

SEMINAIRE TUTORAT

14 novembre 2024



SANTÉ
SORBONNE
UNIVERSITÉ



Programme de la journée

9h00 à 10h : Présentation du tutorat, du portfolio et concept de trace

10h à 11h15: Atelier RSCA

11h30 à 11h45 : Pause

11h45 à 12h30 : Initiation à l'écriture d'un récit

14h à 15h : Présentation des traces courtes

15h à 16h : Initiation à l'écriture une trace courte

16h : Pot d'accueil organisé par vos représentants étudiants

OBJECTIFS :



Connaître les modalités de validation de la phase socle et du DES

Connaître la structure du Portfolio

Comprendre l'intérêt et la construction des traces courtes d'apprentissage et des RSCA

Initier l'écriture d'un récit d'un RSCA et rédiger le brouillon d'une trace courte

Votre livret d'accueil



Toutes les dates, toutes les infos:

<https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/je-suis-en-phase-socle/>



Et la newsletter mensuelle!

PHASE SOCLE

- 1^{ère} année
 - Stage de niveau 1
 - Stage médecine d'urgence

PHASE D'APPROFONDISSEMENT

- 2^{ème} année
 - Stage en Médecine adulte polyvalente
 - Santé de la femme/et de l'enfant (ambulatoire ou hospitalier)
- 3^{ème} année
 - Stage libre
 - Stage de niveau 2

PHASE DE CONSOLIDATION

- 4^{ème} année
 - Deux stages ambulatoires professionnalisants



2 Stages



Formations
hors stage



Travaux
personnels



Soutenance

VALIDATION DE LA PHASE SOCLE



Formations hors stage

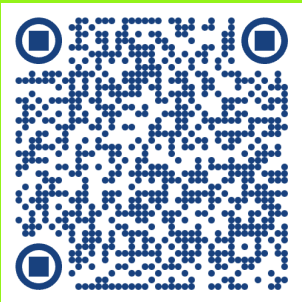
TUTORAT	COMPETENCES	RECHERCHE
1 séminaire Tutorat	3 GEP par semestre	2 journées formations
1 séance collective par semestre	1 enseignement validant la compétence professionnalisme par semestre 2 séminaires autres compétences par semestre	MOOC avec quizz (avant la journée recherche)
1 séance individuelle par semestre	1 journée atelier pendant le stage de SN1	1 fiche de thèse (1ère soumission avant le 9 juin)

Dates obligatoires à noter :

- **2 Séances tutorat collectives** (*susceptibles d'être modifiées par votre tuteur*) : **19 décembre 2024 et 26 juin 2025**
- **2 Séances de tutorat individuelles** (*susceptibles d'être modifiées par votre tuteur*) : **6 mars 2025 et 16 octobre 2025**
- **Séminaire bibliographique** : **12 décembre 2024**
- **Séminaire recherche** : **7 janvier 2025**
- **GEP** : **Toutes les séances sont obligatoires**
- **Groupe fiche thèse** : **4 séances obligatoires jusqu'à validation de sa fiche thèse**
- **Ateliers SN1** : **8 ou 14 janvier 2024** pour le 1^{er} semestre, **24 et 25 juin 2025** pour le 2^{eme} semestre
- **Soutenance phase socle** : **4 septembre 2025**
- Pour les autres dates: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/je-suis-en-t1/>



Formations
hors stage



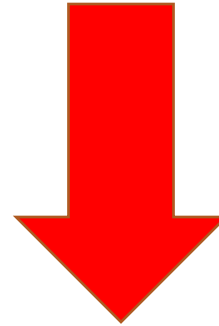


Soutenance

La soutenance de phase socle

en PRESENTIEL

le 4 septembre 2025

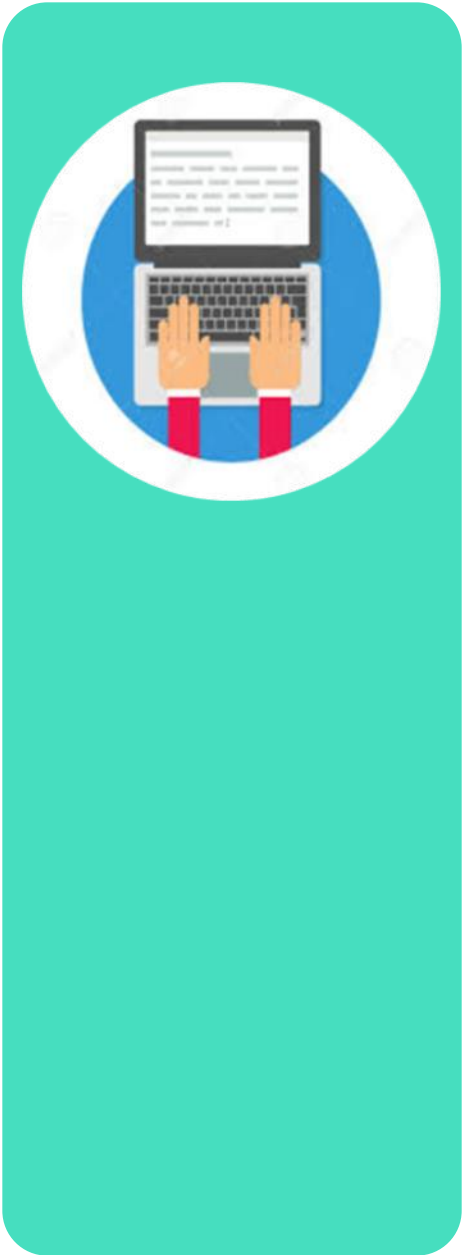


**Un contrat de formation à l'issue de la phase socle est
ainsi établi.**



LE PORTFOLIO (*numérique*)

- Liste des stages
- **1 RSCA et 3 traces par semestre en phase socle**
- Liste des formations réalisées
- Attestations pour les formations professionnalisantes à intégrer
- Fiche de thèse à intégrer



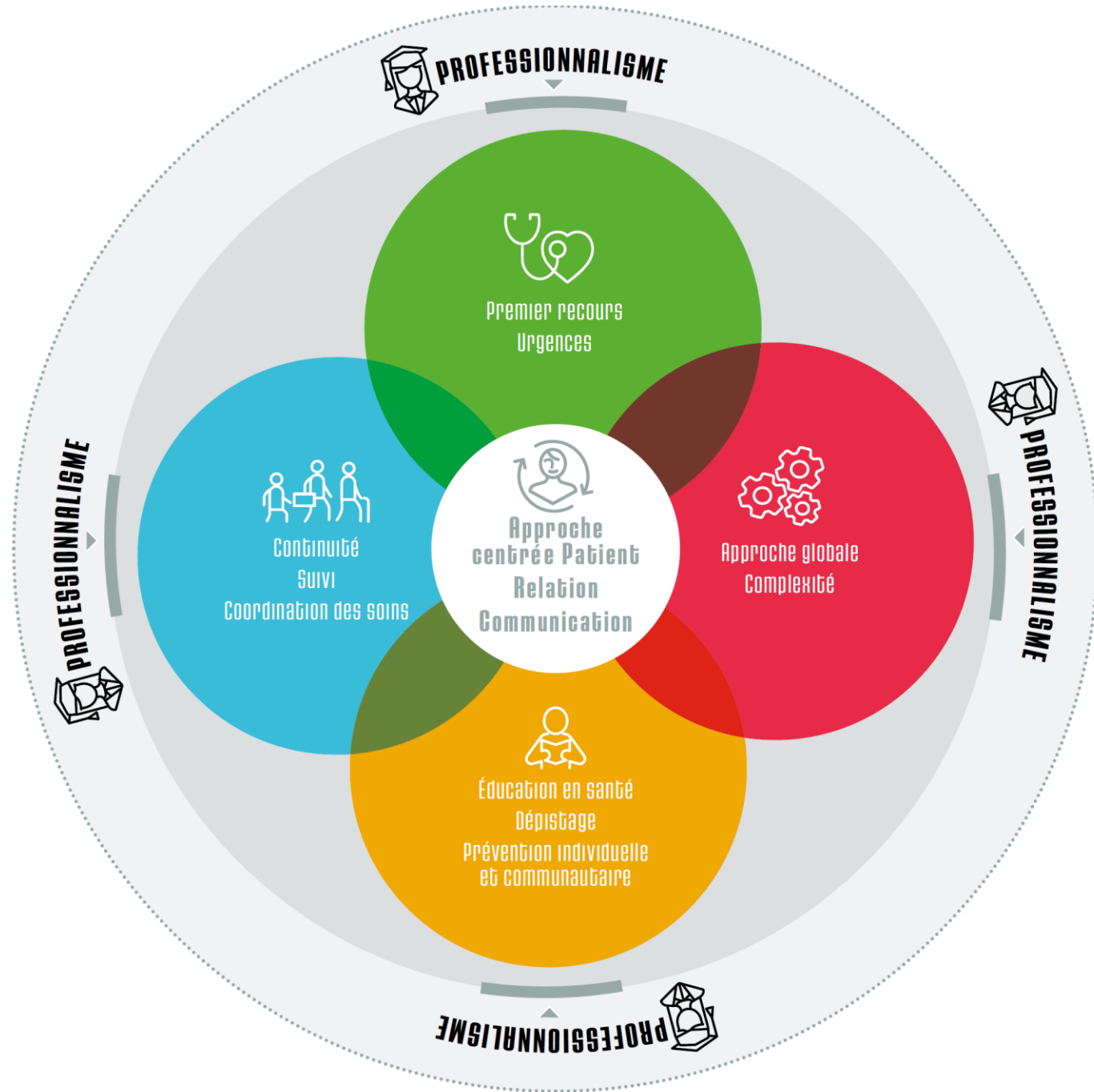
LE PORTFOLIO (*numérique*)

Vidéo sur Moodle ou sur le lien ci dessous :

<https://sorbonne-universite.cloud.panopto.eu/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=0cfd1526-310f-480d-b5b2-b0ae00f66b89>



Les 6 compétences du médecin généraliste



Qu'est ce qu'une compétence?

- Savoir faire en situation authentique et complexe

Savoir: **connaissance**

Faire: **habileté**

- « **Capacité à** »

- Chaque compétence comporte des habiletés présentes dans le référentiel métier

- Les compétences sont mobilisées dans les 11 familles de situation de la médecine générale (***Cf pack post-séminaire***)



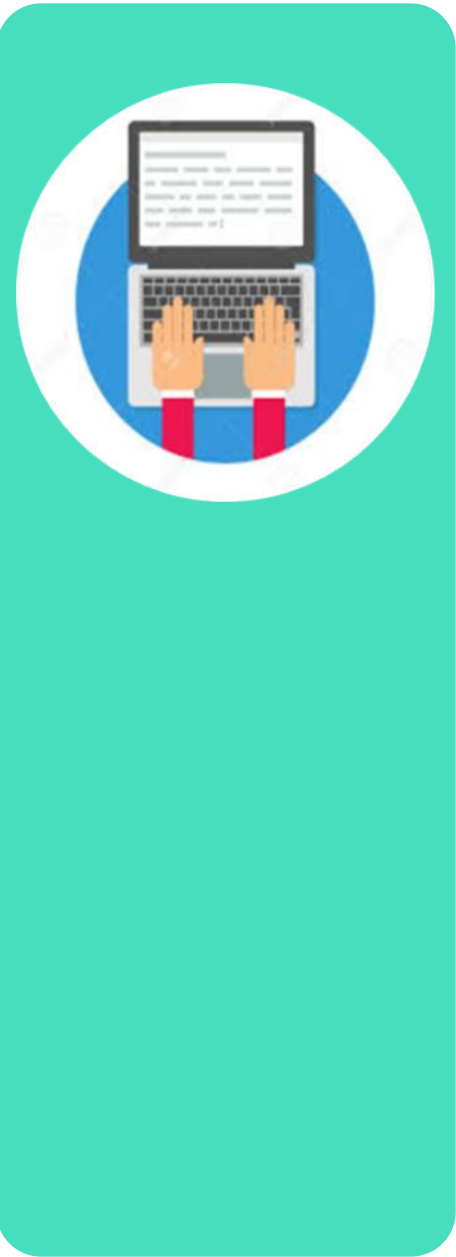
**Les 6
compétences
du médecin
généraliste**



Les 6 compétences du médecin généraliste

« Abordage » des compétences dans les traces de la phase socle

- **Toutes** les compétences doivent avoir été abordées dans les 2 RSCA et les 6 traces de la phase socle
- Les RSCA devront traiter préférentiellement en niveau novice et intermédiaire pour :
 - **premier recours, urgence**
 - **relation, communication, approche centrée patient**
 - **approche globale, complexité***(Cf pack post-séminaire)*



Les 2 RSCA (*authentifiés par les MSU*) et les 6 traces courtes doivent être validées par le tuteur.

Ces travaux doivent être rendus au plus tard:

- le **9 AVRIL 2025** pour le 1^{er} semestre
- le **16 JUILLET 2025** pour le 2^{ème} semestre

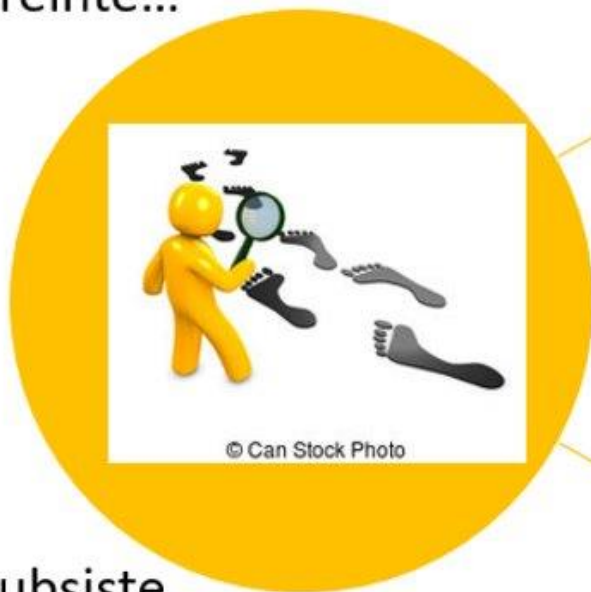


**Une trace d'apprentissage à
quoi ça sert?**

Brainstorming: c'est à vous !

Qu'est-ce qu'une trace?

- Une marque, une empreinte...



- Ce qui subsiste de quelque chose...

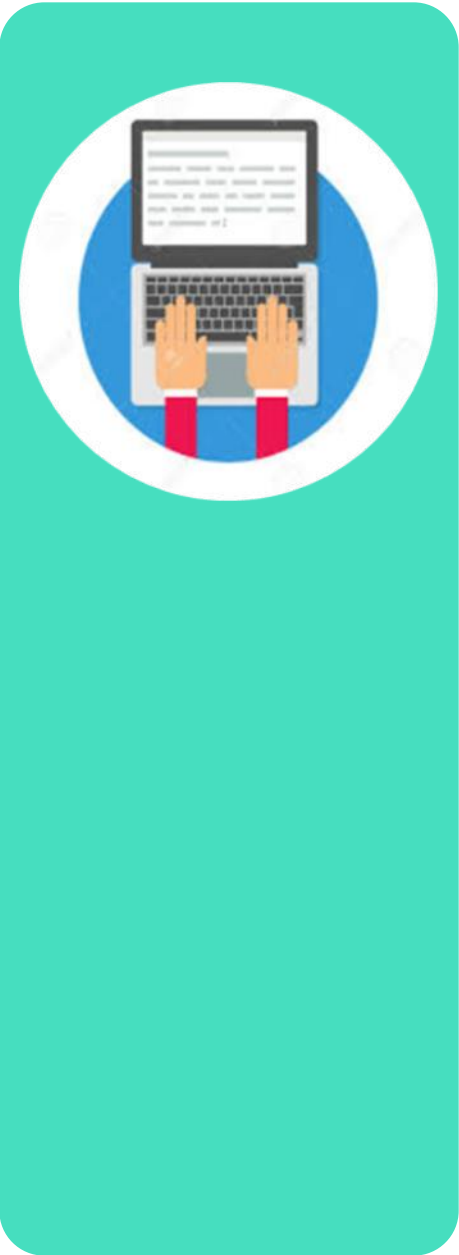
Pour l'étudiant

- Un outil d'apprentissage
- Un outil de progression
- Un outil d'éveil à la réflexion/curiosité
- « *Au travers de mon travail, j'apprends à me connaître, j'apprends la médecine, j'apprends la relation, j'apprends à mobiliser mes ressources* »

Pour le tuteur et DMG

- Le témoin du travail effectué par l'étudiant (même le garant)
- Le témoin de l'apprentissage
- Le témoin de la réflexivité
- Le témoin de la progression dans le temps
- « *Au travers de ton travail j'apprends à te connaître, j'apprends à te comprendre, et « j'évalue » tes capacités réflexives devant une situation médicale* »





2 types de travaux

Les récits de situation complexe et authentique (RSCA) : 1 par semestre

Récit
Problématisation
Recherche
Synthèse
Bibliographie

Les traces courtes d'apprentissage : 3 par semestre

Réflexion autour d'une situation en stage ou hors stage (formation / congrès ...)
Avec contextualisation, réflexivité et une bibliographie courte



Travaux
personnels

RSCA

**Travail sur le récit de situation
complexe et authentique**



Travaux
personnels

Que signifie pour vous ?

- **Complexe**
- **Authentique**



Travaux
personnels

Que signifie pour vous ?

- **La définition du Larousse de la complexité** : qui comporte des éléments divers entremêlés
 - **COMPLIQUEE**
 - Aspect bio-psycho-social
 - Grande place au récit détaillé et hiérarchisé
- **Authentique**: vécue par l'interne en situation réelle, non empruntée à un(e) autre

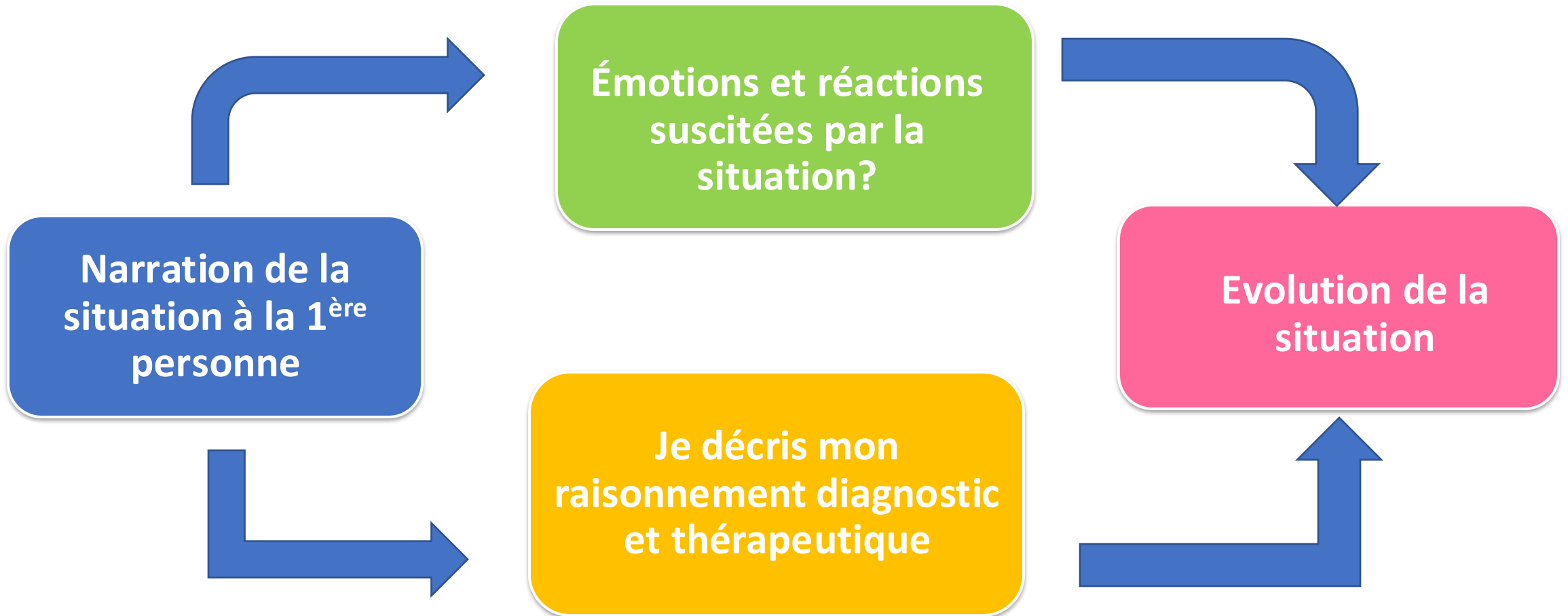


**Travaux
personnels**

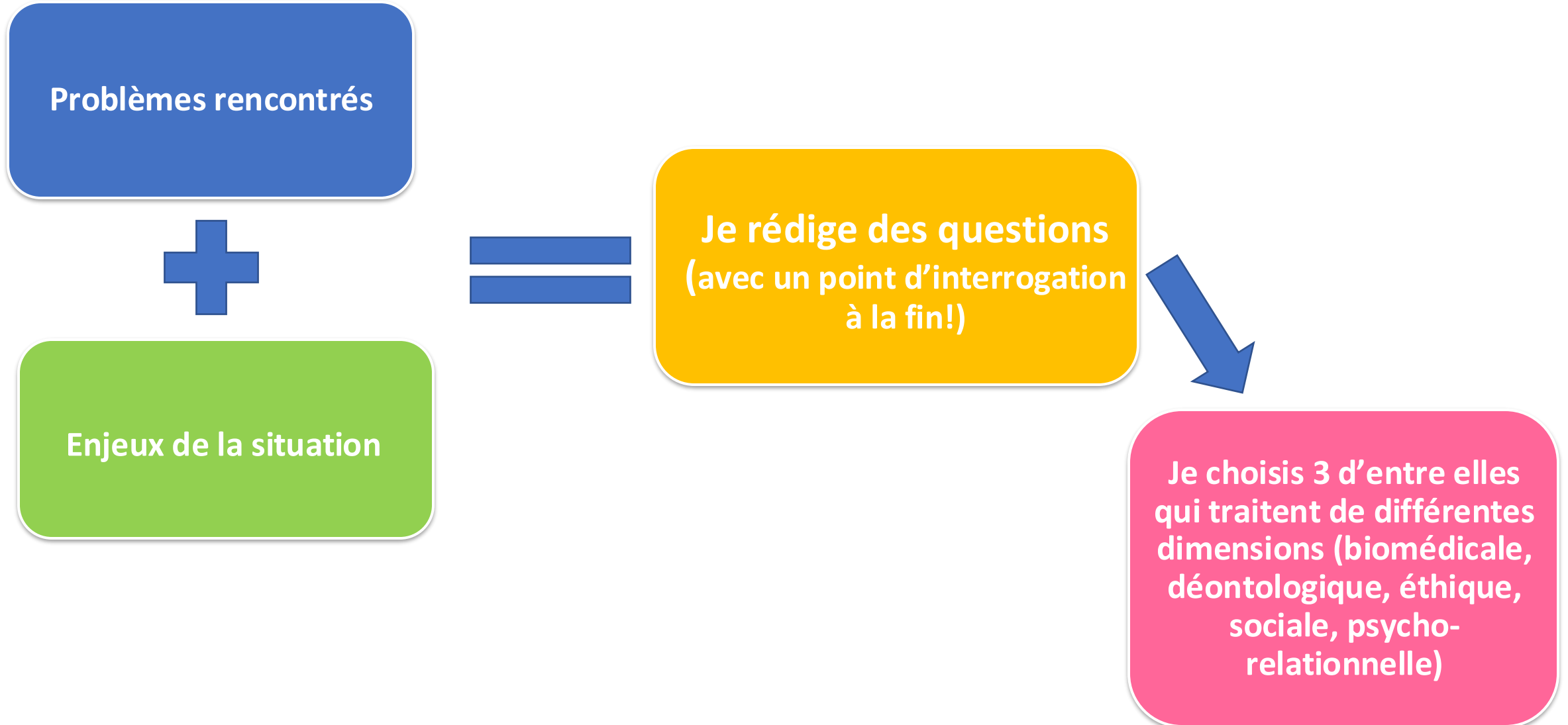
5 phases de RSCA

- **Récit**
- **Problématisation**
- **Recherche**
- **Synthèse**
- **Bibliographie**

1- Le récit



2- Problématisation



3- Recherche/ Réponses aux questions

Je réponds aux 3 questions choisies par des recherches bibliographiques

Je croise mes sources, je n'hésite pas à critiquer mes sources

Je recontextualise les réponses apportées par ma recherche par rapport à la situation initiale

COPIÉ-COLLÉ



Je n'oublie pas de référencer toutes mes sources bibliographiques en format Vancouver (*Aidez vous de Zotero*)

Les ressources à votre disposition

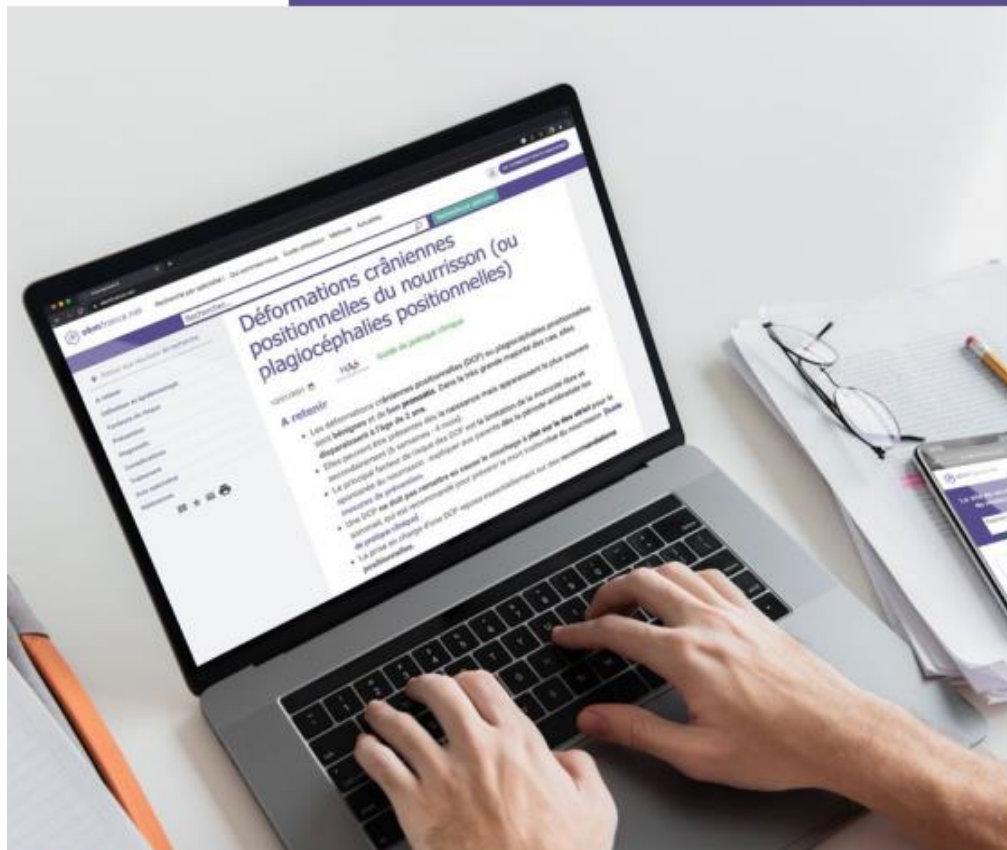
Prendre RDV avec les bibliothécaires :

Questionnaire et contact sur le site de la faculté Rubrique "Ma thèse" ☐ Recherche bibliographique : les outils/contacts avec les bibliothécaires

Les bases de données :

- **Accès aux bases de données/ catalogues et revues électroniques via la connexion à votre espace étudiant :** https://sorbonne-universite.primo.exlibrisgroup.com/discovery/search?vid=33BSU_INST:33BSU
- **Pour les thèses :** SUDOC
- **Pour des articles en anglais :** PubMed, Google Scholar, Web of science
- **Pour les revues systématiques :** Cochrane Library
- **Pour les articles en français :** EM premium, ScienceDirect, Lissa
- Et plein d'autres ressources disponibles (EBM France pour les recommandations ...)





ebmfrance.net,
c'est quoi ?

**Un outil d'aide à la décision,
une base de connaissances et un site web
donnant accès à des guides de pratique
clinique et des recommandations
de bonne pratique :**

- ▶ de la meilleure qualité scientifique possible,
- ▶ couvrant le champ thématique de la médecine générale,
- ▶ dans un format adapté pour la pratique.



Fait par et pour les médecins généralistes



C'est quoi ?

**Un outil d'aide à la décision
donnant accès à des guides de pratique
clinique et des recommandations
de bonne pratique :**

- ▶ de la meilleure qualité scientifique possible,
- ▶ couvrant le champ thématique de la médecine générale,
- ▶ dans un format adapté pour la pratique.



Pour qui ?

Accès **GRATUIT pour les médecins généralistes
et les internes en médecine générale**



Pour quoi ?

Pendant les consultations :

- ✓ Trouvez des réponses rapides à vos questions
- ✓ Appuyez vos décisions sur une démarche EBM
- ✓ Disposez d'outils pratiques pour les patients

Et aussi pour :

- ✓ **les IMG** : un outil de recherche documentaire pour vos traces d'apprentissage / RSCA
- ✓ **les MSU** : une base pour échanger avec les internes en supervision directe et indirecte
- ✓ **la FMC** : des supports pédagogiques



Comment ?

**En vous connectant
simplement via
votre numéro RPPS
sur **ebmfrance.net****



Le site de recommandations de médecine générale



Recherche par spécialité

Actualités



"Docteur, j'ai mal au ventre"
Nos guides sur le système digestif

23/10/2024



Nouveaux internes de médecine générale : bienvenue !

30/09/2024



Nouveaux guides ebmfrance-HAS

19/09/2024



Les derniers guides contextualisés

18/09/2024

4- Synthèse

Conclusion /synthèse du processus de réflexion

Quelle a été l'évolution dans ma réflexion?
Pourquoi cette situation m'a-t-elle marquée et fait réfléchir?
Les recherches effectuées modifieront-elles mon raisonnement, mon attitude dans une situation comparable?

Les compétences sollicitées

5- Bibliographie = FORMAT VANCOUVER

- **Article de revue** : Nom et Initiales du prénom des auteurs séparés par une virgule. Titre. Abréviation officielle du journal année;volume (n° de fascicule): page de début et page de fin.
- **Ouvrage** : Nom et Initiales du prénom des auteur. Titre de l'ouvrage. N° d'édition. Ville d'édition : nom de l'éditeur; année de publication
- **Chapitre d'ouvrage** : Nom et Initiales du prénom des auteurs du chapitre. Titre du chapitre. IN : Nom et Initiales du prénom des auteurs de l'ouvrage. Titre de l'ouvrage. N° d'édition. Ville d'édition : nom de l'éditeur; année de publication. Page de début -page de fin.
- **Communication en congrès** : Nom et initiales du prénom des auteurs de la présentation. Titre de la présentation. In : nom et initiales de l'éditeur scientifique du congrès. N° et nom du congrès ; année du congrès; ville du congrès, pays du congrès
- **Thèse** : Nom et Initiales du prénom de l'auteur. Titre de la thèse. Thèse med. Université de soutenance, faculté de soutenance, année de soutenance : n° de thèse.
- **DOC Web** : Nom de l'auteur de la page web. Titre de la page [Date de la consultation]. URL

Atelier critiques de RSCA

- Lisez les deux RSCA en se focalisant surtout sur la partie récit
- Évaluez les atouts rédactionnels et structurels de ce RSCA
- Évaluez les inconvénients



**Atelier
participatif**

PAUSE



OUTILS D'ÉVALUATION DES RSCA



Évaluation d'un RSCA

- Évaluation des compétences et de la progression des compétences en comparant les RSCA successifs
- Une grille d'évaluation pourra accompagner vos RSCA dans votre portfolio



Evaluation d'un RSCA

Éléments	Insuffisant	Améliorable	Pertinent
Pertinence du récit			
Complexité de la situation			
Narration de la situation			
Problématisation et objectif d'étude			
Recherche documentaire			
Synthèse			
Évaluation globale			



**Objectif en
T1 :
Améliorable
ou
pertinent
pour le récit**

Éléments	Insuffisant	Améliorable	Pertinent
Pertinence du récit	Le récit décrit une situation exceptionnelle, qu'aucun élément ne rattache à une situation de soins primaires	La situation décrite est rare, elle comporte quelques éléments la plaçant dans le champ des soins primaires	Le récit décrit une situation de soins primaires
Complexité de la situation	La situation n'aborde qu'une compétence	La situation comprend des éléments incomplètement précisés des différentes compétences	La situation fait appel à différentes compétences
Narration de la situation	Le récit est descriptif, sans implication personnelle, il est sous la forme d'une présentation de cas	Le récit est narratif, l'implication personnelle est incomplètement décrite	Le récit est narratif et l'implication personnelle est totalement décrite
Problématisation et objectif d'étude	L'analyse est inadaptée à la situation	L'analyse est partielle, elle décrit partiellement la mobilisation de ressources internes	L'analyse est en rapport avec le récit, elle décrit la mobilisation de ressources internes
Recherche documentaire	La recherche est sans rapport avec les questions. Absence de synthèse de la recherche	La recherche est incomplète, elle ne répond pas à toutes les questions de l'analyse. La synthèse est partielle	La recherche porte sur toutes les questions formulées elle apporte une réponse adaptée, dans une synthèse claire et référencée
Synthèse	Absence de synthèse ou Synthèse sans rapport avec le questionnement	La synthèse est incomplète au regard du questionnement. Les pistes d'apprentissage sont négligées ou incomplètes	La synthèse reprend les questionnements formulés, les réponses issues de la recherche et propose des pistes d'apprentissage
Évaluation globale	La lecture de ce récit ne permet pas de percevoir la posture de chaque participant et renseigne mal sur leurs interactions. La complexité et la problématisation sont insuffisantes, car de nombreux champs ne sont pas abordés. La recherche et la synthèse ne permettent pas d'explorer la complexité de la situation ni de produire des apprentissages pertinents et transférables	La lecture de ce récit permet de percevoir la posture de chaque participant mais renseigne mal sur les interactions. La complexité et la problématisation peuvent être améliorées, car tous les champs ne sont pas abordés. La recherche est valide, et la synthèse est surtout axée sur la situation sans expression de transférabilité envisagée des apprentissages	La lecture de ce récit permet de bien percevoir les postures de chaque participant ainsi que l'interaction médecin-malade. La complexité et la problématisation sont bien exposées, les recherches réalisées permettent de répondre aux questions posées dans les différents champs. La synthèse permet de renseigner sur la transférabilité des apprentissages dans des situations voisines



**Atelier
Starter
de RSCA**

- En petits groupes
- A partir des éléments présentés dans le séminaire
- Démarrez la rédaction d'une situation de votre choix sous forme de récit
- Demandez de l'aide

PAUSE DEJEUNER



Travaux
personnels

LES TRACES D'APPRENTISSAGE COURTES : QUEL FORMAT ?

- Trame donnée dans le pack tutorat/numérotation
- 2 pages A4 maximum, bibliographie comprise
- Situations en soins ou hors soins avec 1 axe de réflexion
- **1 RECIT ? 1 PROBLEMATIQUE ? 1 REPOSE ? 1-3 BIBLIO** (*en lien évident avec les soins primaires*)

Exemple de type de traces

Une trace = une compétence

Chaque compétence doivent être abordées au moins une fois au cours de votre phase socle

- situations cliniques rencontrées
- présentation en GEP
- commentaire d'article
- trace sur un des grands concepts en médecine générale (cf site)
- trace sur un atelier ou plénière de congrès.

= expérience individuelle et professionnelle



**Travaux
personnels**

EXEMPLES DE TRACES

1 consultation = 18 possibilités

Contexte

Je suis actuellement en stage de premier semestre de médecine générale. C'est vendredi après-midi et je consultais en supervision indirecte dans le cabinet de mon maître de stage avec qui cela se passe bien. Mon planning de consultation était plein (6 consultations prévues sur rendez-vous) mais une maman que j'avais déjà vue m'a appelée pour demander de la recevoir avec son fils Jules, 2 ans ½ en supplément. Il présentait un œil rouge douloureux depuis quelques jours. Elle était passée à la pharmacie chercher des médicaments mais cela ne passait pas et la crèche lui a demandé de consulter un médecin. J'ai accepté de la recevoir en la prenant entre deux consultations.

Quand elle est arrivée en consultation, elle était avec Jules qui présentait en effet l'œil droit très rouge, un peu gonflé avec des sécrétions abondantes jaunâtres au niveau de l'angle interne de l'œil. La maman décrivait un gros rhume depuis quelques jours. En dehors de ça, il allait bien.

C'est une maman j'avais déjà reçue en consultation. Elle était malgache et ne parlait pas très bien le français. La situation à la maison était compliquée. Elle se sentait seule avec ses enfants, elle venait d'avoir un bébé il y a un mois et monsieur était peu impliqué dans la gestion de la maison et des enfants car « il travaille beaucoup » disait-elle. Jules est un petit garçon « difficile », il est très agité et parfois agressif avec les autres enfants. La demande de la maman restait centrée sur cet œil pour lequel elle s'inquiétait. Elle demandait un certificat pour la crèche. J'ai regardé le carnet de santé et il manquait un rappel de ROR. Cette famille bénéficiait de la CMU complémentaire.

A l'examen clinique, Jules était en très bon état général. Son œil droit était en effet très rouge et coulait légèrement. Les sécrétions étaient jaunâtres avant de nettoyer son œil avec du sérum physiologique et une petite compresse. L'œil gauche était discrètement rouge également. Il présentait une grosse rhinite avec une obstruction nasale et d'abondantes sécrétions nasales associées. Le reste de l'examen était sans particularité (tympan sp, pulmonaire sp, abdominal sp). Cliniquement il s'agissait donc d'une conjonctivite virale non surinfectée.

Compétences	Approche centrée patient/relation/communication	Continuité/suivi/coordination des soins	Premier recours/urgences	Education en santé/dépistage/prévention individuelle et communautaire	Approche globale/complexité	Professionalisme
Dimensions biomédicale	Comment expliquer le diagnostic à cette maman et la prise en charge pour l'œil de son fils ?	Y a-t'il un intérêt à adresser cet enfant chez un ophtalmologue ? pour quelle raison ? si oui, comment trouver un OPH autour ?	Quelle est l'indication d'une antibiothérapie par voie locale dans cette situation ?	Que dire à cette maman qui demande comment éviter que cela se reproduise ?	Faut-il agir différemment parce qu'il y a un nourrisson à la maison ?	Où trouver les réponses que je me pose sur l'indication d'une antibiothérapie : gouttes antibiotiques versus lavage simple ? gouttes antiseptiques versus lavage simple ?
Dimension psychorelationnelle	Comment rassurer cette maman inquiète ?	Qui vais-je rassurer en adressant à l'OPH : la maman ou moi-même ?	Dois-je me centrer sur le motif principal de cette consultation (bénin urgent) ou dois-je aborder le problème chronique plus profond (problèmes de comportement de Jules) ? si oui, comment hiérarchiser les deux ?	Il manque un ROR sur le carnet de santé, est-ce le moment de l'aborder, si oui comment s'y prendre ?	Quel est le contexte psycho-relationnel familial (père peu présent, mère débordée, enfant agité) qui aurait pu favoriser le problème actuel ?	Est-ce que je me sens compétent à prendre en charge les enfants ? comment me former pour me sentir plus à l'aise ?
Dimension sociale/éthique/morale /déontologique	Comment communiquer avec un patient avec une barrière de langue ou avec un faible niveau de littératie ?	Si je devais l'adresser à un OPH, certaines structures seraient-elles susceptibles de ne pas la recevoir car elle a la CMUc ? Que dit la loi à ce sujet ?	Comment dois-je la faire payer avec sa CMUc ? dois-je lui faire le tiers-payant, si oui comment ?	La maman demande un certificat pour la crèche. Que faire ? Quelle est la valeur légale d'un tel certificat ?	Y a-t'il un contexte de négligence/maltraitance qui aurait pu favoriser le problème d'aujourd'hui ?	Quelles sont les compétences des autres acteurs de santé qui pourraient être compétents à prendre en charge cette situation ? Quel est le rôle d'un médecin de crèche ?

Trace X- Douleurs thoraciques et infarctus : Impact du genre sur la prise en charge aux Urgences

1) Contexte

J'ai tendance en entrant dans un box à penser inconsciemment à des diagnostics bien spécifiques devant des douleurs thoraciques selon le genre du patient : pneumothorax pour le jeune homme longiligne, infarctus pour celui plus âgé, embolie pulmonaire pour une femme avec anxiété pour celle-ci a des ATCDs de troubles anxieux connus des urgences. Bien sûr je m'efforce à chaque fois de considérer et d'éliminer les autres hypothèses différentielles, d'autant plus celles ischémiques, mais cela m'a amené à m'interroger sur l'impact que peuvent avoir ces biais sur la prise en charge des DT ou SAU selon le genre. De plus j'ai entendu des informations divergentes de la part de mes chefs sur les spécificités clinico-biologiques de l'infarctus chez les femmes et je me suis dit que cela ferait un sujet de trace enrichissant pour ma pratique.

2) Problématique : Existe-t-il des différences selon le genre dans la présentation des douleurs thoraciques?

3) Réponses

a. Épidémiologie des syndromes coronariens selon le genre

D'après l'INSERM, les femmes auraient 4 fois moins d'infarctus avant la ménopause que les hommes, puis les risques s'équilibreraient entre les deux sexes. Elles seraient significativement plus âgées lors de leur 1^{er} IDM [médiane de 65 ans pour F vs 56 ans pour H]⁽¹⁾ même si ces différences s'amenuisent avec l'augmentation du tabac chez les femmes.

Concernant la mortalité, les pathologies cardio-vasculaires restent la 1^{ère} cause de décès pour les femmes (26%) devant les cancers (25%), les pathologies neurologiques (7%) ou respiratoires (7%) d'après le rapport de 2016 de l'INSEE :

	Décès par pathologie <u>cardio-vasculaire</u>	Décès par cardiopathie <u>ischémique</u>	Total des décès
Femmes	26%	4.5%	290 300
Hommes	22.5%	6.7%	288 900

Enfin pour les FdR d'infarctus, certains sont communs aux 2 sexes, quand d'autres sont plus spécifiques aux femmes:

FdR <u>COMMUNS</u> aux 2 sexes ⁽¹⁾⁽²⁾	- dyslipidémie - obésité <u>abdo</u> - malnutrition - stress chronique
FdR plus fréquemment associé aux <u>IDMs</u> chez les <u>FEMMES</u> ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾	- HTA - pathologie rénale - insuffisance cardiaque - diabète / diabète <u>gesta</u> / pré-éclampsie - anémie - précarité / mauvaise qualité de vie - sédentarité
FdR plus fréquemment associé aux <u>IDMs</u> chez les <u>HOMMES</u> ⁽²⁾⁽⁵⁾	- ATCD de <u>stroke</u> ou de pontage - tabac actif

b. Présentation clinico-biologique des syndromes coronariens selon le genre

De nombreuses études concluent à des différences cliniques ou biologiques dans le cadre des infarctus selon le sexe. Lors de l'IDM, les femmes auraient ainsi :

Clinique	<input type="checkbox"/> plus de signes atypiques surajoutés lors d'IDM, même si la DT reste le 1 ^{er} signe à 87% ⁽¹⁾⁽²⁾ → Douleur épigastrique, entre les omoplates ou à la mâchoire, nausée, palpitation, souffle <u>bruit</u> <input type="checkbox"/> davantage de choc cardiogénique que les hommes lors d'IDM ⁽¹⁾⁽²⁾
----------	--

ECG	<input type="checkbox"/> NSTEMI/ST(-) plus fréquents ; STEM/ST(+) ou ondes Q plus rares que chez les hommes ⁽¹⁾
Troponine	<input type="checkbox"/> troponine plus basse que les hommes lors d'infarctus ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

Le ressenti et l'interprétation des symptômes par les patients semblent également différer selon le sexe lors d'IDM :

- Les femmes évoquent elles-mêmes moins souvent une cause cardiaque (41.6% F vs 49.8% H, p<0.001) ⁽¹⁾
- Les femmes attribuent elle-même davantage leurs signes à de l'anxiété (20.9 des F vs 11.8% H p<0.001) ⁽¹⁾
- Si ATCD de douleur angineuse avant leur IDM, une cause cardiaque semble moins souvent avoir été évoquée par leurs médecins traitants si le patient est de sexe féminin (46.6% des F vs 63.3% des H p<0.001) ⁽¹⁾
- Les femmes attendent davantage avant d'appeler le 15 ou d'aller aux urgences lors d'un IDM ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

4) Conclusions

Même si les femmes ont moins d'infarctus que les hommes avant la ménopause ou plus tardivement, les pathologies cardio-vasculaires restent la 1ère cause de décès féminin en France et ne doivent pas être négligées. Lors d'infarctus, les femmes ont davantage de signes atypiques associés, de SCA ST- et relèvent elle-même davantage leurs DT à de l'anxiété, les amenant sans doute à consulter un médecin plus tardivement. L'impact sur la morbi-mortalité de ces divergences de présentation n'est pas encore très clair.

Cette revue de littérature m'a surpris, je ne m'attendais pas à retrouver des différences aussi significatives de PEC, pourtant parfois connues et rapportées depuis plus de 20 ans. Elle m'a poussée à interroger davantage mes propres biais concernant les infarctus, que j'ai encore trop tendance à associer mentalement au classique combo « homme de plus 50ans avec FdR CV ». J'avais cependant raison de me méfier des épigastralgies et nausées chez les femmes même si les hommes sont bien sûr également concernés par ses atypies cliniques lors d'infarctus. Enfin je vais tâcher de faire d'avantage attention au temps d'attente de mes patientes et à leur PEC notamment au niveau des traitements de sortie post-SAU car il est possible qu'inconsciemment je les prenne moi aussi en charge de façon moins « agressive » que leurs équivalents masculins.

5) Bibliographie

1. [Alam S, Saeed A, Elmaghrabi MG, Saeed K, Al-Hadi AH, et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. Int Heart J. 2008;29\(7\):932-40.](#)
2. [Madsen N, Jensen H, Jensen RM, Jensen AS. Sex-Based Considerations in the Evaluation of Chest Pain and Management of Obstructive Coronary Artery Disease. Crit Care Med. 2006;22\(8\):19.](#)
3. [Kawaguchi H, Kikuchi H, Kikuchi H, Kikuchi NP, et al. Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients with Myocardial Infarction: Evidence from the VIRGO Study \(Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients\). Circulation. 2018;137\(8\):781-90.](#)
4. [Liu P, Chang W-C, Szymanski CM, Graham MM, Armstrong PW. Differences in admission rates and outcomes between men and women presenting to emergency departments with coronary syndromes. CMAJ Can Med Assoc J. 6 2007;177\(10\):1193-9.](#)
5. [Kawaguchi H, Hillier JE, Kawaguchi G, Kingsley M, Kawaguchi M, Kawaguchi M, et al. Sex disparities in the assessment and outcomes of chest pain presentations in emergency departments. Heart Br Card Soc. 2020;106\(2\):111-8.](#)
6. [Kawaguchi MA, Kawaguchi H, van der Wal AC, van der Wal RL, Kawaguchi NP, Kawaguchi SC, et al. Influence of gender on ischemic times and outcomes after ST-elevation myocardial infarction. Am J Cardiol. 1 2013;111\(5\):512-8.](#)
7. [Infarctus du myocarde \[Internet\]. Inserm - La science pour la santé. \[cité 23 fév 2021\]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossier-information/infarctus-myocarde>](#)

Nom et Prénom Tutoré ; Nom et Prénom du tuteur

Semestre n° et lieu de stage

Trace journal de bord n°X

Compétence : Approche globale, prise en compte de la complexité

1- Contexte

Au cours de mes stages de SN1 et aux urgences de Saint Cloud, je me suis plusieurs fois retrouvée face à des situations qui se sont avérées très problématiques pour moi, tant dans ma prise en charge médicale et mon diagnostic final, que dans l'aspect relationnel : la difficulté à communiquer avec mon patient quand celui-ci ne parle pas français.

Nous n'avons peu ou pas de cours de langues étrangères dans notre cursus, nous apprenons à lire et travailler sur des articles scientifiques en anglais mais quand il s'agit de la communication verbale et de l'échange nous sommes assez lésés.

Pour reprendre l'exemple de l'anglais, la formation linguistique est propre à chacun ce qui génère un niveau disparate de compétences linguistiques chez les médecins.

2- Problématique: Quels outils sont disponibles pour communiquer avec un patient allophone?

3- Eléments de réponse

La qualité des soins dépend en grande partie de la qualité de la communication entre le patient et le médecin. En effet, un bon interrogatoire permet de bien orienter le reste de l'examen. Comme le montre cette étude « Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use », les difficultés de communications avec un patient ne parlant pas la même langue, peuvent avoir des conséquences sur la prise en charge finale avec par exemple des erreurs médicales ou une diminution de la qualité des soins. Par ailleurs elles peuvent engendrer une mauvaise observance des traitements, une augmentation d'un séjour hospitalier ou encore des examens inutiles.

J'ai donc trouvé au décours de mes recherches, l'ISM Interprétariat, une association d'interprétariat à Paris (il existe en France d'autres associations de ce type). Elle permet d'avoir accès à un interprète par vidéo ou par téléphone 24H/24, 7 jours sur 7. Il faut être déjà adhérent pour avoir accès immédiatement à un interprète et ce service est payant mais cela peut permettre d'assurer une qualité de soin, une certaine confidentialité et de garder une dimension humaine à la prise en charge du patient. Ceci étant, pour avoir une personne, physiquement parlant, il y a nécessité de prendre un rendez-vous ce qui, sur des consultations d'urgences, ou des premières consultations en cabinet de ville n'est pas réalisable.

D'autre part, nous avons également accès à d'autres outils, ne faisant pas appel à une tierce personne, tels que des sites de traductions disponibles sur internet comme Google translate ou

encore Traducmed (spécialisé dans le domaine médical). Ce genre d'outils peut se révéler pratique pour expliquer une prise en charge au patient, mais dans l'interaction il met une certaine distance entre le soignant et le soigné. Par ailleurs, il peut malheureusement y avoir des non sens, ou des erreurs de traduction pouvons conduire à des incompréhensions de chaque côté.

Des applications mobiles sont disponibles aussi telles que MEDIBABBLE ou encore MEDIPICTO, une application mise au point par l'AP HP. Cette dernière est assez intuitive mais est cependant limitée en termes de langues disponibles.

Ces moyens de communication sont les plus largement utilisés car rapidement facile d'accès, mais il peut y avoir des problèmes de compréhension (mauvaise compréhension d'un pictogramme, langue rare, mauvaise traduction dans la construction de la phrase).

Dans certaines situations, les patients ne parlant pas français sont accompagnés par un membre de leur famille, qui lui parle français. Ainsi il peut nous aider à comprendre le motif de consultation, et à transmettre les informations concernant la prise en charge que nous allons effectuer. Ceci étant s'ils ne sont pas sur place, il peut être possible de les joindre par téléphone. Cela peut permettre de rassurer le patient, car il se trouve dans une situation de « double fragilité » : d'une part il est le malade, et d'autre part il ne parle pas la même langue que le soignant.

Pour conclure je pense que le meilleur outil est celui de faire appel à un interprète (non connu par le patient ou bien un membre de son entourage) pour réaliser un interprétariat en face à face, car cela permet de créer un lien humain et d'être plus précis dans la prise en charge. Une bonne communication est une des pierres angulaires d'une bonne prise en charge médicale mais la méconnaissance de ces services, parfois la difficulté de mise en place semble être un frein à leur utilisation.

Bibliographie

- Haute autorité de Santé, référentiel de compétences formation et bonnes pratiques, Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, octobre 2017 [en ligne] consulté le 15/07/2020, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretriat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compетенces....pdf
- Camille RICHARD, Prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale : place de l'interprétariat professionnel, Thèse d'exercice 06 juin 2016 consulté le 15/07/2020
- Ngo-Metzger Q, Sorkin DH, Phillips RS, et al. Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use. *J Gen Intern Med.* 2007;22 Suppl 2(Suppl 2):324-330. doi:10.1007/s11606-007-0340-z [en ligne] consulté le 15/07/2020

Atelier traces

- Racontez une situation de votre choix vécue en stage au groupe
- Puis trouvez les problématiques importantes selon vous de cette situation
- Le groupe peut réagir
- Cette situation pourra servir à l'écriture de votre première trace



**Atelier
participatif**

Merci à tous pour votre
participation

Bonne fin de journée