

LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

**Société Nationale Française
de Médecine Interne (SNFMI)**



**Collège National des Enseignants
de Médecine Interne (CEMI)**



Ouvrage dirigé par les Pr Luc Mouthon, Pr Thomas Hanslik, Pr Jean-François Viillard

Médecine interne

3^e édition actualisée

iECN

2 0 2 0

2 0 2 1

2 0 2 2

- **UE 1 - UE 3 - UE 6 - UE 7 - UE 8 :**
tous les items de Médecine interne
- L'ouvrage officiel de Médecine interne
- Fiches points clés, mots clés,
dernières recommandations

LE RÉFÉRENTIEL | MED-LINE
LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

**Société Nationale Française
de Médecine Interne (SNFMI)**



**Collège National des Enseignants
de Médecine Interne (CEMI)**



Médecine interne

3^e édition actualisée

i E C N
2 0 2 0
2 0 2 1
2 0 2 2

Ouvrage dirigé par les
Pr Luc Mouthon,
Pr Thomas Hanslik,
Pr Jean-François Viillard

Collection dirigée par le **Pr Serge Perrot**
Centre hospitalier Cochin, Paris

MED-LINE
Editions

Éditions MED-LINE
74 boulevard de l'hôpital
75013 Paris
Tél. : 09 70 77 11 48
www.med-line.fr

MEDECINE INTERNE

ISBN : 978-2-84678-251-7

© 2019 ÉDITIONS MED-LINE

Mise en page : Patrice Philétas, Élise Ducamp, David Dumand, Meriem Rezgui

Couverture : Meriem Rezgui

Achévé d'imprimer par Printcorp en Août 2019. Dépôt légal Août 2019.

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

SOMMAIRE

UE 1 – APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MÉDICAL ET DE LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE

| | | |
|---------------------|---|----|
| <u>Chapitre 1 :</u> | La relation médecin-malade | 13 |
| | <i>items 1 et 321</i> | |
| <u>Chapitre 2 :</u> | Les valeurs professionnelles du médecin et des autres professions de santé | 41 |
| | <i>item 2</i> | |
| <u>Chapitre 3 :</u> | Le raisonnement et la décision en médecine | 51 |
| | <i>item 3</i> | |

UE 3 – MATURATION – VULNÉRABILITÉ – SANTÉ MENTALE – CONDUITES ADDICTIVES

| | | |
|---------------------|---|----|
| <u>Chapitre 4 :</u> | Sujets en situation de précarité | 63 |
| | <i>item 57</i> | |
| <u>Chapitre 5 :</u> | Troubles somatoformes | 73 |
| | <i>item 70</i> | |

UE 6 – MALADIES TRANSMISSIBLES – RISQUES SANITAIRES – SANTÉ AU TRAVAIL

| | | |
|---------------------|--|----|
| <u>Chapitre 6 :</u> | Endocardites infectieuses | 89 |
| | <i>item 149</i> | |

UE 7 – INFLAMMATION – IMMUNOPATHOLOGIE – POUMON – SANG

| | | |
|------------------------|---|-----|
| <u>Chapitre 7 :</u> | Réaction inflammatoire | 101 |
| | <i>item 181</i> | |
| <u>Chapitre 8 :</u> | Déficit immunitaire | 113 |
| | <i>item 185</i> | |
| <u>Chapitre 9 :</u> | Fièvre prolongée | 129 |
| | <i>item 186</i> | |
| <u>Chapitre 10 :</u> | Fièvre chez un patient immunodéprimé | 143 |
| | <i>item 187</i> | |
| <u>Chapitre 11 :</u> | Pathologies auto-immunes | 155 |
| | <i>item 188</i> | |
| <u>Chapitre 12 :</u> | Vascularites systémiques | 177 |
| | <i>item 189</i> | |
| <u>Chapitre 13.1 :</u> | Lupus érythémateux aigu disséminé | 191 |
| | <i>item 190</i> | |
| <u>Chapitre 13.2 :</u> | Syndrome des anti-phospholipides | 207 |
| | <i>item 190</i> | |

| | | |
|----------------------|---|-----|
| <u>Chapitre 14</u> : | Artérite à cellules géantes | 215 |
| | Maladie de Horton, Pseudo-polyarthrite rhizomélique, Maladie de Takayasu | |
| | <i>item 191</i> | |
| <u>Chapitre 15</u> : | Pneumopathies interstitielles diffuses | 231 |
| | <i>item 206</i> | |
| <u>Chapitre 16</u> : | Sarcoïdose | 251 |
| | <i>item 207</i> | |
| <u>Chapitre 17</u> : | Anémie chez l'adulte | 267 |
| | <i>item 209</i> | |
| <u>Chapitre 18</u> : | Thrombopénie chez l'adulte | 281 |
| | <i>item 210</i> | |
| <u>Chapitre 19</u> : | Purpuras chez l'enfant et l'adulte | 295 |
| | <i>item 211</i> | |
| <u>Chapitre 20</u> : | Syndrome mononucléosique | 311 |
| | <i>item 213</i> | |
| <u>Chapitre 21</u> : | Éosinophilie | 321 |
| | <i>item 214</i> | |
| <u>Chapitre 22</u> : | Pathologie du fer chez l'adulte | 335 |
| | <i>item 215</i> | |
| <u>Chapitre 23</u> : | Adénopathie superficielle de l'adulte | 345 |
| | <i>item 216</i> | |
| <u>Chapitre 24</u> : | Amyloses | 353 |
| | <i>item 217</i> | |

UE 8 – CIRCULATION – MÉTABOLISMES

| | | |
|----------------------|---|-----|
| <u>Chapitre 25</u> : | Hypertension artérielle de l'adulte | 367 |
| | <i>item 221</i> | |
| <u>Chapitre 26</u> : | Acrosyndromes | 381 |
| | Phénomène de Raynaud, érythermalgie, acrocyanose, engelures, ischémie digitale | |
| | <i>item 237</i> | |
| <u>Chapitre 27</u> : | Amaigrissement | 397 |
| | <i>item 249</i> | |
| <u>Chapitre 28</u> : | Œdèmes des membres inférieurs localisés ou généralisés | 405 |
| | <i>item 254</i> | |
| <u>Chapitre 29</u> : | Splénomégalie | 411 |
| | <i>item 272</i> | |

Avant-propos

Chers étudiants, chers collègues,

Nous sommes heureux de vous proposer la 3^e édition actualisée du recueil de cours du Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI) sous l'égide de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). Cet ouvrage, avant tout adapté à la préparation de l'ECN informatisé et répondant au programme du DFASM, est centré sur l'UE 7 (Inflammation - Immunopathologie - Poumon - Sang). D'autres UE dont les contenus concernent directement la médecine interne sont également abordées : UE 1 (Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle), UE 3 (Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives), UE 6 (Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail) et UE 8 (Circulation - Métabolismes).

Ce travail collaboratif répondra tout autant à la demande des étudiants qu'à celle des enseignants. Il propose un support pédagogique basé sur des données actualisées et adapté à l'évolution récente des objectifs de l'ECN.

Un ouvrage d'entraînement, également rédigé par le CEMI et disponible dans la même collection, permettra de se préparer de façon optimale à l'ECN. Pour chaque item abordé dans le présent recueil de cours, les étudiants y trouveront un dossier progressif ainsi que des questions isolées. Des dossiers de lecture critique d'article sont également soumis à la sagacité des étudiants.

Nous tenons à remercier chaleureusement tous les membres du CEMI qui ont collaboré avec plaisir et enthousiasme à la rédaction de cet ouvrage. Nous espérons que la lecture des prochaines pages apportera aide et motivation aux étudiants qui préparent l'ECN. Peut-être aussi que ce livre saura éveiller chez les lecteurs intérêt et curiosité, pour cette spécialité si riche et stimulante qu'est la médecine interne !

Pr Luc Mouthon, Pr Thomas Hanslik et Pr Jean-François Viallard

Remerciements

Tous nos remerciements pour leur participation à la relecture de cet ouvrage aux :

Pr Olivier Bouchaud, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Avicenne, Bobigny, et membre du Collège National des Enseignants de Maladies Infectieuses et Tropicales.

Pr Isabelle Cochereau, Service d'Ophtalmologie, Hôpital Bichat, Paris, et membre du Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France.

En plus des auteurs des différents chapitres, tous nos remerciements pour les photographies qu'ils nous ont fournies pour cet ouvrage aux :

Dr Cécile Bordes-Contin, Laboratoire d'Immunologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux,

Pr Michel Brauner, Service de Radiologie, Hôpital Avicenne, Bobigny,

Pr Antoine Brézin, Service d'Ophtalmologie, Hôpital Cochin, Paris,

Dr Sylvie Daliphard, Laboratoire d'Hématologie, Institut de Biologie Clinique, Rouen,

Pr Marie-Sylvie Doutre, Service de Dermatologie, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac (Bordeaux),

Pr Nicolas Dupin, Service de Dermatologie, Hôpital Cochin, Paris,

Pr Bertrand Godeau, Service de Médecine Interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil,

Pr François Laurent, Service de Radiologie, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac (Bordeaux),

Pr Dominique Monnet, Service d'Ophtalmologie, Hôpital Cochin, Paris,

Pr Luc Mouthon, Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris,

Dr Marie Parrens, Service d'Anatomopathologie, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac (Bordeaux),

Dr Anna Raimbault, Service d'Hématologie Biologique, Hôpital Cochin, Paris,

Dr Yurdagul Uzunhan, Service de Pneumologie, Hôpital Avicenne, Bobigny,

Dr Oriane Wagner-Ballon, Laboratoire d'Hématologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil.



Les auteurs

Pour le Collège National des Enseignants de Médecine Interne

Dr Sébastien Abad

Service de Médecine Interne, Hôpital Avicenne, Bobigny, Université Paris 13

Pr Daniel Adoue

Service de Médecine Interne et Immunopathologie Clinique, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Oncopole, Toulouse, Université de Toulouse III (Université Paul Sabatier)

Pr Christian Agard

Service de Médecine Interne, Hôpital Hôtel-Dieu, Nantes, Université de Nantes

Pr Laurent Alric

Service de Médecine Interne, Hôpital Purpan, Toulouse, Université de Toulouse III (Université Paul Sabatier)

Pr Zahir Amoura

Service de Médecine Interne 2, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie-Curie

Pr Marc André

Service de Médecine Interne, Hôpital Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne

Pr Emmanuel Andrès

Service de Médecine Interne, Hôpital Civil, Strasbourg, Université de Strasbourg

Dr Jean-Benoît Arlet

Service de Médecine Interne, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, Université Paris-Descartes

Dr Sylvain Audia

Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique, Hôpital François Mitterrand, Dijon, Université de Bourgogne

Pr Olivier Aumaître

Service de Médecine Interne, Hôpital Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne

Pr Jean-François Bergmann

Département de Médecine Interne A, Hôpital Lariboisière, Paris, Université Paris-Diderot

Pr Odile Beyne-Rauzy

Service de Médecine Interne et Immunopathologie Clinique, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Oncopole, Toulouse, Université de Toulouse III (Université Paul Sabatier)

Pr Fabrice Bonnet

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-André, Bordeaux, Université de Bordeaux

Pr Laurence Bouillet

Service de Médecine Interne, Hôpital Albert Michallon, Grenoble, Université de Grenoble

Pr Anne Bourgarit

Service de Médecine Interne, Hôpital Jean Verdier, Bondy, Université Paris 13

Pr Patrice Cacoub

Département de Médecine Interne et Immunologie Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie Curie

Pr Pascal Cathébras

Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, Saint-Etienne, Université Jean Monnet - Saint-Étienne

Pr Patrick Cherin

Département de Médecine Interne et Immunologie Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie Curie

Dr Laurent Chiche

Service de Médecine Interne, Hôpital Européen, Marseille

Dr Fleur Cohen-Aubart

Service de Médecine Interne, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie-Curie

Pr Nathalie Costedoat-Chalumeau

Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris, Université Paris-Descartes

Pr Olivier Decaux

Service de Médecine Interne, Hôpital Sud, Rennes, Université Rennes 1

Pr Robin Dhote

Service de Médecine Interne, Hôpital Avicenne, Bobigny, Université Paris 13

Dr Pierre Duffau

Service de Médecine Interne, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac, Université de Bordeaux

Pr Pierre Duhaut

Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, Amiens, Université de Picardie Jules Verne

Pr Olivier Fain

Service de Médecine Interne, Hôpital Saint-Antoine, Paris, Université Pierre et Marie Curie

Pr Bruno Fantin

Service de Médecine Interne, Hôpital Beaujon, Clichy, Université Paris-Diderot

Pr Dominique Farge

Unité de Médecine Interne et Pathologie Vasculaire,
Hôpital Saint-Louis, Paris, Université Paris-Diderot

Pr Anne-Laure Fauchais

Service de Médecine Interne, Hôpital Dupuytren, Limoges,
Université de Limoges

Pr Yves Frances

Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, Marseille,
Aix-Marseille Université

Pr Jean-Gabriel Fuzibet

Service de Médecine Interne, Hôpital l'Archet 1, Nice,
Université de Nice Sophia-Antipolis

Dr Martine Gayraud

Département de Médecine Interne et Rhumatologie,
Institut Mutualiste Montsouris, Paris

Dr Sophie Georgin-Lavialle

Service de Médecine Interne, Hôpital Tenon, Paris,
Université Pierre et Marie Curie

Pr Bertrand Godeau

Service de Médecine Interne, Hôpital Henri Mondor,
Créteil, Université Paris-Est Créteil

Pr Cécile Goujard

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique,
Hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, Université Paris Sud

Pr Brigitte Granel

Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, Marseille,
Aix-Marseille Université

Pr Gilles Grateau

Service de Médecine Interne, Hôpital Tenon, Paris,
Université Pierre et Marie Curie

Pr Eric Hachulla

Service de Médecine Interne, Hôpital Claude Huriez, Lille,
Université de Lille

Pr Mohamed Hamidou

Service de Médecine Interne, Hôpital Hôtel-Dieu, Nantes,
Université de Nantes

Pr Thomas Hanslik

Service de Médecine Interne, Hôpital Ambroise-Paré,
Boulogne-Billancourt, Université de Versailles St-Quentin-
en-Yvelines

Pr Pierre-Yves Hatron

Service de Médecine Interne, Hôpital Claude Huriez, Lille,
Université de Lille

Pr Jean-Robert Harlé

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Timone,
Marseille, Aix-Marseille Université

Pr Roland Jaussaud

Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique,
Hôpital Brabois, Vandoeuvre-les-Nancy, Université de
Lorraine

Pr Patrick Jego

Service de Médecine Interne, Hôpital Sud, Rennes,
Université Rennes 1

Pr Jean Jouquan

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Cavale
Blanche, Brest, Université de Bretagne occidentale

Dr Jean-Emmanuel Kahn

Service de Médecine Interne, Hôpital Foch, Suresnes,
Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines

Pr Karine Lacut

Service de Médecine Interne et Pneumologie, Hôpital
de la Cavale Blanche, Brest, Université de Bretagne
occidentale

Pr Marc Lambert

Service de Médecine Interne, Hôpital Claude Huriez, Lille,
Université de Lille

Pr Olivier Lambotte

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique,
Hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, Université Paris Sud

Pr David Launay

Service de Médecine Interne, Hôpital Claude Huriez, Lille,
Université de Lille

Pr Estibaliz Lazaro

Service de Médecine Interne, Hôpital Haut-Lévêque,
Pessac, Université de Bordeaux

Pr Agnès Lefort

Service de Médecine Interne, Hôpital Beaujon, Clichy,
Université Paris-Diderot

Pr Grégoire Le Gal

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Cavale
Blanche, Brest, Université de Bretagne occidentale

Pr Claire Le Jeunne

Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris,
Université Paris-Descartes

Pr Hervé Levesque

Département de Médecine Interne, Hôpital Charles
Nicolle, Rouen, Université de Rouen

Dr Kim Heang Ly

Service de Médecine Interne, Hôpital Dupuytren, Limoges,
Université de Limoges

Pr Nadine Magy-Bertrand

Service de Médecine Interne, Hôpital Jean Minjot,
Besançon, Université de Franche-Comté

Dr Matthieu Mahevas

Service de Médecine Interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil, Université Paris-Est Créteil

Pr François Maillot

Service de Médecine Interne, Hôpital Bretonneau, Tours, Université François Rabelais

Pr Isabelle Marie

Département de Médecine Interne, Hôpital Charles Nicolle, Rouen, Université de Rouen

Pr Thierry Martin

Service d'Immunologie Clinique et Médecine Interne, Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg, Université de Strasbourg

Dr Alexis Mathian

Service de Médecine Interne 2, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie Curie

Dr Arsène Mekinian

Service de Médecine Interne, Hôpital Saint-Antoine, Paris, Université Pierre et Marie Curie

Pr Patrick Mercié

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-André, Bordeaux, Université de Bordeaux

Pr Marc Michel

Service de Médecine Interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil, Université Paris-Est Créteil

Pr Philippe Morlat

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-André, Bordeaux, Université de Bordeaux

Pr Stéphane Mouly

Département de Médecine Interne A, Hôpital Lariboisière, Paris, Université Paris-Diderot

Pr Jean-Jacques Mourad

Service de Médecine Interne, Hôpital Avicenne, Bobigny, Université Paris 13

Pr Luc Mouthon

Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris, Université Paris-Descartes

Pr Thomas Papo

Service de Médecine Interne, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, Université Paris-Diderot

Pr Jean-Loup Pennaforte

Service de Médecine Interne, Hôpital Robert Debré, Reims, Université de Reims

Pr Jacques Pouchot

Service de Médecine Interne, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, Université Paris-Descartes

Pr Brigitte Ranque

Service de Médecine Interne, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, Université Paris-Descartes

Pr Pascal Roblot

Service de Médecine Interne, CHU de Poitiers, Université de Poitiers

Pr Eric Rosenthal

Service de Médecine Interne, Hôpital Archet 1, Nice, Université de Nice Sophia-Antipolis

Pr Marc Ruivard

Service de Médecine Interne, Hôpital d'Estaing, Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne

Pr David Saadoun

Département de Médecine Interne et Immunologie Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie Curie

Pr Laurent Sailler

Service de Médecine Interne, Hôpital Purpan, Toulouse, Université de Toulouse III (Université Paul Sabatier)

Pr Karim Sacré

Service de Médecine Interne, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, Université Paris-Diderot

Pr Nicolas Schleinitz

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Timone, Marseille, Aix-Marseille Université

Pr Damien Sène

Département de Médecine Interne A, Hôpital Lariboisière, Paris, Université Paris-Diderot

Pr Jacques Serratrice

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Timone, Marseille, Aix-Marseille Université

Pr Pascal Sève

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1

Dr Olivier Steichen

Service de Médecine Interne, Hôpital Tenon, Paris, Université Pierre et Marie Curie

Dr Benjamin Terrier

Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris, Université Paris-Descartes

Pr Jean-François Viillard

Service de Médecine Interne, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac, Université de Bordeaux

Pr Jean-Christophe Weber

Service de Médecine Interne, Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg, Université de Strasbourg

Dr Jean-Marc Ziza

Service de Médecine Interne et Rhumatologie, Groupe hospitalier Diaconesses - Croix Saint Simon, Paris

UE 1

Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle

- **Item 1.** La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins.
La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale.
- **Item 2.** Les valeurs professionnelles du médecin et des autres professions de santé.
- **Item 3.** Le raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur les preuves (*Evidence Based Medicine, EBM*). La décision médicale partagée.

La relation médecin-malade

dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES NATIONAUX

item 1 : La relation médecin-malade

- Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un évènement indésirable associé aux soins.
- Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins (voir item 321).

MOTS CLÉS : Relation médecin-malade ; Communication ; Annonce d'une maladie grave ; Éducation thérapeutique ; Évaluation des compétences ; Personnalisation de la prise en charge.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES NATIONAUX

item 321 : Éducation thérapeutique, observance et automédication

- Évaluer l'impact de l'éducation thérapeutique sur le succès du traitement.
- Expliquer les facteurs améliorant l'observance médicamenteuse et non médicamenteuse lors de la prescription initiale et de la surveillance.
- Planifier un projet pédagogique individualisé pour un porteur d'une maladie chronique avec ou sans comorbidités en tenant compte de ses facteurs de risque.
- Argumenter une prescription médicamenteuse et l'éducation associée en fonction des caractéristiques du patient, de ses comorbidités, de la polymédication éventuelle, et des nécessités d'observance.

1. La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle
2. La communication avec le patient et son entourage
3. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins
4. La formation du patient
5. La personnalisation de la prise en charge médicale

- En lien avec les objectifs de l'unité d'enseignement 1 (apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle) et des items reliés, ce chapitre aborde successivement plusieurs thèmes centrés autour de la relation médecin-malade.
- Sont abordés les différentes influences et les cadres conceptuels, qui permettent de penser la relation clinique contemporaine. Celle-ci s'est développée depuis l'avènement de la méthode anatomo-clinique au XVIII^e siècle, elle-même amplifiée par l'essor de la biologie et de l'imagerie modernes. Elle tente de pallier les risques d'une approche purement objectivante, en retrouvant les fondements hippocratiques, qui mettent en avant la singularité de la rencontre et qui postulent que l'expérience d'un sujet n'est réductible à aucune autre.
- Sont également abordés les aspects opérationnels de la relation médecin-malade dans la perspective de l'approche centrée sur le patient, en examinant les principes généraux de la communication professionnelle en santé et en approfondissant les deux situations particulières que constituent la problématique de l'annonce d'une mauvaise nouvelle et celle de la formation du patient.
- En forme de synthèse conclusive, sont proposés quelques principes directeurs d'une personnalisation de la prise en charge médicale.

1. La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluri-professionnelle

1.1. Définition

- La relation entre un médecin et un malade, communément abrégée en « relation médecin-malade », désigne les liens qui se tissent lors d'une rencontre entre deux personnes, que réunit une situation singulière, socialement codifiée, respectivement dans le cadre de son exercice professionnel pour le médecin et de l'expérience d'un problème de santé pour le patient. Cette rencontre est habituellement initiée par la demande du patient qui l'exprime par une plainte et qui traduit ainsi une souffrance en escomptant que la réponse du médecin la soulage.
- En tant que relation interpersonnelle, la relation médecin-patient est d'abord un processus, caractérisé par des interactions itératives, dynamiques et perpétuellement mouvantes, dont seuls certains effets sont directement visibles. La relation entre le médecin et le patient ne peut donc se réduire aux comportements observables de l'un ou de l'autre. De ce fait, elle doit être appréhendée à partir de différents modèles qui s'efforcent de rendre compte de sa réalité et de sa complexité.
- Même quand ils procèdent d'une démarche scientifique, ces modèles sont socialement construits, historiquement situés et donc culturellement ancrés. Ils résultent en général de plusieurs perspectives : psychologique, sociale, juridique ou philosophique, par exemple. Aucun modèle ne peut revendiquer être totalement intégrateur des différentes dimensions de la relation médecin-malade, de même qu'aucun ne peut prétendre être définitif.

1.2. Quelques cadres conceptuels qui éclairent la relation médecin-patient

1.2.1. Un éclairage psychanalytique de la relation médecin-malade

- La psychanalyse a montré l'influence des réactions affectives réciproques dans le cadre de la relation médecin-malade :
 - La notion de transfert désigne les réactions affectives conscientes et inconscientes du patient à l'égard du médecin. Ces réactions sont souvent influencées par des désirs insatisfaits du patient qui les projette sous la forme d'attentes vers la personne du médecin, parfois idéalisée.
 - La notion de contre-transfert concerne réciproquement les réactions affectives conscientes et inconscientes du médecin à l'égard du patient. Elles sont aussi influencées par l'histoire personnelle du médecin, et par les déterminants conscients ou inconscients qui ont conduit à son choix de la profession de médecin (se rendre utile, comprendre, obtenir une reconnaissance sociale ou financière, voir et toucher, etc.).

Le plus souvent, ce contre-transfert permet au médecin de développer une relation positive, empathique (capacité de comprendre l'expérience du patient en gardant la juste distance). Un contre-transfert excessivement positif peut parfois induire un hyper-investissement, qui peut menacer l'objectivité requise pour des soins appropriés ; à l'inverse, un contre-transfert négatif peut mettre la relation thérapeutique en échec, en raison d'une attitude insuffisamment bienveillante voire hostile. L'absence de tout contre-transfert peut générer des relations très froides, indifférentes.

1.2.2. Un éclairage sociologique de la relation médecin-malade : le modèle de Parsons

- Le modèle de Parsons met en avant l'aspect socialement codifié de la relation médecin-malade, en soulignant qu'elle est fondamentalement une relation d'inégalité :
 - le rôle du médecin, grâce à sa compétence technique, est de légitimer le statut de malade et de restaurer l'équilibre social menacé par le désordre que constitue la maladie ;
 - en contrepartie, le patient a des devoirs et des droits. Son rôle est de chercher à aller mieux, en acceptant les aides proposées par le médecin ; c'est son devoir. Il est provisoirement exempté d'un certain nombre d'obligations sociales, comme par exemple celle de devoir travailler pour être rémunéré ; c'est son droit.

- Une telle relation est caractérisée par son caractère consensuel : le malade reconnaît le pouvoir du médecin dans un cadre de réciprocité. Elle est aussi asymétrique : la résolution du problème de santé appartient au médecin et le « bon malade » est un malade obéissant et soumis.
- Le modèle de Parsons rend adéquatement compte de la relation médecin-malade dans le cadre d'une maladie aiguë. En revanche, il est aujourd'hui régulièrement mis en défaut dans le cadre d'une maladie chronique, où l'absence de perspective de guérison conduit le patient à s'inscrire dans une démarche de négociation.

1.2.3. Une approche socio-anthropologique de la relation médecin-malade : la perspective interactionniste de Freidson

- Freidson propose de considérer la relation médecin-malade dans une perspective nettement plus conflictuelle, selon laquelle le patient conteste l'asymétrie du pouvoir social dédié au médecin.
- Selon cette approche, les interactions médecin-malade résultent de multiples facteurs qui sont en tension permanente. Interviennent notamment :
 - la confrontation du cadre institutionnel et professionnel dans lequel évolue le médecin (par exemple, le milieu hospitalier, qui rend le médecin surtout dépendant de ses collègues, ou le milieu libéral, qui le rend davantage dépendant d'un patient « client »), et du cadre personnel du patient (par exemple, dans ses dimensions familiales, culturelles ou professionnelles) ;
 - la confrontation des savoirs technoscientifiques du médecin, aujourd'hui immédiatement accessibles par internet, et des savoirs profanes et expérientiels du patient, qui restent souvent implicites.
- La relation se développe ainsi souvent dans un conflit de perspectives, imposant une négociation perpétuelle qui remet en cause la conception d'une médecine hégémonique.

1.2.4. L'approche intégrative contemporaine de la relation médecin-malade : la médecine centrée sur le patient et la perspective du patient partenaire

1.2.4.1. Des influences multiples

- L'approche contemporaine de la relation médecin-malade, qui se développe depuis un quart de siècle, ne répond pas à un cadre conceptuel univoque. Elle correspond à la tentative d'intégrer plusieurs éclairages, issus notamment de la sociologie, de l'anthropologie de la santé, de la psychologie médicale ou encore de l'éthique du soin, pour proposer un modèle éclectique de la relation médecin-malade, visant à prendre en compte l'expérience singulière vécue par le patient. Elle se développe notamment autour du courant de la médecine centrée sur le patient, proposé comme une alternative à celui de la médecine centrée sur la maladie, et plus récemment de la perspective du patient partenaire.
- L'approche contemporaine de la relation médecin-malade s'est développée dans le sillage de l'apport de Michaël Balint. Dans une conception de la relation clinique d'inspiration psychanalytique, il prônait la nécessité que la relation médecin-malade réhabilite l'écoute, qu'elle intègre à la fois une approche cognitive et une approche psycho-affective des problèmes de santé, qu'elle sache reconnaître que, derrière la plainte et les symptômes, des facteurs tant « lésionnels » – ou somatiques – que « fonctionnels » – ou psycho-affectifs – pouvaient s'intriquer, et qu'elle prenne en compte les mécanismes de transfert et de contre-transfert.
- L'approche contemporaine de la relation médecin-malade a aussi intégré les développements de la perspective bio-psycho-sociale de Engel, qui propose un modèle où la santé résulte d'interactions systémiques et complexes entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales. De ce fait, dans sa relation clinique avec le patient, le médecin devrait prendre en compte les aspects personnels, interpersonnels et sociaux avec la même attention critique que celle qu'il applique à l'identification des aspects somatiques et biologiques.

1.2.4.2. Des points de vue complémentaires

- Dans ses développements contemporains, l'approche de la médecine centrée sur le patient tente d'articuler notamment : des perspectives alternatives de la définition d'un problème de santé ; des perspectives alternatives relatives à la place du médecin et du patient dans la relation ; des perspectives alternatives concernant la nature de la pratique médicale.

1.2.4.2.1. Les perspectives alternatives de la définition d'un problème de santé

- Partagées explicitement ou implicitement entre les professionnels de santé et les patients, elles conditionnent fortement la relation médecin-malade.
- **La perspective positiviste** considère que les problèmes de santé sont des catégories naturelles, et qu'ils existent en tant que tels, « en eux-mêmes ». Le rôle du médecin est de les identifier grâce à une approche « objective », en se méfiant de ses biais. Pour ce faire, il doit développer des stratégies se référant à une rationalité expérimentale. Elle correspond à la conception bioclinique traditionnelle de la santé.
- **La perspective constructiviste** considère que les problèmes de santé sont aussi des constructions individuelles et sociales. Le rôle du médecin est de partager un processus de construction de sens à partir de faits et de phénomènes, dans des contextes extrêmement spécifiques (parcours de vies). Pour ce faire, il doit développer des stratégies interprétatives et dialectiques. Une telle perspective favorise la conception bio-psycho-sociale des problèmes de santé.
- **La perspective anthropologique** considère pour sa part qu'un problème de santé peut être considéré selon trois points de vue :
 - en tant que catégorie nosographique, par sa correspondance avec une entité bioclinique ou épidémiologique plus ou moins stabilisée (maladie diagnostiquée ou *disease*) ;
 - en tant que vécu subjectif de la part du patient qui en fait l'expérience (maladie ressentie ou *illness*) ;
 - en tant que phénomène social qui confère un statut à la personne malade (maladie reconnue ou *sickness*).
- La prise en charge des problèmes aigus peut assez souvent s'accommoder d'une inscription exclusive dans la perspective positiviste. En revanche, celle-ci se révèle régulièrement en échec lors de la prise en charge des maladies chroniques, quelle qu'en soit la nature, qui requièrent de s'adosser sur une conception moins réductrice des problèmes de santé.

1.2.4.2.2. Les perspectives alternatives relatives à la position du médecin et du patient dans la relation

- **Le modèle paternaliste de la relation médicale** s'adosse à la forme morale téléologique (faire le bien). Le principe prioritaire est celui de la bienfaisance. L'analogie familière est celle de la responsabilité parentale, bienveillante, non réciproque, asymétrique.
- **Le modèle de la relation centré sur l'auto-détermination** s'adosse à la forme morale déontologique (faire son devoir). Le principe prioritaire est celui de l'autonomie du patient. L'analogie familière est celle du contrat réciproque et symétrique.
- **La rupture entre le modèle paternaliste traditionnel et le modèle centré sur l'auto-détermination ne doit en réalité pas être présentée de façon aussi dichotomique.** Elle implique notamment de laisser au patient le choix d'adopter préférentiellement l'une ou l'autre position, ou de signifier que les décisions devraient être partagées, le médecin aidant le patient à formuler ses préférences face aux recommandations médicales.
- **La perspective plus récente du « patient partenaire de soins »** considère que le malade ne doit pas seulement être au centre des préoccupations de professionnels de la santé qui restent seuls détenteurs du savoir sur la santé. Elle propose de le considérer comme un acteur de santé et partenaire de soins à part entière. Pour cela, elle reconnaît une forte légitimité aux savoirs expérientiels que le patient élabore dans le cadre de l'expérience qu'il fait de son problème de santé. Sous certaines conditions, elle considère que de tels savoirs peuvent être des savoirs experts. L'expertise en question n'est pas tant celle de la maladie que celle de la vie avec la maladie.

1.2.4.2.3. Les perspectives alternatives concernant la nature de la pratique médicale

- **La pratique médicale est en tension entre différentes conceptions qui la fondent :**
 - **La médecine comme art :**

Lorsqu'on énonce que la clinique est un art, il faut entendre le terme « art » comme renvoyant à la pratique d'un artisan et non pas à celle d'un artiste. En effet, on fait référence au latin *ars*, équivalent sémantique de la *techné* grecque, qui désigne un savoir-agir orienté vers une finalité, à l'interface de l'expérience et de la science.

– **La médecine comme science :**

Le Code de déontologie médicale stipule que « dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science [...] [et qu'il] doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, [...] en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées [...] ». L'évolution actuelle la plus aboutie de cette exigence est constituée par le courant de la médecine fondée sur les preuves *evidence-based medicine* ou *EBM*, qui met au premier plan le caractère démontré du bénéfice attendu d'une pratique médicale, qu'elle soit à visée diagnostique ou thérapeutique.

– **La médecine comme pratique soignante personnalisée :**

Les deux conceptions énoncées ci-dessus ne sont en réalité pas antinomiques. Au-delà du stéréotype répandu selon lequel la médecine était un « art » et qu'elle serait désormais devenue une science, il convient plutôt de considérer que la médecine est pratique soignante personnalisée, accompagnée de science et de technique.

Dans le cadre de la médecine scientifique moderne, il s'agit de considérer que la compréhension de ce qu'il y a à la fois de rationnel et d'universel derrière la plainte singulière d'un patient est une façon efficace d'y répondre durablement. Pour autant, même dans le cadre de l'EBM, le point de vue et les préférences du patient sont considérés en tant que tels comme une donnée objective *evidence* à prendre en compte.

1.3. Quelques aspects opérationnels de la relation médecin-malade dans la perspective de l'approche centrée sur le patient

Six principes directeurs permettant de guider la relation médecin-malade dans la perspective d'une approche centrée sur le patient ont été formulés :

1.3.1. Explorer l'« expérience » de la maladie vécue par le patient

- Il s'agit d'avoir accès à ce qui constitue le vécu du problème de santé du point de vue du patient, au regard à la fois de ses perceptions, des aspects concrets de sa vie quotidienne, des représentations qu'il mobilise pour interpréter les phénomènes liés à la maladie, et de ses attentes par rapport au médecin et aux autres professionnels de la santé.

1.3.2. Comprendre la globalité de la personne qui consulte

- Il s'agit de se préoccuper des dimensions subjectives de la personne malade, de ses affects (dimension émotionnelle), et de son contexte social, familial et professionnel.

1.3.3. Élaborer un champ conceptuel partagé avec le patient (partenariat)

- Il s'agit de s'entendre avec le patient quant à la nature du problème de santé à explorer, des priorités à envisager, des buts du traitement, et des rôles respectifs du médecin et du patient.

1.3.4. Viser la promotion de la santé

- Au-delà de la prévention des risques et du dépistage précoce, il s'agit d'envisager avec le patient les moyens de lui donner davantage de ressources pour mieux maîtriser sa propre santé, dans le cadre d'une autonomie accompagnée.

1.3.5. Optimiser la relation médecin-patient

- Il s'agit d'établir cette relation et de la consolider, sur la base d'un partage équilibré du pouvoir, de la décision et du contrôle.

1.3.6. Gérer les contraintes de façon réaliste

- Il s'agit de tenir compte des contraintes liées aux ressources disponibles à un moment donné, mais susceptibles d'évoluer, pour fixer des priorités et des objectifs de santé raisonnables par rapport aux projets du patient.

EN CONCLUSION : quelques messages clés concernant la relation médecin-malade

- La relation médecin-malade est au centre de l'action médicale, dont la finalité ultime est la sollicitude envers une personne, pour l'aider à restaurer une autonomie, menacée par la survenue d'un problème de santé qui entrave son bien-être et sa puissance d'agir.
- Malgré de nombreuses recherches, conduites selon de multiples perspectives scientifiques, la compréhension des enjeux liés à la relation médecin-malade et des processus complexes qui se développent dans ce cadre reste imparfaite.
- Des cadres conceptuels multiples et éclectiques doivent être sollicités pour rendre compte de façon judicieuse de la complexité de cette relation.
- Les déterminants qui concourent à faire percevoir la relation médecin-malade comme satisfaisante à la fois par le patient et par le médecin sont nombreux. Ils interagissent dans le cadre de liens de causalité qui ne sont pas linéaires et univoques, mais plutôt circulaires et systémiques.
- La relation médecin-malade reste fondamentalement une relation asymétrique. Cependant, les évolutions contemporaines l'ont recentrée au profit du patient, considéré désormais comme un acteur et partenaire de santé à part entière.

2. La communication avec le patient et son entourage

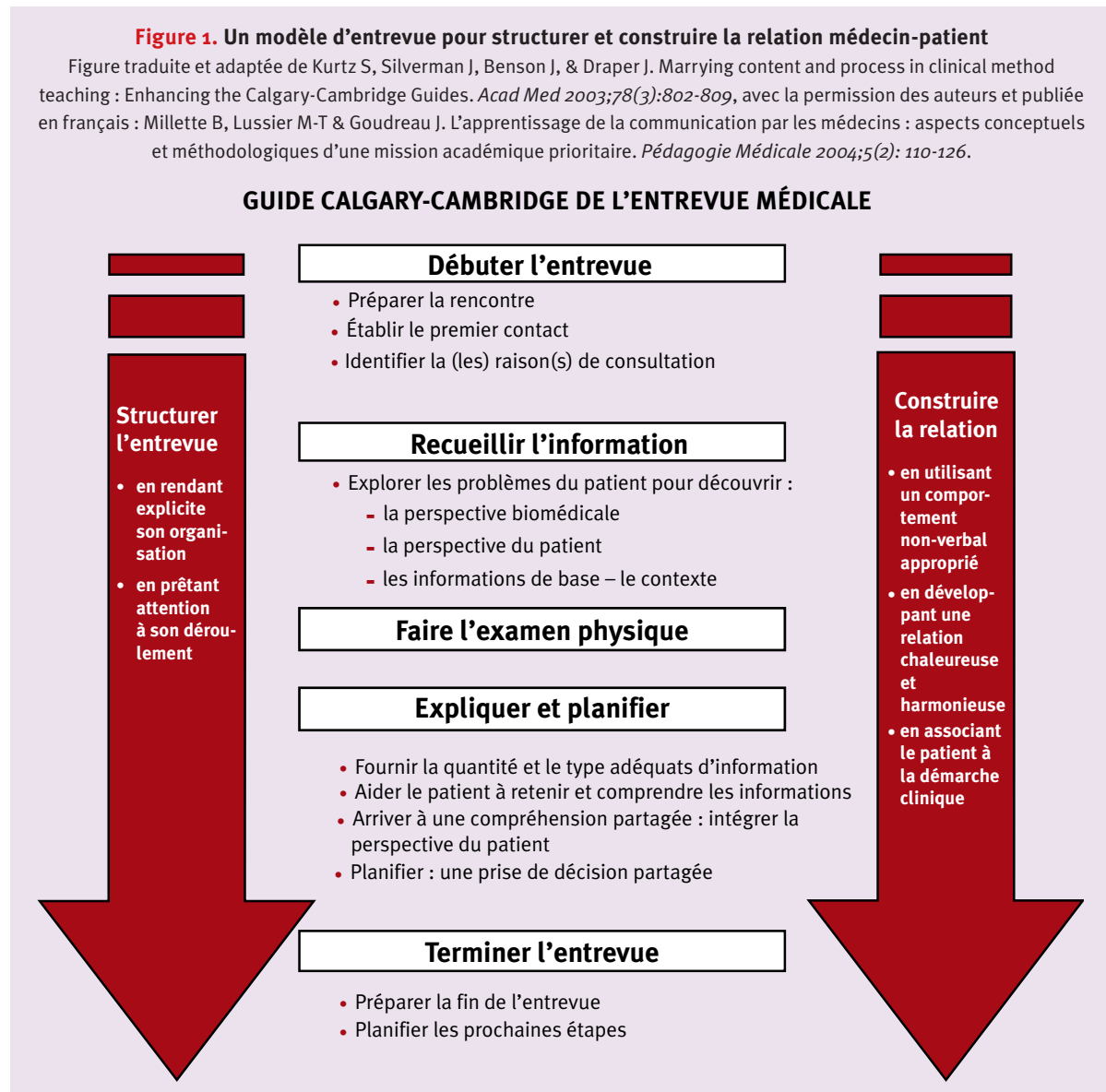
- La communication du médecin avec le patient et son entourage, qui se développe en outre en lien et en interaction avec tous les autres professionnels de la santé, doit être abordée dans le cadre d'une approche globale et non réductrice de la relation médecin-patient (cf. section 1).
- La communication n'est en effet qu'un moyen, permettant d'atteindre l'objectif d'installer, de développer et d'entretenir, dans un cadre professionnel, la relation médecin-patient. Pour ce faire, le médecin doit identifier le problème en question (la démarche diagnostique), et élaborer des solutions (la démarche thérapeutique), l'une et l'autre de ces deux démarches étant à entendre dans leur sens le plus large. Il doit partager cette double démarche avec le patient et vérifier qu'existe la possibilité d'une concordance raisonnable entre le point de vue bio-médical et la perspective du patient, faute de quoi la relation risque d'être mise en échec. Les activités nécessaires à ces deux démarches s'exercent notamment dans le cadre d'entrevues successives.

2.1. Quelques principes conceptuels pour aborder la communication professionnelle avec le patient et son entourage

- La faculté de communiquer adéquatement en situation avec un patient résulte de compétences, c'est-à-dire d'un apprentissage et pas seulement de dispositions individuelles.
- Les compétences communicationnelles nécessitent un outillage pluriel, dont les différentes composantes sont complémentaires :
 - des habiletés, aptitudes et capacités dans le domaine cognitif, liées aux savoirs sous-jacents relatifs aux problèmes de santé ;
 - des habiletés, aptitudes et capacités procédurales, liées aux savoirs relatifs à la communication interpersonnelle ;
 - des habiletés, aptitudes et capacités psycho-affectives, liées aux savoirs relatifs à la psychologie des émotions ;
 - des habiletés, aptitudes et capacités réflexives, liées à la nécessité d'évaluer, gérer et réguler ses activités.
- Les compétences communicationnelles ont vocation à s'exercer dans le cadre de situations bien spécifiques, caractérisées par un contexte (milieu d'exercice) et une fonction (rôle professionnel), qui conditionnent la nature et la qualité des ressources à maîtriser. Ainsi, il n'est pas indifférent de conduire une entrevue visant à annoncer un diagnostic de maladie grave et un pronostic péjoratif (cf. section 3), ou de conduire une entrevue dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique (cf. section 4).

2.2. Une approche opérationnelle de l'entrevue dans le cadre d'une médecine centrée sur le patient : le modèle de Calgary-Cambridge

- Les principes rappelés précédemment illustrent la nécessité que, en lien avec la perspective de la médecine centrée sur le patient, la communication avec le patient articule adéquatement le processus, les procédures et les techniques de communication avec le but, les finalités et le contenu d'une entrevue médicale. Dans le cadre de l'approche dite de Calgary-Cambridge, des auteurs anglo-saxons ont développé en ce sens un modèle intégrateur de l'entrevue médicale (Figure 1).



- Dans le cadre de ce modèle, une stratégie adéquate de communication lors d'une entrevue doit viser simultanément à structurer l'entrevue et construire la relation. L'entrevue se déroule selon plusieurs séquences (débuter l'entrevue, recueillir l'information, procéder à l'examen physique, expliquer et planifier, terminer l'entrevue). Au fil de chacune d'entre elles, mais notamment au cours de l'étape « recueillir l'information », l'exploration du problème doit être conduite à la fois au regard de la perspective médicale et de la perspective du patient. Des codes et des techniques de communication appropriés sont employés adéquatement selon les différentes phases de l'entrevue.

Encadré 1 : Quelques principes essentiels d'une communication adaptée

dans le cadre d'une entrevue médicale

- **Saluer et se présenter**
- **Structurer l'entrevue :**
 - en identifiant les raisons de la consultation
 - en explicitant l'organisation de l'entrevue
 - en annonçant verbalement les transitions d'une phase à l'autre de l'entretien
- **Débuter une séquence d'entretien par des questions ouvertes et générales**
- **Écouter attentivement les premiers propos du patient, sans l'interrompre et sans orienter prématurément ses réponses**
- **Développer une relation chaleureuse et harmonieuse :**
 - en utilisant l'empathie : accueil et reconnaissance des points de vue et des émotions du patient
 - en n'adoptant pas une posture de jugement
 - en manifestant sa disponibilité pour fournir un soutien
 - en agissant avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique
- **Utiliser les questions fermées et spécifiques dans un second temps pour faire préciser les informations et obtenir des données non encore fournies**
- **Vérifier périodiquement la compréhension que l'on a des propos du patient :**
 - en reformulant ses réponses
 - en résumant une séquence d'entretien
 - en sollicitant sa validation
- **Faciliter la compréhension du patient :**
 - en utilisant un langage simple, en évitant le jargon médical ou en l'explicitant
 - en sollicitant les connaissances antérieures du patient et en s'appuyant sur elles pour développer le propos
 - en utilisant des exemples et des métaphores
- **Vérifier périodiquement la compréhension que le patient a des propos du médecin :**
 - en l'invitant à reformuler les propos échangés dans ses propres termes
- **Explorer adéquatement la perspective du patient :**
 - en l'encourageant à approfondir son récit
 - en sollicitant son point de vue (ses conceptions, ses croyances, etc.) sur les causes des phénomènes qu'il rapporte
 - en recueillant ses préoccupations et ses attentes
 - en l'autorisant et en l'invitant à exprimer ses émotions
- **Utiliser une communication non-verbale appropriée :**
 - contact visuel, expression faciale
 - posture, position et mouvement
 - indices vocaux, débit, volume, tonalité
- **Veiller à ce que la prise de notes, par écrit ou sur ordinateur, ne constitue pas un obstacle au dialogue**
- **Élaborer une décision partagée, intégrant la perspective du patient :**
 - en partageant ses réflexions cliniques
 - en vérifiant le niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre
 - en formulant les décisions envisagées comme des suggestions et des choix plutôt que comme des directives
 - en discutant d'un plan mutuellement acceptable
- **Terminer l'entrevue :**
 - en vérifiant auprès du patient s'il considère que ses attentes ont été prises en compte
 - en résumant la session et en clarifiant le plan de soins
 - en planifiant et sollicitant l'accord du patient pour les prochaines étapes

Adapté et résumé librement d'après : Richard C, Lussier M-T & Kurtz S. Une présentation de l'approche Calgary-Cambridge. In : Richard C, Lussier MT (sous la direction de). *La communication professionnelle en santé*. Montréal : Les Éditions du Renouveau Pédagogiques Inc., 2005:291-324.

EN CONCLUSION : quelques messages clés concernant la communication avec le patient et, le cas échéant, avec son entourage :

- La communication avec le patient et son entourage doit être abordée dans le cadre d'une approche globale et non réductrice de la relation médecin-malade.
- Elle vise à créer les conditions d'une relation médecin-malade satisfaisante.
- Certains modèles de l'entrevue médicale fournissent des repères pour structurer l'entrevue et construire la relation, et proposent des pistes pour utiliser des techniques de communication appropriées selon les différentes phases de l'entrevue.
- Une communication adéquate devrait systématiquement être conduite à la fois au regard de la perspective médicale et de la perspective du patient.

3. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins

- Tous les médecins qui ont une pratique clinique sont confrontés régulièrement à ce qu'il est convenu d'appeler « l'annonce d'une mauvaise nouvelle ». L'annonce du diagnostic initial d'une maladie grave, potentiellement létale à court ou moyen terme, en constitue la situation la plus paradigmatique.
- Cependant, de nombreuses autres « mauvaises nouvelles » sont à annoncer en médecine. Une mauvaise nouvelle est une information qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de sa capacité d'agir, de son existence et de son avenir. Ainsi, il peut s'agir également, par exemple, de l'annonce :
 - du diagnostic d'une maladie dégénérative évolutive et handicapante, comme la maladie d'Alzheimer ;
 - d'une rechute ou d'une récurrence d'une maladie ;
 - de l'échec d'un traitement ;
 - d'un effet indésirable grave d'un traitement ou d'une erreur médicale ;
 - d'une décision envisagée de limitation ou d'arrêt de traitement, ou d'évolution de la prise en charge curative d'une affection vers une logique palliative.

3.1. La problématique de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

Deux maximes pour introduire la problématique de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

- Il n'existe pas de « bonnes » façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres.
Moley-Molassol I. L'annonce de la maladie, une parole qui engage. Courbevoie : DaTeBe éditions, 2004
- Une mauvaise nouvelle est « [...] l'information qu'un médecin n'a pas envie de dire à un malade qui n'a pas envie de l'entendre ».
Nicole Alby, citée par : Garderet L, Ollivier M-P, Najman A, Gorin N-C. Oncologie 2006;8: S126-HS131

3.1.1. Le contexte professionnel et sociétal

- Jusqu'à la fin des années 1970, en lien avec le modèle paternaliste de l'exercice médical, auquel les principes de bienfaisance et non-malfaisance fournissaient aux médecins un alibi, un consensus implicite conduisait à tenir le malade dans l'ignorance d'un pronostic grave et à lui cacher « la vérité » : on pensait que l'annonce d'une telle nouvelle ne pouvait être que néfaste et qu'il fallait en protéger le malade. Il est loyal d'admettre que les médecins étaient aussi fort démunis face à cette problématique d'annonce et que les habitudes instituées d'une forme de complot du mensonge masquaient aussi de multiples mécanismes de défense chez les soignants.

- Cette conception a évolué, notamment sous l'effet des remises en cause sociétales du pouvoir médical, dans le contexte de l'irruption de l'épidémie de l'infection par le VIH et de la diffusion de l'influence anglo-saxonne privilégiant l'autonomie du patient. Des travaux ont par ailleurs documenté que les patients adéquatement informés pouvaient en retirer des bénéfices (réduction de l'anxiété à terme, diminution des besoins du recours aux antalgiques, réduction de la prévalence et de la sévérité des effets secondaires du traitement, etc.), même si l'annonce d'un diagnostic grave reste toujours une expérience éprouvante.
- En France, de nombreuses dispositions réglementaires ont par la suite consacré et renforcé l'exigence de l'information à l'égard du patient, indispensable pour qu'il puisse consentir au projet de soins (Code de déontologie, « loi Kouchner » de 2002 relative aux droits des patients, plans « cancer » et mise en place du dispositif d'annonce, « loi Leonetti » reconnaissant aux patients la possibilité d'orienter leur choix de conditions de fin de vie, etc.).

3.1.2. L'annonce d'une mauvaise nouvelle du point de vue du patient

- Les conséquences de l'annonce d'une mauvaise nouvelle chez les patients peuvent s'analyser sur deux plans.

3.1.2.1. Des mouvements psychiques importants

- L'annonce d'un diagnostic grave et d'un pronostic péjoratif induit des mouvements psychiques importants. Elle constitue un traumatisme car, même si elle est parfois anticipée par le patient dès les premiers symptômes, elle revêt une violence qui survient de façon soudaine. Ainsi :
 - elle confronte le patient à la perspective de sa propre mort ;
 - elle génère des réactions émotionnelles profondes, associant à des degrés divers la peur, la tristesse, la colère ou la honte, parfois constitutives d'un authentique syndrome de détresse émotionnelle ;
 - elle suscite un sentiment d'insécurité, de perte de contrôle et d'impuissance, qui peuvent conduire à la sidération et générer un syndrome post-traumatique.

3.1.2.2. Des mécanismes de défense

- Pour faire face à ces divers bouleversements, le patient met en jeu des mécanismes de défense, qui ont une fonction de protection face à une situation de souffrance. Ces mécanismes sont inconscients, évoluent au cours du temps, de façon non linéaire. Ils sont à la fois à respecter, au regard du bénéfice que le patient en retire, et à prendre en compte, car ils constituent souvent un obstacle à l'accueil et à la compréhension de l'annonce. Ils sont fréquemment la source de malentendus et d'incompréhension entre patients et soignants :
 - **Le déni** consiste pour le patient à refouler jusqu'à annuler tout ce qui le confronte à sa réalité ; il se comporte comme si rien ne lui avait été dit.
 - **L'isolation** consiste à intellectualiser sa maladie pour s'en distancier. Le malade parle de sa maladie avec un détachement froid.
 - **Le déplacement** permet au patient de focaliser son anxiété sur des considérations plus supportables, parfois futiles, plus ou moins en rapport avec sa maladie, par exemple sur un symptôme mineur.
 - **La projection agressive** transfère l'angoisse sous forme d'agressivité à l'égard de l'entourage ou de l'équipe médicale.
 - **La régression** conduit le patient à s'en remettre totalement à son entourage, dans une dépendance totalement disproportionnée par rapport aux contraintes et à ses capacités à les gérer.
 - **La sublimation** est un mécanisme de défense positif, qui amène le patient à s'hyper-investir de façon combative dans un projet personnel, souvent chargé symboliquement, qui mobilise toute son énergie.
 - **La maîtrise** consiste pour le patient à tenter de prendre le contrôle de tout ce qui concerne sa santé, au travers d'attitudes obsessionnelles et parfois de fortes exigences, par lesquelles il tente de gérer son angoisse.

3.1.3. L'annonce d'une mauvaise nouvelle du point de vue du médecin et des soignants

Comme chez le patient, deux types de conséquences sont à considérer :

3.1.3.1. Des mouvements psychiques importants

- En miroir des mouvements psychiques qui se développent chez le patient, le médecin se trouve lui aussi confronté à des processus complexes :
 - anxiété pouvant aller jusqu'à un authentique état de stress ;
 - sentiment de mise en échec, de perte de contrôle ou de culpabilité ;
 - émotions liées à une proximité affective qui s'est nouée avec le patient ;
 - identification au malade.

3.1.3.2. Des mécanismes de défense des soignants

- L'ampleur des mouvements psychiques suscités chez le médecin par cette mauvaise nouvelle à annoncer le conduisent également à développer des mécanismes de défense pour se protéger de la charge émotionnelle que suscite la confrontation au patient, notamment s'il n'est pas préparé et outillé en capacités adéquates pour gérer ce type de situation.
 - **Le mensonge** est souvent utilisé par le médecin avec l'alibi de préserver son patient ; il s'agit en réalité de se préserver lui-même face à une réaction du patient, qu'il anticipe en craignant de ne pas savoir y faire face ; c'est souvent le mécanisme de défense « de l'urgence ». Une forme mineure est la banalisation des phénomènes vécus par le patient. Il peut aussi s'agir de mensonge par omission. D'une façon générale, le mensonge n'a que des effets délétères et devrait être prohibé.
 - **L'identification projective** conduit à attribuer au patient ses propres représentations, sentiments, réactions, ou émotions. Elle permet au soignant de se donner l'illusion qu'il sait ce qui est bon pour le patient.
 - **La rationalisation** consiste pour le médecin à se réfugier derrière un discours technoscientifique, hermétique et incompréhensible pour le patient.
 - **La fausse réassurance** entretient chez le patient un espoir disproportionné par rapport aux données factuelles.
 - Lors de **la fuite en avant**, le soignant surestime les capacités du patient et lui délivre les informations « à marche forcée », pour s'en débarrasser lui-même.
 - **Des mécanismes d'adaptation plus positive (coping)** peuvent aussi être mis en œuvre. Ils peuvent être développés plus ou moins spontanément, par un médecin qui a construit de telles ressources individuellement, ou de façon plus méthodique et systématique, notamment de la part de médecins qui ont bénéficié d'une formation spécifique dans ce champ. On décrit ainsi :
 - des stratégies d'adaptation centrées sur l'annonce : préparation minutieuse de l'entretien, de ses conditions, de son contenu et de son déroulement ;
 - des stratégies d'adaptation centrées sur la relation avec le patient : développement d'une relation empathique, soucieuse de maintenir en même temps une distance professionnelle appropriée ;
 - des stratégies centrées sur la gestion de ses propres émotions de la part du médecin : identification, expression, régulation, réévaluation cognitive.

3.2. Quelques principes directeurs opérationnels pour un meilleur déroulement de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

3.2.1. Réunir les conditions d'un environnement adapté

- Plusieurs conditions sont constitutives d'un climat approprié pour un entretien d'annonce :
 - pièce confortable, calme ;
 - temps imparti suffisant, sans risque d'interruption (neutraliser les téléphones, afficher un avertissement sur la porte) ;
 - présence d'un proche ou d'un tiers si le patient l'a souhaité ;
 - ne jamais faire d'annonce au téléphone, sauf circonstance exceptionnelle.

3.2.2. Construire la démarche dans la durée en associant d'autres professionnels de la santé

- L'annonce d'une « mauvaise nouvelle » n'est pas un acte de communication unique et ponctuel, dont il conviendrait de se débarrasser au plus vite. Il doit s'envisager comme un processus développé dans la durée et intégré à la prise en charge globale.
- La délivrance de l'information a souvent avantage à être progressive, adaptée aux informations disponibles et à l'appréciation qui est faite du niveau d'anticipation du patient.
- Les mécanismes de défense développés par les patients peuvent momentanément limiter leur capacité à entendre et accepter une annonce, à laquelle il conviendra donc de surseoir, en la construisant graduellement selon l'évolution des mouvements psychiques.
- Le premier entretien doit se conclure par une proposition d'un entretien complémentaire à brève voire très brève échéance, en proposant que des proches soient présents s'ils ne l'étaient pas lors du premier entretien, et par une proposition d'autres entretiens de suivi, associant d'autres professionnels de la santé, notamment un psychologue, un infirmier, un assistant de service social, tel que cela est prévu dans le cadre du dispositif d'annonce du « Plan cancer ».
- Il convient par ailleurs de partager sans délai avec le médecin traitant les orientations et le contenu de la démarche d'annonce entreprise.

3.2.3. Utiliser une stratégie de communication appropriée

Plusieurs repères permettent de conduire un entretien d'annonce d'une manière a priori plus favorable.

3.2.3.1. Créer un climat adapté

- Adopter une attitude traduisant une disponibilité.
- Exploiter judicieusement à la fois la communication verbale et non verbale.
- Mettre en œuvre une attitude d'écoute active.
- Respecter les silences et ne pas interrompre le patient.
- Reformuler les propos du patient et l'encourager à s'exprimer davantage.

3.2.3.2. Procéder à l'annonce proprement dite

- S'appuyer sur ce que le malade sait déjà.

Tout patient se forge des représentations et des explications, qu'il utilise pour tenter de comprendre et de donner un sens aux phénomènes dont il fait l'expérience dans le cadre de son problème de santé. Qu'elles résultent d'informations déjà transmises ou entendues, ou d'interprétations personnelles ou partagées avec son entourage, qu'elles soient appropriées ou erronées, c'est à partir de ces conceptions que le médecin doit construire lui-même sa démarche d'information. Pour cela, il est nécessaire de débiter par un questionnement très ouvert.

- Utiliser un vocabulaire approprié, simple, sans jargon et sans euphémisme, en s'adaptant au rythme imprimé par le patient.
- Répondre aux attentes du patient, en se donnant les moyens de les explorer par des questions ouvertes, en évitant d'aller au-delà de ce que le patient souhaite savoir à ce moment-là.
- Offrir au patient la possibilité d'échanger sur le pronostic, selon ses besoins.

3.2.3.3. Partager avec le patient le projet de prise en charge et plan de soins

- Donner les informations nécessaires sur les investigations complémentaires prévues, les possibilités thérapeutiques disponibles, les alternatives envisageables, les soins de support, les bénéfices prévisibles, les inconvénients et le pronostic.
- Proposer aux patients qui le souhaitent d'être associés à la décision.
- Ne pas réassurer abusivement mais toujours laisser la place à une espérance, en confirmant que de nombreuses ressources sont disponibles et en rassurant le patient sur le fait qu'il ne sera pas abandonné.

3.2.3.4. Terminer l'entretien

- Laisser de la place pour l'expression des émotions et manifester son empathie.
- Laisser un espace suffisant pour les questions du patient.
- Résumer le contenu de l'entrevue.
- Reformuler les grandes lignes du plan de soins ; évoquer notamment les opérations à court terme.
- Rappeler la possibilité d'un nouvel entretien à brève échéance et la disponibilité d'autres ressources (psychologue, assistant de service social, etc.).

Encadré 2 : Le cas particulier de l'annonce d'un dommage lié aux soins

Un dommage lié aux soins est la conséquence d'un événement indésirable dont l'origine peut être diverse : complication liée à la pathologie du patient, aléa thérapeutique, dysfonctionnement ou erreur. Son annonce constitue un cas particulier de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. À ce titre, tous les principes généraux énoncés précédemment sont applicables. Quelques points clés peuvent cependant être soulignés :

- **Communiquer sur des faits connus et sûrs**
 - Ancrer sa communication dans l'exactitude des faits, sans se culpabiliser
- **Reconnaître le dommage**
 - Informer le patient qu'il a subi un événement non souhaité
 - Ne pas nier le dommage ni culpabiliser le patient
- **Exprimer des regrets voire des excuses**
 - « Nous sommes désolés de ce qui vous arrive » résume par exemple l'empathie des professionnels face au dommage subi par le patient. En cas d'erreur avérée, les regrets doivent être accompagnés d'excuses ; excuses qui ne doivent ni jeter le blâme sur soi-même ou un tiers ni signifier la reconnaissance d'une responsabilité médico-légale.
- **Répondre aux besoins du patient**
 - Prodiger les soins adéquats pour atténuer les conséquences de l'événement
 - Organiser la continuité des soins

Extraits de : Annonce d'un dommage associé aux soins. Paris : Haute Autorité de Santé, 2011

EN CONCLUSION : quelques messages clés relatifs à l'annonce d'une maladie grave ou létale

- L'exigence d'annonce au patient d'un diagnostic grave ou d'un pronostic péjoratif relève de multiples considérations plus ou moins normatives (morales, déontologiques et réglementaires, cliniques). Ces différentes préoccupations sont sources de nombreux conflits de valeurs, qui font de l'annonce, une situation professionnelle à forte dimension éthique.
- L'annonce d'une mauvaise nouvelle cristallise de façon emblématique tous les enjeux et toute la complexité de la relation médecin-malade. Elle induit des mouvements psychiques profonds et des mécanismes de défense, tant chez le médecin que chez le patient.
- L'annonce d'une « mauvaise nouvelle » doit s'envisager comme un processus développé dans la durée et intégré à la prise en charge globale.
- Les conditions du premier entretien dans la cadre de l'annonce d'une mauvaise nouvelle sont déterminantes pour la qualité de la relation médecin-malade et de la prise en charge ultérieure.
- L'annonce d'une mauvaise nouvelle sollicite fortement les compétences émotionnelles du médecin. Elle ne peut pas se réduire à l'application d'une procédure communicationnelle stéréotypée. Cependant, la connaissance de certains principes et la maîtrise de certaines méthodes peut grandement faciliter la démarche.

4. La formation du patient

4.1. L'éducation thérapeutique du patient

4.1.1. Définition

- L'éducation thérapeutique du patient se compose d'un ensemble d'activités coordonnées, visant à outiller le patient en savoirs, habiletés, capacités et compétences, qui lui permettent d'anticiper et de résoudre certains problèmes liés à sa santé, en lien avec son entourage, de manière à minimiser sa dépendance à l'égard de la maladie et des soignants, et de réaliser ses objectifs personnels.
- **L'éducation thérapeutique du patient se distingue ainsi, respectivement :**
 - de la démarche d'information du patient sur sa maladie, quelle que soit la qualité du processus et des modalités de la délivrance de cette information. L'exigence d'information du patient est par ailleurs nécessaire, au regard à la fois de dispositions réglementaires et déontologiques, et de préoccupations éthiques. Elle est le préalable à la possibilité que le patient exerce son consentement aux décisions d'investigation et de traitement qui lui sont proposées ;
 - de la démarche d'éducation pour la santé. L'éducation pour la santé est un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé, valorisant leur autonomie et leur responsabilité. C'est une démarche générale, indépendante de l'identification chez le patient d'une maladie donnée, qui s'inscrit dans le cadre plus large de la promotion de la santé, telle que l'énonce la Charte d'Ottawa.
- Cependant, les trois niveaux respectifs d'information, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique du patient s'inscrivent dans un continuum. Les uns et les autres ne visent pas seulement à réduire la prévalence des comportements à risque et à favoriser des conduites normatives ; ils visent fondamentalement à créer les conditions de l'émergence d'un sujet autonome et responsable, en interaction avec son environnement social et physique, dans une perspective d'émancipation de la personne et de démocratie sanitaire.

4.1.2. Fondements et finalités

- L'éducation thérapeutique du patient s'est développée historiquement en lien avec deux orientations générales différentes, respectivement ancrées sur deux des 4 principes de la perspective principiste (ou principliste) de l'éthique clinique (qui énonce quatre principes : la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice) :
 - au regard du principe de bienfaisance, il s'agissait d'améliorer l'efficacité et la sécurité du traitement des maladies chroniques les plus menaçantes (diabète, asthme), et de faciliter ainsi la vie des patients qui en étaient atteints ;
 - au regard du principe d'autonomie, il s'agissait de prendre position de manière forte, en faveur de la légitimité du patient à intervenir lui-même sur le cours de sa maladie, de diverses manières, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique.
- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reprend en les englobant les finalités liées à ces deux principes, en énonçant que l'éducation thérapeutique du patient :
 - est un processus intégré de façon permanente aux soins et à la prise en charge du patient ;
 - comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie ;
 - a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, et à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

4.1.3. Justification médico-scientifique

- L'éducation thérapeutique s'est développée du fait de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de l'augmentation considérable, sous certaines conditions, de l'espérance de vie avec une maladie chronique.
- Grâce aux progrès thérapeutiques, de nombreuses maladies aiguës ou subaiguës, d'évolution autrefois péjorative à court ou moyen terme, sont aujourd'hui devenues des maladies chroniques. C'est le cas, par exemple, de nombreuses maladies cardio-vasculaires, de nombreux cancers et de l'infection par le VIH entre autres.
- L'augmentation de l'espérance de vie est la conséquence de multiples effets de la prise en charge, qui concourent à la réduction de l'intensité ou de la fréquence des symptômes, et à la diminution de l'incidence des complications. Globalement, les bénéfices observés s'apprécient à la fois au niveau individuel (amélioration de la qualité de vie des patients) et au niveau collectif (réduction du coût de prise en charge des problèmes de santé).
- Cependant, ces bénéfices ne sont observés, le plus souvent :
 - qu'au prix d'interventions thérapeutiques combinées (associant des interventions médicamenteuses et non médicamenteuses) ;
 - impliquant simultanément des modifications en profondeur des modes de vie des patients (habitudes alimentaires, activités physiques, consommation de substances toxiques et addictives – notamment d'alcool et de tabac, environnements liés au travail ou aux loisirs, etc.) ;
 - poursuivies au long cours (le plus souvent « à vie »).
- De tels programmes de soins sont particulièrement vulnérables et leur pérennité peut être menacée, en raison de facteurs liés au patient, au médecin, à la maladie ou à ses traitements. Ces facteurs peuvent compromettre ce que l'on désigne sous la notion réductrice d'observance.
- Il est maintenant établi que le fait d'inscrire l'ensemble des interventions thérapeutiques dans une démarche éducative au cours d'une maladie chronique a un impact positif à l'égard des bénéfices visés. C'est notamment le cas lorsque l'on crée les conditions d'une concordance et d'une alliance thérapeutiques, plutôt que d'une observance (cf. section 4.2. « Les notions d'observance, de concordance et d'alliance en thérapeutique »).
- De nombreux impacts font actuellement l'objet d'études de recherche évaluatives. L'efficacité de l'éducation thérapeutique du patient en tant que stratégie intégrée à la prise en charge générale du patient est très largement documentée. Historiquement, les premières démonstrations ont été apportées dans le cadre du diabète et de l'asthme :
 - au cours du diabète de type 1, l'éducation thérapeutique du patient a un impact significatif et durable sur le contrôle métabolique (mesuré par exemple par la détermination du taux d'hémoglobine glyquée) et sur l'incidence et la gravité des complications ;
 - au cours de l'asthme, l'éducation thérapeutique du patient diminue la fréquence des épisodes d'asthme nocturne, ainsi que l'absentéisme professionnel et scolaire ;
 - d'une façon générale, l'éducation thérapeutique du patient permet la réduction du nombre d'hospitalisations, de séjours aux urgences et des visites médicales non programmées.

4.1.4. Cadre conceptuel éducatif

- En tant que champ de pratique et domaine scientifique, l'éducation thérapeutique du patient est un courant récent, en évolution, qui puise ses fondements à la fois dans la médecine, les sciences de l'éducation appliquées à la pédagogie de la santé, et les diverses sciences humaines et sociales, notamment la psychologie, la sociologie et l'anthropologie.
- Sur un plan plus spécifiquement éducatif, elle conduit à examiner la perspective du patient apprenant (comment apprend-il ?) et, corollairement, celle du soignant enseignant et formateur (comment peut-on aider le patient à apprendre ?). Plusieurs modèles pédagogiques influencent les pratiques en éducation thérapeutique.

4.1.4.1. Différents modèles pédagogiques

4.1.4.1.1. Le modèle « transmissif »

- **Dans le modèle transmissif :**
 - les soignants formateurs sont considérés comme détenteurs de savoirs que le patient ne possède pas ;
 - on postule qu'il suffit d'exposer ces savoirs au patient (sous forme de cours, de vidéos, de documents, etc.), en y associant des explications, des argumentations et des démonstrations, pour que celui-ci puisse se les approprier par un travail de mémorisation (le plus souvent par répétition).
- **Les dispositifs pédagogiques transmissifs** sont les moins contraignants et les plus faciles à mettre en œuvre. Ils sont cependant sources de multiples incompréhensions chez les patients, parce que les soignants et les patients partagent rarement le même cadre de référence et le même vocabulaire, qu'ils ne se posent pas les mêmes questions et qu'ils ne raisonnent pas de la même manière au sujet des problèmes de santé, notamment parce que les projets, objectifs et attentes du patient ne sont pas ceux que le médecin lui prête.

4.1.4.1.2. Le modèle behavioriste (ou comportementaliste)

- **Dans le modèle behavioriste :**
 - on postule que l'apprentissage est observable par le changement de comportement qu'il implique et on considère que la motivation à apprendre est surtout extrinsèque (système de récompenses et de « punitions ») ;
 - de ce fait, les soignants formateurs jouent un rôle central, avec de fréquentes interventions de conditionnement des comportements attendus chez les patients, à l'aide de renforcements positifs ou négatifs ;
 - les savoirs complexes sont décomposés en savoirs élémentaires, qui sont exposés méthodiquement de façon morcelée, et les objectifs à atteindre sont progressifs ;
 - les patients apprenants ont un rôle globalement passif. On leur propose essentiellement des exercices d'application, suivis de corrections des erreurs.
- **Les dispositifs pédagogiques d'inspiration behavioriste** sont surtout efficaces pour l'apprentissage de gestes techniques (mesure de la glycémie, injection d'insuline, etc.) ou de procédures, à condition que les patients évoluent dans des contextes relativement stables, stéréotypés ou peu complexes. Dans le cas contraire, ils se révèlent assez souvent en échec car les apprentissages qui relèvent surtout du conditionnement sont assez peu adaptables.

4.1.4.1.3. Le modèle cognitiviste et socio-constructiviste

- **Ce modèle résulte de la convergence de la psychologie cognitive, de la psychologie du développement et de la perspective sociale de l'apprentissage. Dans le modèle cognitiviste et socio-constructiviste :**
 - l'apprentissage est considéré comme une activité de traitement de l'information, qui fait appel aux différentes fonctions de la mémoire ;
 - on postule que les savoirs ne peuvent pas être transmis aux patients mais que chacun d'entre eux construit ses connaissances à partir de ce qu'il sait déjà (ses connaissances antérieures ; cf. encadré) ;
 - on considère qu'apprendre consiste à faire des liens entre de nouvelles informations et ses connaissances antérieures, dans une démarche de construction de sens ;
 - on met l'accent sur le rôle essentiel du contexte (social et émotionnel) dans l'apprentissage ;
 - on insiste sur les interactions sociales dans l'apprentissage, en raison des processus d'entraide qu'elles permettent (coopération) et du rôle qu'elles ont pour aider le patient à comprendre qu'il existe d'autres manières de comprendre son problème de santé (conflit socio-cognitif), ce qui facilite l'évolution de ses connaissances et conceptions antérieures ;
 - de ce fait, les soignants formateurs organisent des environnements éducatifs porteurs de sens, qui prennent en compte les préoccupations de vie des patients ; ils favorisent à certains moments le travail de groupe, notamment pour des activités d'exploration et de résolution de problèmes.
- **Les dispositifs de type cognitiviste et socio-constructiviste** sont plus exigeants et plus complexes à mettre en œuvre mais ils favorisent davantage la motivation des patients. Ils sont à privilégier lorsque l'on vise de réelles compétences et pas seulement des habiletés.

Médecine interne

3^e édition actualisée

UE 1 - UE 3 -
UE 6 - UE 7 - UE 8

- L'ouvrage officiel réalisé par le Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI) sous l'égide de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI) pour les étudiants du DFASM.
- Conçu et rédigé par près de 100 enseignants de Médecine interne.
- Tout le programme de la spécialité à connaître pour l'iECN et les modules du DFASM, item par item.
- Pour chaque item, un rappel des objectifs pédagogiques nationaux, des tableaux, des encadrés, les mots clés, une iconographie abondante pour faciliter l'apprentissage et les révisions.
- Les références bibliographiques et les dernières recommandations.
- Une fiche Points clés par dossier pour retenir l'essentiel.
- ✚ **Un autre ouvrage dédié à l'entraînement, également rédigé par le CEMI dans la même collection, permettra de se préparer de façon optimale à l'iECN : dossiers progressifs, questions isolées, dossiers LCA.**

Un livre indispensable pour mettre toutes les chances de votre côté.

Cette édition concerne les étudiants de 6^e, 5^e et 4^e année à la rentrée universitaire 2019-2020 qui passeront respectivement l'ECN en 2020, 2021 et 2022.

Pour les étudiants concernés par la réforme du 2^e cycle (R2C), une nouvelle édition adaptée sera proposée.

39 € TTC

ISBN : 978-2-84678-251-7



MED-LINE
Editions

www.med-line.fr

