosage de PSA n'est pas systématique.

En France, le cancer de prostate est le plus fréquent chez l'homme. Il est la 3^e cause de mort par cancer chez l'homme, 3 décès sur 4 sont après 75 ans. Il représente 3 % des décès masculins toutes causes confondues. La HAS, l'INCa, le CMG et le CNGE ne recommandent pas le dépistage systématique du cancer de prostate par PSA chez un homme asymptomatique, car il n'améliore ni son espérance de vie ni sa qualité de vie et il est difficile d'identifier des sujets à risque. Le CNGE pense qu'assimiler les cellules cancéreuses à un cancer est un abus de langage et qu'une décision partagée est essentielle. Il souhaite que les plus de 50 ans connaissent les bénéfices et risques du dépistage. Seul l'AFU préconise un dépistage individuel avec information des risques chez l'homme de 50 ans avec une espérance de vie supérieure à 10 ans, car le cancer évolue lentement. Ces divergences existent, car la sensibilité du PSA pour le diagnostic est de 75 %, et la spécificité de 90 %. La sensibilité est la capacité du test à identifier les personnes malades donc avoir un test positif chez les malades. La spécificité est la capacité du test à identifier les sujets sains donc avoir un test négatif quand les sujets ne sont pas malades. Elles représentent la validité interne du test. La VPP est la proportion de sujets avec tests positifs qui ont la maladie. Pour ce dépistage, la VPP est de 30 %, 3 hommes sur 10 ont un cancer de prostate parmi ceux avec PSA élevé et 7 n'en ont pas. La VPN est la proportion de sujets avec tests négatifs qui n'ont pas la maladie. Sa VPN est de 90 %. Parmi les hommes qui ont un PSA normal, un sujet sur 10 a un cancer et 9 ne l'ont pas. Le test peut détecter après biopsies, des cancers considérés comme non significatifs ou des formes tardives pour lesquelles aucun traitement ne serait débuté. Rien ne permet de distinguer les tumeurs agressives des cancers peu évolutifs qui sont plus fréquents. La difficulté du dépistage du cancer de prostate réside dans l'évaluation de son bénéfice pour le patient en tenant compte des risques de surdiagnostic (diagnostic d'un cancer qui ne se serait pas révélé du vivant de la personne) et de

surtraitement (traitement d'un cancer sans impact sur le pronostic de la maladie). Il n'existe pas de marqueur identifiant précocement les cancers évoluant défavorablement. Il existe le problème d'avance au diagnostic. Lorsqu'un cancer est identifié, l'homme devient malade du cancer. Il s'agit d'une perte définitive de cette santé. Avec un dépistage, ceci interviendrait en moyenne 7 ans plus tôt que si ce cancer avait été diagnostiqué par un symptôme. Le patient peut avoir des séquelles liées à la prise en charge, 7 ans plus tôt que les patients diagnostiqués avec des symptômes. Une procédure de dépistage peut être organisée lorsqu'elle répond aux 10 critères de l'OMS. Ce qui n'est pas le cas avec ce dépistage, car l'histoire naturelle de la maladie est mal connue, de plus le test de dépistage n'est pas fiable et précis. Le dépistage du cancer de prostate implique que des tests diagnostiques soient réalisés en l'absence de symptômes incluant les biopsies transrectales échoguidées. Il a aussi pour objectif d'identifier des cancers à un stade précoce et traitable, de manière à augmenter les chances de réussite d'un traitement et améliorer la qualité de vie des patients. La Cochrane a identifié 5 études pertinentes, deux avec faible risque de biais, et trois avec des faiblesses méthodologiques. La méta-analyse des 2 études à faible risque de biais ne montre pas de réduction de mortalité spécifique liée au cancer de prostate et ni la méta-analyse des 5 ECR combinés. Seule ERSPC trouve une réduction de 21 % de mortalité spécifique. Ainsi les données actuelles ne montrent pas de réduction sur la mortalité globale et spécifique du cancer. Les préjudices liés au dépistage par PSA et aux évaluations y faisant suite sont fréquents. Le surdiagnostic et le surtraitement donnent des effets délétères liés au traitement. Une réduction de mortalité spécifique au cancer peut prendre 10 ans pour se manifester donc les hommes ayant une espérance de vie inférieure à 10 doivent être informés que le dépistage a peu de chances d'être bénéfique. Aucune étude n'a examiné le rôle indépendant du TR. Mettre en évidence une variation de mortalité spécifique du cancer diagnostiqué au stade localisé suppose un grand échantillon et un suivi prolongé. Après 20 ans de suivi dans un essai comparatif randomisé, la mortalité spécifique du cancer ne différait pas entre le groupe avec dépistage systématique tous les 3 ans et le groupe témoin. Il est essentiel de ne pas entretenir la confusion entre dépistage et diagnostic. Lorsque le patient a des symptômes ce n'est plus une démarche de dépistage, mais une démarche diagnostique cependant dans les 2 cas, il faut expliquer au patient le risque de surdiagnostic et de surtraitement. Le surdiagnostic est inhérent à la démarche de dépistage. Il correspond à la détection de lésions cancéreuses qui n'auraient pas donné de symptômes ou conduit au décès. Ainsi les patients ne tirent pas de bénéfice du dépistage ; ils sont surtraités et ont des effets secondaires liés à la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Le surdiagnostic étiquette des hommes à priori en bonne santé en sujets malades et les soumet à des examens diagnostiques invasifs, augmente leur anxiété et les expose aux risques des traitements. 50 % des hommes de 50 à 69 ans traités pour le cancer de prostate ont des complications liées aux traitements (troubles de l'érection, incontinence...), sans oublier celles liées aux biopsies (hémospermies, urétrorragie, fièvre, complications infectieuses, rétentions aiguës d'urines).

Pour conclure, si le patient n'a aucun symptôme, il n'est pas utile de doser un PSA sauf si le patient le demande après information éclairée des avantages et inconvénients du dépistage, car aucune donnée actuelle ne montre que le dépistage par PSA et TR est un dépistage fiable, précis et diminue la mortalité spécifique liée au cancer. Cependant si le patient est symptomatique : le PSA peut être dosé, mais seulement après lui avoir expliqué la balance bénéfice/risque du diagnostic et des traitements de son cancer. Et dans ce cas-là, on rentre dans une démarche diagnostique et non de dépistage.

Références bibliographiques :

- Sandblom G., Varenhorst E., Rosell J., Löfman O., Carlsson P. Dépister le cancer de la prostate ne permet pas d'en réduire la mortalité à 20 ans. Essai comparatif randomisé du dépistage du cancer de prostate : suivi à 20 ans. *Exercer* 2011 ;97 :109-10.
- Dépistage du cancer de la prostate - Se faire dépister. ULR< <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-de-la-prostate>> consulté le 2020-03-16 12:59:07
- C. Rat. Dépistage par PSA dans le cancer de prostate : à prescrire ou à proscrire. CNGE. 2018 <https://www.cnge.fr/congres/congres_annuel_du_cnge_tours_2018/cnge_2018_depistage_par_psa_dans_le_cancer_de_pros/> consulté le 2020-04-05
- Eléments d'informations destinées aux médecins concernant la première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique. Après avis de la HAS. Mars 2016. ULR< <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-premiere-prescription-du-PSA-chez-l-homme-asymptomatique> > consulté le 2020-04-17 17:32:47.

