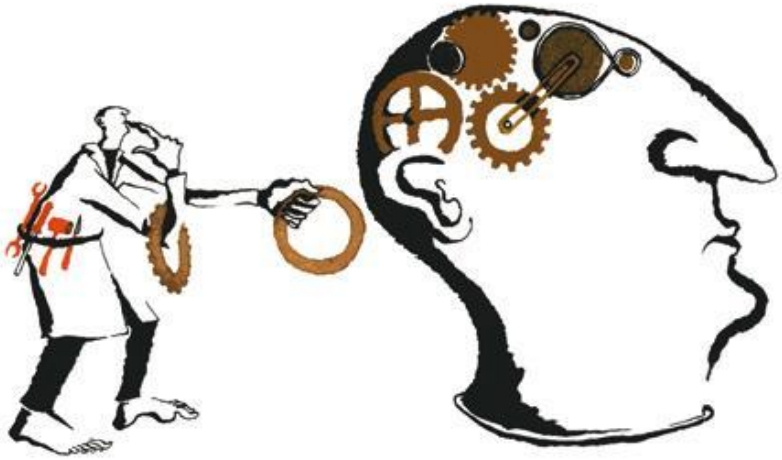
RSCA-Mémoires
de
DES



Pr J.HELENE-PELAGE
2014

Mémoire de DES ?

- Indispensable pour obtenir le DES
- Travail de recherche dans la discipline
  - Qui concerne les soins primaires
  - Qui produit des connaissances nouvelles
  - Qui témoigne de l'acquisition de la démarche scientifique
  - Qui met en lumière les compétences acquises

Introduction

- Plusieurs choix se présentent à vous lors de votre soutenance de mémoire pour la validation de Médecine générale avec un dénominateur commun , problématiques en rapport avec la médecine générale
  - RSCA
  - Mémoire classique avec une organisation IMRAD
  - Un article soumis avec récépissé

Finalités

- Votre travail met en lumière les compétences acquises ou déjà présentent lors de votre récit au cours d'un RSCA pour votre futur métier
- On distingue 2 formes de RSCA:
  - RSCA pur
  - RSCA introduisant une enquête

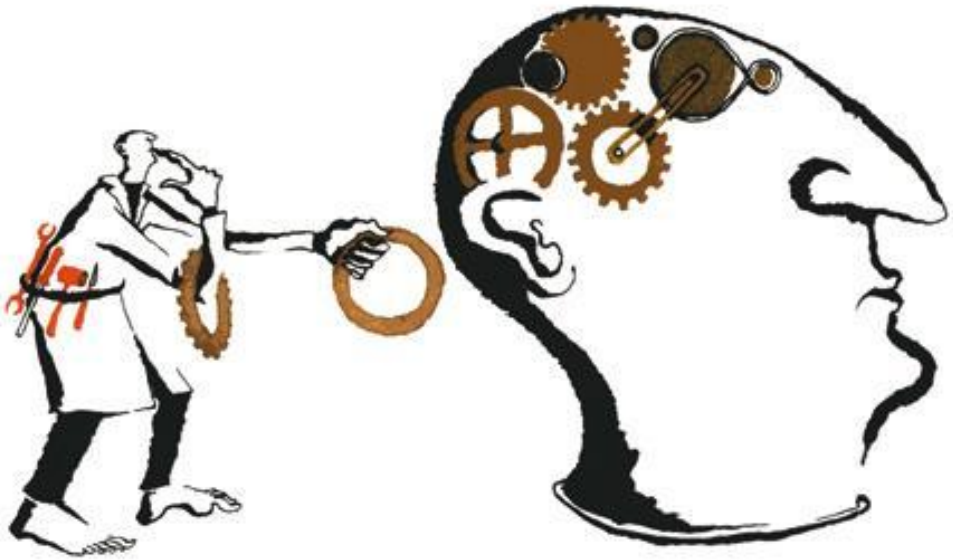
Les grandes fonctions

- Le premier recours
- La continuité
- La coordination synthèse
- La prise en charge globale
- L’action de santé communautaire

Les compétences

- Pour assurer les fonctions de la médecine générale, le médecin généraliste doit acquérir et mettre en œuvre des compétences spécifiques et transversales.
- Ses compétences lui permettent d'assurer les rôles et tâches qui lui incombent face aux situations auxquelles il est confronté.

C. ATTALI,
P. BAIL,
groupe niveaux
de compétences
du CNGE



Récit d’une situation complexe authentique

RSCA

Le RSCA

- A partir de l'analyse d'une situation clinique
- Analyse d'une situation professionnelle et mise en œuvre d' objectifs d'apprentissage
  - Prendre conscience des compétences à acquérir pour gérer les situations professionnelles
  - Améliorer votre raisonnement clinique et vos stratégies de prise en charge

OBJECTIFS

- Décrire la gestion d’une situation professionnelle complexe
- Analyser les problématiques posées par la situation et sa prise en charge
- Déterminer les objectifs d’apprentissage
- Faire la synthèse des actions entreprises et de la progression de l’apprentissage

RSCA : Qu’est ce que c’est ?

Récit : description précise de la gestion d’une situation professionnelle vécue

- les données
- les problèmes identifiés
- les prises de décisions
- les actions entreprises
- les résultats obtenus

Existe-t-il un plan pour le RSCA?

- Faut-il suivre un plan ?
- Pas de plan imposé
- Mais structurer votre présentation afin que le lecteur puisse identifier sans difficultés les différentes parties
  - Récit
  - Analyse
  - Recherche documentaire
  - Objectifs d’apprentissage
  - Traces de formation et retombées pour la pratique future

Plan du RSCA

- La forme est libre
  - Structuré permettant de suivre la démarche de résolutions des problèmes
  - Déstructuré se focalisant sur les séquences marquantes de la situation
  - Exposé doit s'attacher aux faits mais aussi au ressenti du narrateur

Comment choisir le récit ?

- Toute situation, même ponctuelle, est potentiellement exploitable du moment qu'elle comporte suffisamment de données dans des champs variés : biomédical, social, psychologique, éthique, relationnel, juridique...

PAS à PAS

- La description chronologique des faits est une bonne façon de procéder
- Pour bien rendre compte des liens entre les paroles et les réactions des personnes en cause
- Les informations recherchées mais non disponibles sont également à mentionner car
- elles rendent compte de la démarche entreprise par le médecin.

Situation

Situation

- Situation de pratique professionnelle préférentiellement ambulatoire
- Caractère exemplaire
- Appartient au champ de la médecine générale
- Elle n’est pas exceptionnelle
- Elle illustre bien une ou plusieurs fonctions du métier de médecin généraliste
- Contexte : maitrise de stage ,consultation , visite , stage hospitalier

Complexe

Récit complexe ?

- Il ne faut pas confondre compliqué et complexe
- Il faut l'avoir gérée soi-même et de façon la plus autonome possible car c'est dans l'action que l'on se confronte à toutes les tâches à effectuer
- Une situation qui permet d'aborder des compétences essentielles pour la pratique est à privilégier.

Situation complexe

- Abord de problématiques dans plusieurs domaines :
  - Administratif
  - Biomédical
  - Psycho-relationnel
  - Social
  - Éthique
  - Réglementaire
- Indices ne sont pas immédiatement disponibles ,analyse par étapes , les solutions ne sont pas univoques

Complexité

- Nombreuses données
- Indices ne sont pas d'emblée disponibles , nécessitant une exploration minutieuse
- Caractère pluridimensionnel
- Plusieurs pistes stratégiques de résolution de problèmes parfois difficile de les hiérarchiser
- Les solutions ne sont pas univoques
- Prise de décision se font en situation d'incertitude

Authentique

Situation réelle

- Situation vécue par l'étudiant
- Acteur de la situation
- Authenticité repose sur 2 éléments :
  - Situation vécue , non inventée ou édulcorée
  - Situation restituée par le narrateur en étant émotionnellement le plus subjectif possible tout en étant factuellement objectif possible

Le récit

Le récit

- Le récit est une histoire à rapporter, avec toutes les données disponibles pour que le lecteur puisse avoir une idée la plus précise possible de la « scène »,
- Comment la situation s'est déroulée et a été vécue par les différents acteurs.
- Les données à rapporter sont :
  - le contexte,
  - le discours,
  - les émotions,
  - les attitudes des personnes impliquées dans la situation (médecin, patient, entourage ...)
  - sans oublier vos propres pensées dans l'action.

Incontournables

- Les « incontournables » doivent figurer dans le récit
- Tous les indices perçus afin de permettre une analyse des problèmes
  - Éléments sémiologiques
  - Éléments biographiques du patient : histoire environnement familial, social et culturel
- Reflet cognitif et émotionnel chez l'étudiant des information recueillies

Récit

- Narratif, utilisation du pronom personnel « je »
- Description explicite de l’aspect physique , des attitudes, du contexte.Ton verbal avec citations des paroles échangées,évocation du ressenti de l’interne
- Description des éléments de négociation

Récit
≠
Observation clinique

- Une observation médicale est déjà une synthèse où un tri est effectué.
- Certaines données recueillies par l'observation du patient, l'entretien, ne sont pas retenues car considérées comme non contributives au diagnostic médical immédiat,
- alors que secondairement on peut s'apercevoir de leur intérêt

Conseils

- Le récit est le socle du travail demandé ; plus cette base est solide plus votre travail sera potentiellement riche.
- Pour travailler une situation en profondeur, en faire l'analyse la plus complète, il faut au préalable avoir le moins de préjugés possible, recueillir le maximum de faits.

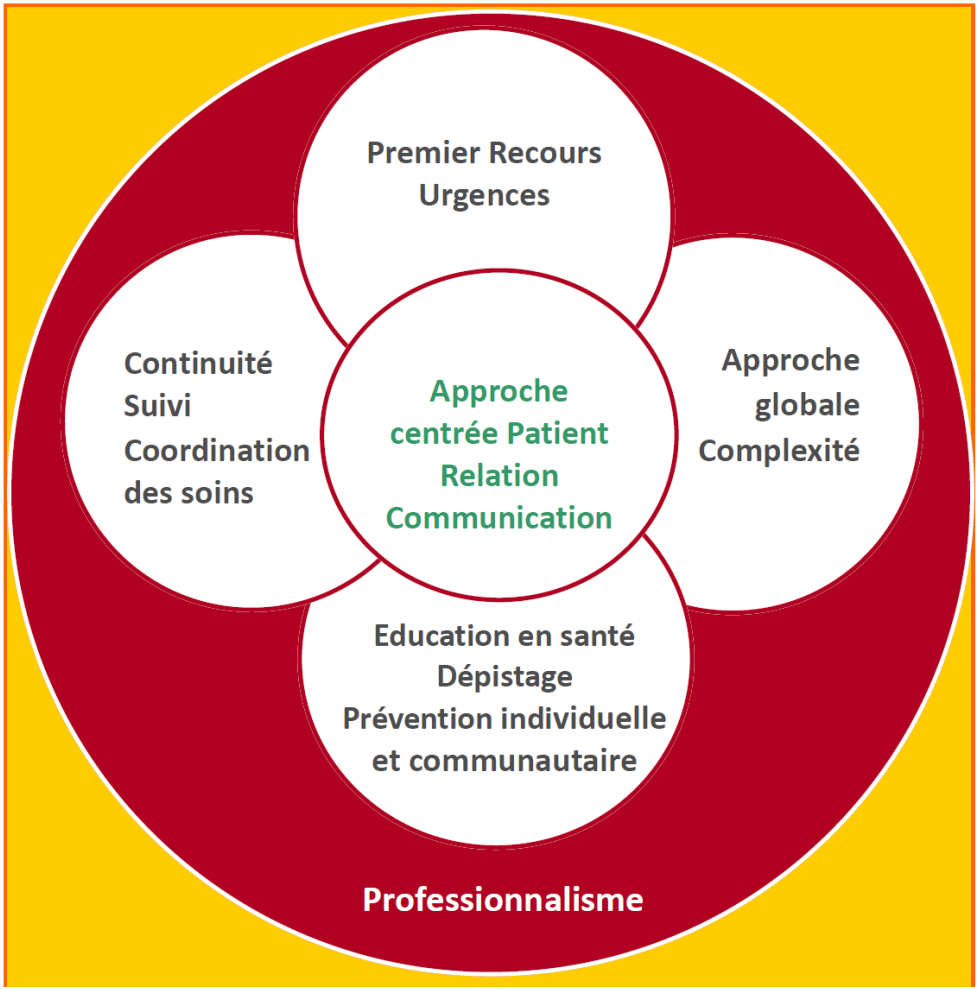
Apprentissages

Objectifs d’apprentissage

- Comment trouver les « bons » objectifs d’apprentissage ?
- Les objectifs d’apprentissage sont-ils à identifier avant ou après la recherche documentaire ?

Pistes

- Les objectifs sont ceux qui ont été mis en œuvre pour gérer au mieux la situation
- Afin de les identifier il faut se reporter aux niveaux de compétences du Médecin Généraliste (la marguerite)



Recherche documentaire

Recherches documentaires

- Comment rédiger ? Que doit-il figurer dans cette rubrique ?
- Faut-il faire un résumé de la bibliographie ou juste la mentionner ?
- Comment juger du niveau de preuves obtenues ?

Ressources

- Recherches documentaires avec résumé apportant des réponses claires aux questions posées .
- Références citées selon les recommandations en vigueur avec leur niveau de preuve
- Bibliographie (Vancouver)

Synthèse

Travail réflexif

- A distance de l’action
- Travail permettant d’argumenter le pourquoi et d’expliciter le comment il s’y est pris pour maitriser (ou non) les différents temps de cette situation
- Compétences professionnelles acquises (mise en action)
- Compétences à acquérir ou à perfectionner
- Les manques sur les connaissances théoriques

Résumé de la démarche

Cette synthèse doit permettre :

- D’identifier les solutions aux problématiques posées
- De comparer les connaissances antérieures à celles récemment acquises
- De comparer les solutions proposées aux solutions mises en œuvre dans des situations comparables

Les problématiques identifiées sont – elles intéressantes ?

- Comment identifier les problèmes ? Sur quels points insister ?
- Comment être sûr d'identifier les « bonnes questions » ?
- Comment « voir » des problèmes que l'on ne peut identifier du fait de notre manque d'expérience en médecine générale ?

Nous

- Chacun de nous ne peut se représenter une situation que de son point de vue lié à son histoire personnelle, son contexte de vie, ses représentations personnelles et professionnelles. Ce point de vue est une approche fragmentaire de la situation, il permet d'élaborer des réponses aux problèmes à résoudre sur le moment. La réflexion sur l'action et le point de vue d'un autre complète l'analyse.

Pistes

- Repérer les points marquants de la situation dans les différents champs pour amener les questions et les problèmes à résoudre
- Problématiques dans le champ bio-médical, l'intérêt du patient , bénéfices risques des interventions , projection dans la continuité et la coordination des soins

Pistes

- Libeller toutes les questions et problèmes qui apparaissent
- Discuter avec d’autres soignants ou référents (internes , seniors , maitres de stage etc.) qui peuvent apporter un point de vue , des commentaires et soulever des questions

Traces de formation

- Cette synthèse doit permettre :
- d’identifier les solutions aux problématiques posées.
- de comparer les connaissances antérieures à celles récemment acquises,
- de comparer les solutions proposées aux solutions mises en œuvre,
- de prévoir la mise en œuvre des éléments nouveaux dans des situations comparables.

Un outil

RECUEIL EN PRATIQUE

Plan de recueil

- Commentaires et réflexions sur cette situation clinique :
- Quels sont les principaux problèmes que pose cette situation clinique ?
- Quels sont les objectifs d'étude ou d'apprentissage que vous vous fixez pour développer vos compétences face à ce type de problème de santé ?

Plan de recueil

- Quelles ressources documentaires avez-vous recherchées pour répondre à vos questions ?

.

- Analyse critique sur le matériel documentaire et les ressources diverses que vous avez recherchés (note, synthèse)

- Pouvez-vous décrire les apprentissages que vous avez développés à la suite de vos recherches et comment les avez-vous développés ?

.
.

LE MÉMOIRE

Plan pour le mémoire
(et de tout article scientifique)

- I = Introduction
- M = Méthode
- R = Résultats
- A = And
- D = Discussion

L'introduction

- Ce que l'on sait sur le thème (le pourquoi)
- Ce que l'on ne sait pas (le pour quoi)
- Ce qui a amené à se poser la question
- L’hypothèse
- La question

Méthode

- Qu'observe-t-on ?
- Comment observe-t-on ?
- Y-a-t-il une intervention ? Laquelle ?
- Critère d'évaluation principal et critères secondaires
- Comment traite-t-on les données (statistiques) ?
- Comment s’est-on documenté ?
- Écrire le chapitre méthode avant de faire le recueil de données et le modifier si nécessaire après.
- Nombre de sujets nécessaire.

Méthode

- Bien détailler le plan d’analyse des données
- Demander de l'aide pour le traitement statistique
- Tester le questionnaire
- Tester le recueil de données

- A chaque étape procéder aux modifications nécessaire

Incontournables (DMG Strasbourg)

ENQUÊTES PAR QUESTIONNAIRES

Check-list protocole

- Mode de distribution du questionnaire est le plus adapté à l'enquête
- Un nombre de relance est prévu
- Le questionnaire prévu utilise des éléments de questionnaires déjà utilisés et validés
- Questionnaire a été testé sur un nombre suffisant et représentatif de participants

Check-list lettre d’accompagnement

- La formulation de la lettre est adaptée et les formules de politesse sont présentes
- Les coordonnées de l’enquêteur sont précisées
- Le temps de passation est précisé
- Le nombre de questions annoncé
- L’anonymat des réponses est précisé
- Un retour sur les résultats de l’étude est envisagé pour les participants .Les modalités en sont précisées

Check-list questionnaire

- Ergonomie du questionnaire
  - Forme des questions
  - Forme des réponses

Ergonomie du questionnaire

- Les questions sont toutes numérotées
- L'objectif de l'enquête est rappelé sur le questionnaire
- Les premières questions sont simples et accrocheuses
- Questionnaire organisé par blocs logiques, du général au particulier
- Il existe des questions de transition entre les blocs
- L'ordre des blocs peut être justifié par l'enquêteur
- Les questions ne débordent pas sur la page suivante

Forme des questions

- Chaque question correspond à une idée unique
- Questions formulées de façons précises et concises
- Termes utilisés dans le questionnaire ont été adaptés à la population de l'enquête
- Formulation des questions sont neutres
- Utilisation d' éventuelles questions ouvertes répond aux objectifs de l'enquête

Forme des réponses

- Le type de réponse est adapté à la question de recherche (ouverte/fermée, dichotomique/ choix multiple)
- Le choix du support est adapté aux critères mesurés
- Le nombre d'items est adapté à l'objectif

Méthode

- Demander de l'aide pour le traitement statistique

- Après le recueil des données

  …. C’est trop tard

  …. Il ne pourra plus rien pour vous

Commencer à écrire le mémoire

- Un premier jet de l'introduction et de la méthode devrait être rédigé avant le recueil des données

Résultats

- **Rien que des résultats** :
  - des faits, pas d'opinion
  - Pas d'interprétation dans ce chapitre
- Résultat exprimé une seule fois
  - sous forme de
  - texte, de tableau, ou de figure
- Les tableaux ou figures
  - doivent être titrés et
  - compréhensibles sans le texte
- Les tableaux sont numérotés
  - en chiffres arabes et
  - appelés dans le texte
- Tous les résultats **doivent être donnés**
- Certains peuvent être mis en annexes

Discussion

- Partie la plus délicate, qui reflète le mieux la qualité du travail
- Résultat(s) principal(aux) et intérêt (réponse à la question)
- Forces et faiblesses du travail
- Comparaison avec les travaux d'autres auteurs
- Hypothèses pour expliquer vos résultats
- Propositions pour l’avenir
- **Ne pas répéter ni résumer les résultats**

- **Titre**

  - Choisi en dernier, après avoir écrit le mémoire
  - Annonce avec concision le contenu du mémoire

- **Résumé sur 4ème de couverture (300 mots max)**

- - Informatif et structuré
    - But de l'étude
    - Protocole : lieu de l'étude, population, intervention
    - Critère de jugement principal
    - Résultat principal
    - Conclusion : on peut y poser des questions, qui seront peut être des sujets de thèse

L'écriture

- En français, sans faute d'orthographe, phrases courtes
- Précis et rigoureux (bannir "environ"…)
- L'idée principale de la phrase contenue dans ses premiers mots
- L'idée principale du paragraphe contenue dans sa première phrase
- Toujours utiliser le même mot pour désigner la même chose
- Supprimez le " **bois mort** " tel que : en effet, par contre, en revanche….
- Pas de phrase **sans verbe**
- Pas de **double négation**
- Faites relire votre mémoire par plusieurs personnes, des non-médecins le directeur de mémoire et le méthodologiste

L'écriture

- A quel personne écrire le mémoire ?

  si le travail est bien fait, il est le fruit d'une équipe, composée d'au moins l’étudiant et son directeur de mémoire il faut donc un **NOUS**, qui n'a rien d'un **NOUS** emphatique, mais qui désigne l'équipe.

  Le **JE** sera employé pour une opinion ou une stratégie de l’étudiant qui lui est propre, et qui n'est pas consensuelle avec le reste de l'équipe

Références bibliographiques

- Décrivez, dans la méthode, comment vous vous êtes documentés
- Ne citez que les articles lus et utiles à votre travail
- Toute référence bibliographique doit être appelée dans le texte ou les tableaux
- Les articles doivent être accessibles
- Respecter les règles internationales d'écriture des références
- Vérifier avec le directeur de mémoire ,la qualité des références bibliographiques retenues, Règles de libellé d'une références issue d'une revue

Références bibliographiques

Auteur(s), titre, revue, année, tome souligné, pages extrêmes

- Durant A, Dupont D, Martin C, Dubois F. - Le syndrome de colite aigüe. - Gastroenterol clin biol 1983; 5 : 10-20

Les abréviations des revues sont celles de l'Index Medicus (sinon mettre le titre en entier)

Si l'on cite un site Internet, préciser la date de dernière mise à jour du site et de la dernière connexion de l'étudiant (vérifier tous les sites avant impression).

EXERCICES

Université des Antilles et de la Guyane

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

DENI DE GROSSESSE

MEMOIRE

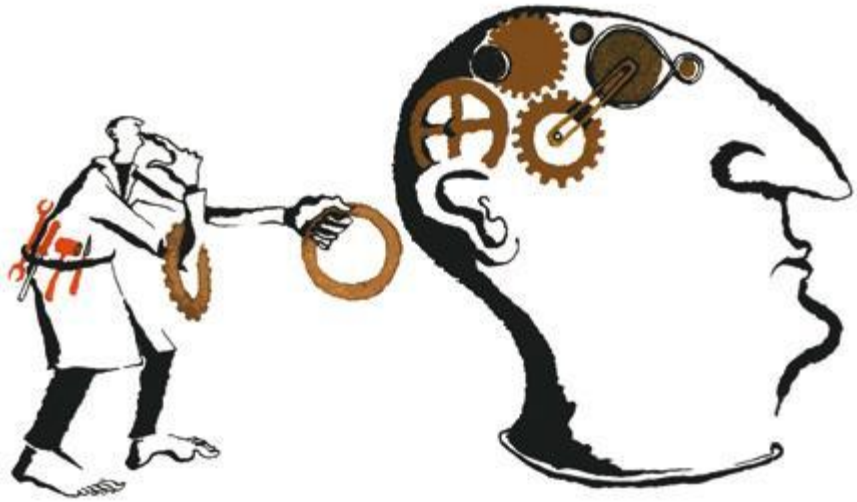
EN VUE DE L'OBTENTION DU
DES DE MEDECINE GENERALE

Mme BUTORI Jennifer

Octobre 2013

CAS CLINIQUE: Mlle C

- Jeune et étudiante
- Famille opposante
- Retard au diagnostic
- Examen clinique: signes extérieures de grossesse
- Parfaite ignorance de la patiente…
- Comment réagir lors de l’examen?
- Déni du patient
- Une seule solution possible..



LES PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES ?

Problématisation et objectifs de l'étude

- Pertinence des questions formulées
- Adéquation des questions avec les tâches et fonctions de la MG
- Précision de la définition des objectifs d'étude
- Adéquation des objectifs d'étude avec les problèmes posés

PROBLEMATIQUES

- Suivi médical des adolescents et jeunes adultes: période de transformations, relation fragile
- Annonce de la grossesse lors d’un déni: verbalisation de la pathologie, information claire, loyale, et appropriée
- Information sur la contraception: modes, techniques d’utilisation, observance..
- Contexte social et familial

DENI DE GROSSESSE

- Non reconnaissance d’une grossesse au delà du premier trimestre.
- Prévalence: 2 à 3 cas pour 1000 naissances
- « Situation psychologique »
- Pas de profil psychologique « type »

PRISE EN CHARGE ET RECOMMANDATIONS

- Rôle du médecin généraliste: modeste mais important
- Aborder l'état psychique de l'adolescent: test TSTS-CAFARD
- Prescription d'une contraception et éducation
- IVG stable en France à un niveau élevé
- Délais légaux
- Annonce d'un diagnostic difficile en médecine générale

EN MEDECINE GENERALE…

- Premier contact
- Prise en charge globale
- Coordination et continuité des soins
- Acteur de santé publique

CONCLUSION

- Guider et conseiller
- Adapter l’information au patient
- Situation particulière du patient adolescent
- Choix de la contraception et éducation

En particulier dans ce cas clinique:

- Difficulté de l’annonce
- Faire face au déni
- Ne pas rompre le lien
- Mes erreurs…

Université des Antilles et de la Guyane

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

Juste un petit bilan , Docteur !

Prise en charge d'un patient migrant en situation de précarité au cabinet

MEMOIRE

EN VUE DE L'OBTENTION DU
DES DE MEDECINE GENERALE

Mme GUERRY Natacha

Octobre 2013

Monsieur P.

- Situation : 54 ans, agriculteur, marié, 2 enfants
- Accompagné d’un parent
- Motif de consultation : bilan
- Anamnèse : Patient mutique
- Examen clinique : AVC probable
- Prise en charge ambulatoire
- Diagnostic final : Etat lacunaire

Une situation complexe

- Limites de la prise en charge

- Exigences professionnelles
  - Obligations de moyens… sous contraintes
  - Temps à consacrer au patient

- Précarité

Axes de recherche

- Démence *d'origine vasculaire* (Etude Syst-Eur)

- Migrant en médecine de ville (thèse de A. Matthieu)

- Patient en situation de précarité et de vulnérabilité (Loi n 98-657 d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions)

Analyse

- Une meilleure prise en charge ?
  - **Hospitalisation d'emblée ?**
  - Urgence hypertensive ?
- Retour d'expérience et bonne [illegible] :
  - Nécessité d'une prévention efficace
  - Emergence d'inégalités : populations étrangères et françaises
  - Approche globale : prise en charge médico-psycho-sociale

Conclusion

- « Mieux soigner à moindre coût »
- Investissement personnel : médecine humaniste

PRESENTATION ORALE

Université des Antilles et de la Guyane

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

Prise en charge d'un épisode dépressif au cabinet de médecine générale : à propos d'un cas

MEMOIRE

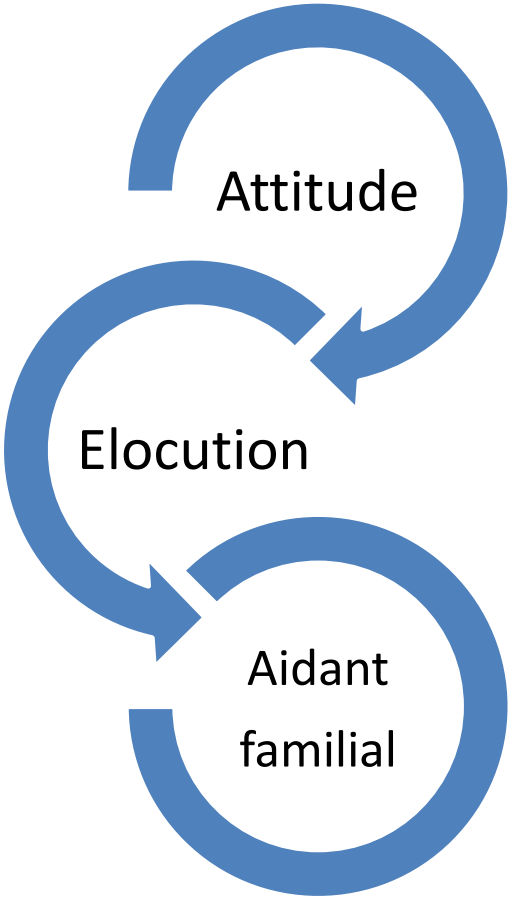
EN VUE DE L'OBTENTION DU
DES DE MEDECINE GENERALE

Mme MARTINES Isabelle

Octobre 2013

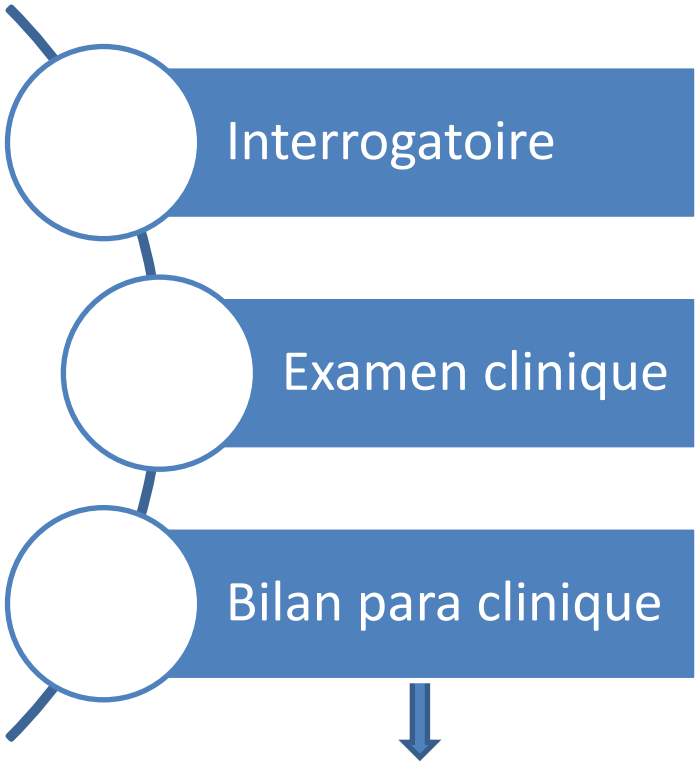
Le récit – Prise de contact

- Mme J, 35ans
- Peu d'antécédents
- Mère au foyer



Rupture avec l'état antérieur

Le récit - Démarche diagnostique



Absence de diagnostic somatique

Débriefing avec le maitre de stage

↓

Explorer les diagnostics psychiatriques

↓

Critères CIM-10

↓

Episode dépressif caractérisé d'intensité modérée

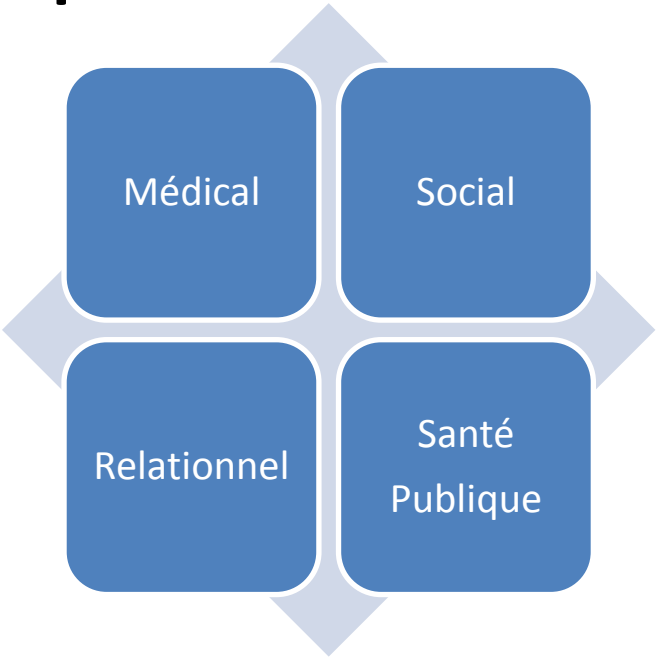
Le récit - Prise en charge spécifique

- L'écoute
- L'information
- Recherche du risque suicidaire
- Mise en place du traitement
  - Augmentation progressive posologie
  - Surveillance
    - Tolérance
    - Efficacité

Suivi hebdomadaire, puis mensuel.

Problèmes posés

- Différents aspects:



- Donnant lieu à réflexion sur:
  - L'épidémiologie
  - Les répercussions en santé publique
  - Le diagnostic
  - La problématique du suicide
  - La prise en charge thérapeutique

Epidémiologie & Santé publique

- Prévalence annuelle EDM 10%

- Prévalence vie entière
  - + de 10%
  - + de 20%

- Généraliste: premier recours 50-60% cas

- Santé publique:

Arrêt de travail et Mortalité

Diagnostic

- Définition: CIM-10, DSM V
- Dépistage: HAS, MADRS
- Diagnostics différentiels
  - Somatiques
  - Iatrogènes
  - Psychiatriques (questionnaire de Angst)
- Intensité de l'épisode: léger, modéré, sévère

La problématique du suicide

- Incidence 6% (15% dépression sévère)

Le risque suicidaire doit être apprécié à chaque consultation.

- Contexte suicidaire
- Signes de vulnérabilité
- Modification du comportement

- Evaluation du degré d'urgence:

→ Prise en charge adaptée

Traitement

Relation médecin patient

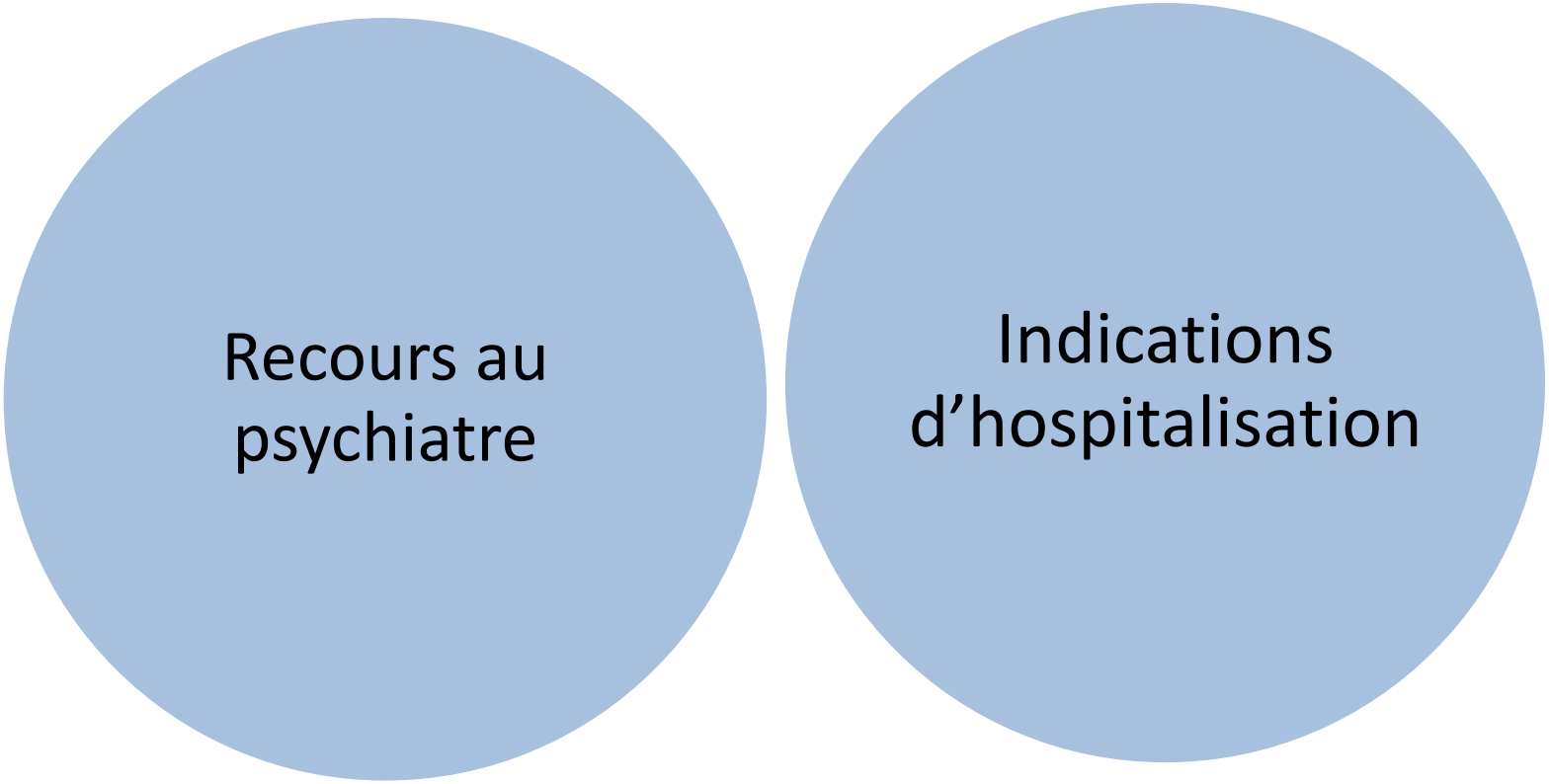
- Stratégie thérapeutique

Intensité	Thérapeutique
LEGER	Psychothérapie +- antidépresseurs
MODERE	Antidépresseurs+- psychothérapie
SEVERE	

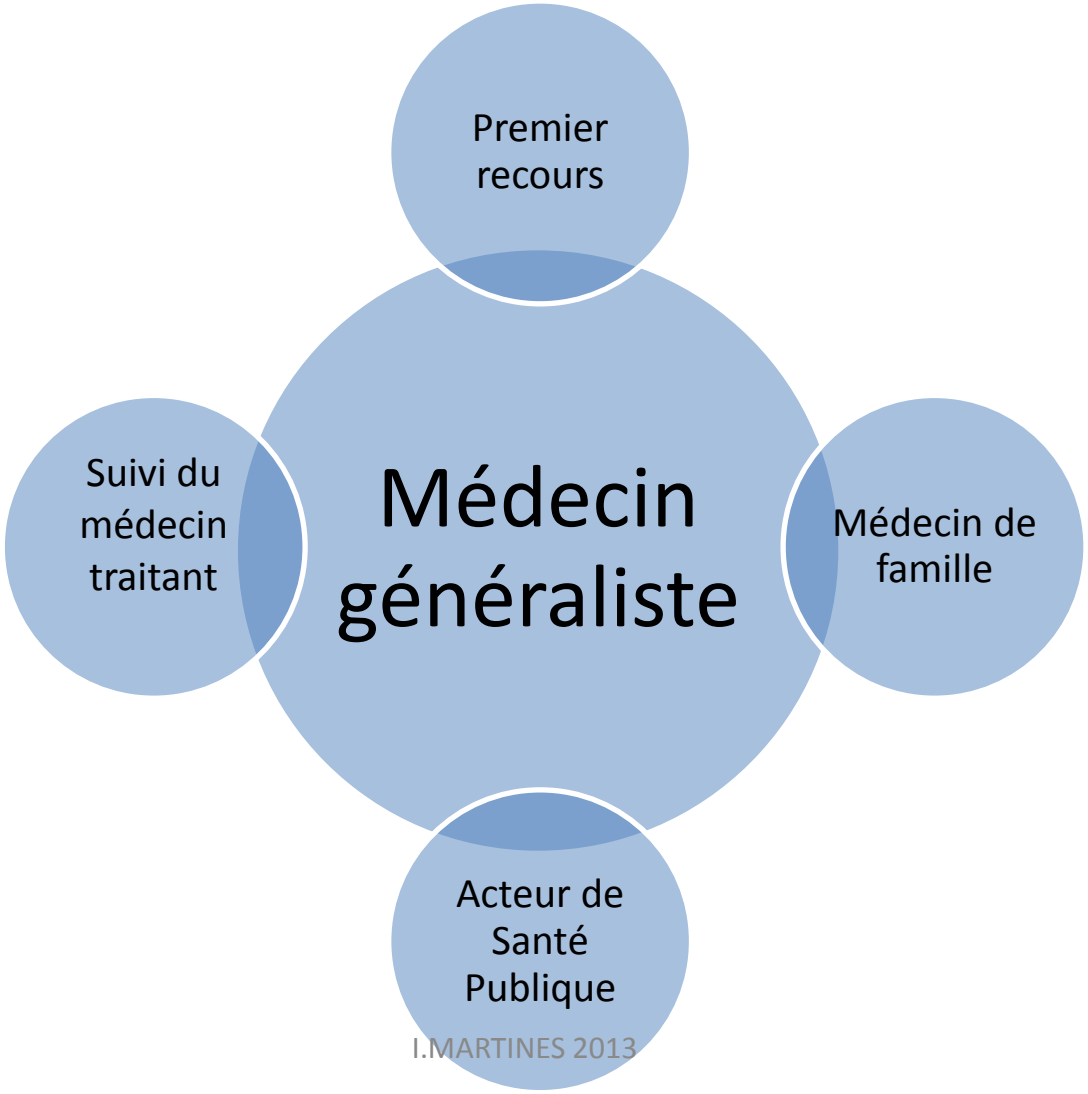
- ISRS et IRSNA
  - Phase d'attaque
  - Phase de consolidation
  - Phase d'arrêt

- Psychothérapie
  - Conseiller
  - Réconforter
  - Rassurer

Les limites de la prise en charge par le médecin généraliste



Synthèse


Premier recours
Suivi du médecin traitant
Médecin généraliste
Médecin de famille
Acteur de Santé Publique

Actualités

- Directeur de mémoire sur la page de garde
- Pas de couleur fantaisiste pour la page de garde (crème , blanc)
- Eviter que le titre du RSCA soit trop long
- Titre dans une langue étrangère , traduction au niveau de la deuxième page afin de laisser au lecteur le temps de la découverte
- 4 ème de couverture (idem que la thèse)

Quelques remarques

- Mémoire pas plus de 40 pages (annexes non compris)
- Langage soutenu , sinon mettre entre « guillemets »
- Soigner votre bibliographie
  - Vancouver
  - Références internet date de consultation
- Glossaire ++++
- N’oubliez pas la synthèse
- Lettre d’autorisation du patient et de publication (DMG)

MERCI

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

Approche médico-sociale du suivi de la PA à domicile, du point de vue du médecin généraliste

Présenté par

SALDUCCI pierre-cyprien

Dirigé par

Docteur GANE-TROPLENT Franciane

Soutenu le 6/5/14

Mme M 98 ans

ATCD:

Arthrose
HTA
Cataracte

TTT:

Amlor
Imovane
Dafalgan
Doliprane
Profenid
Méteosp.
Miorel
Lactulose
Forlax

Ixprim
Aspirine

Mme M 98 ans

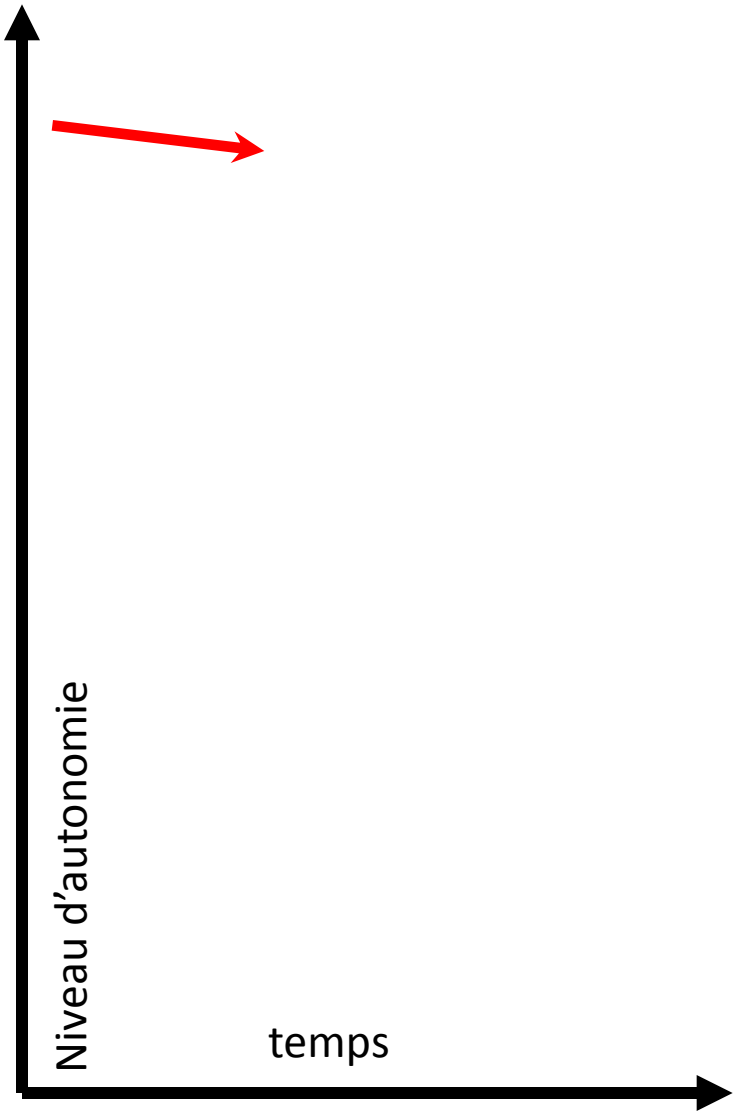
ATCD:

Arthrose
HTA
Cataracte

TTT:

Amlor
Imovane
Dafalgan
Doliprane
Profenid
Méteosp.
Miorel
Lactulose
Forlax

Ixprim
Aspirine



Mme M 98 ans

POLYMEDICATION, NOMADISME MEDICAL

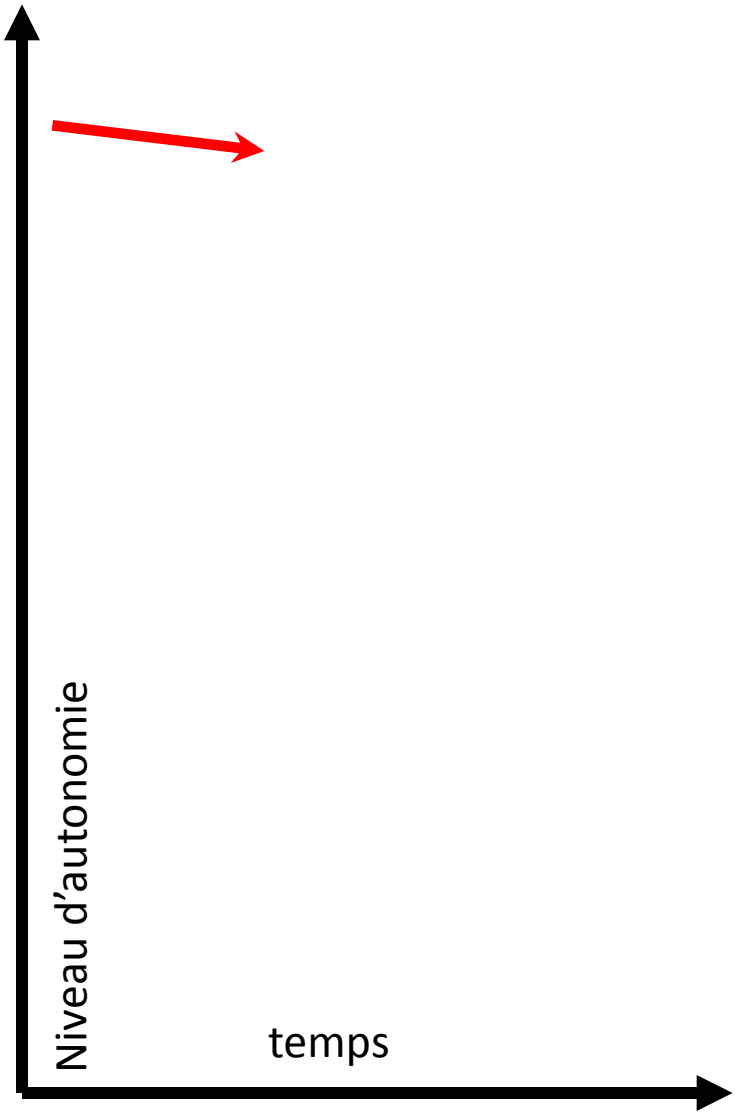
ATCD:

Arthrose
HTA
Cataracte

TTT:

Amlor
Imovane
Dafalgan
Doliprane
Profenid
Méteosp.
Miorel
Lactulose
Forlax

Ixprim
Aspirine



Mme M 98 ans

POLYMEDICATION, NOMADISME MEDICAL

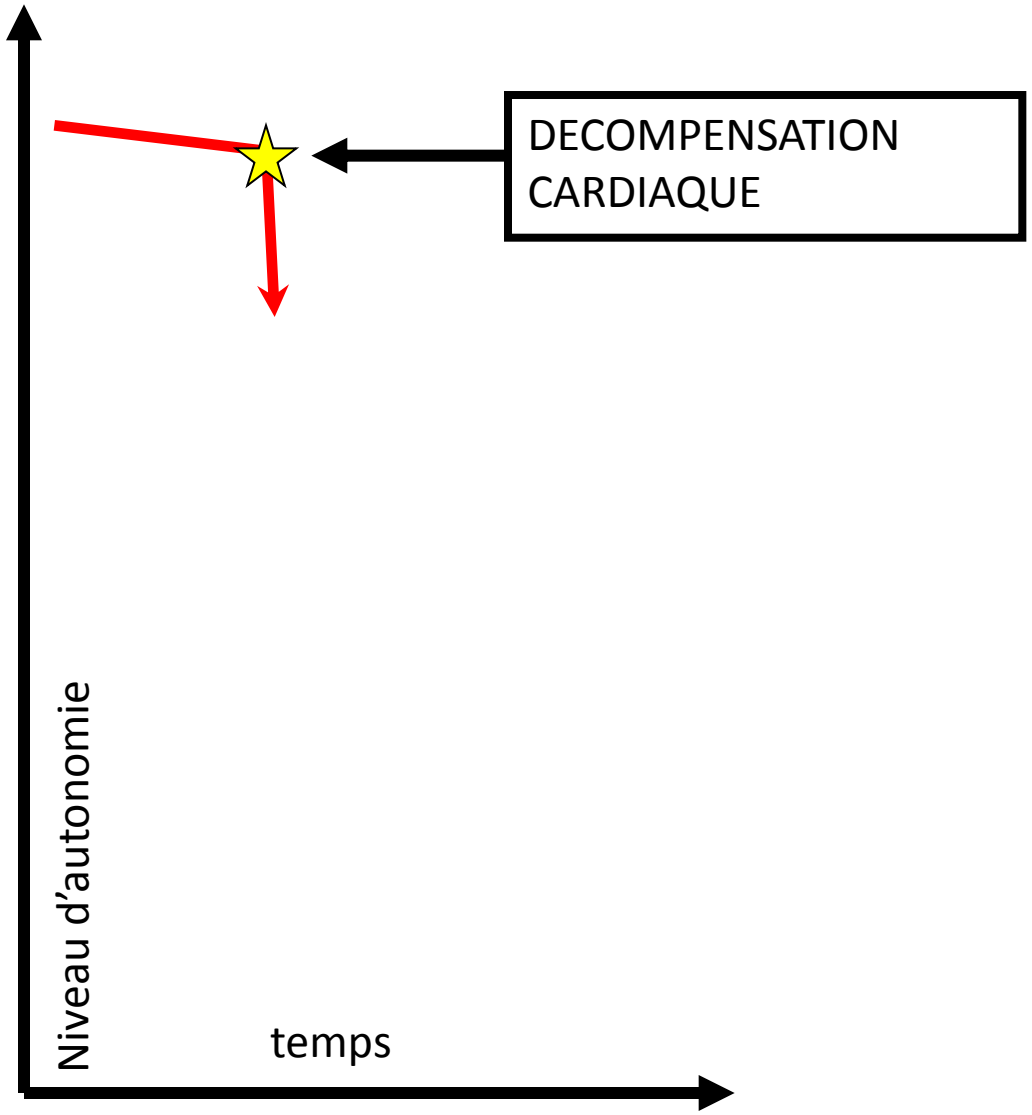
ATCD:

Arthrose
HTA
Cataracte

TTT:

Amlor
Imovane
Dafalgan
Doliprane
Profenid
Méteosp.
Miorel
Lactulose
Forlax

Ixprim
Aspirine



Mme M 98 ans

POLYMEDICATION, NOMADISME MEDICAL

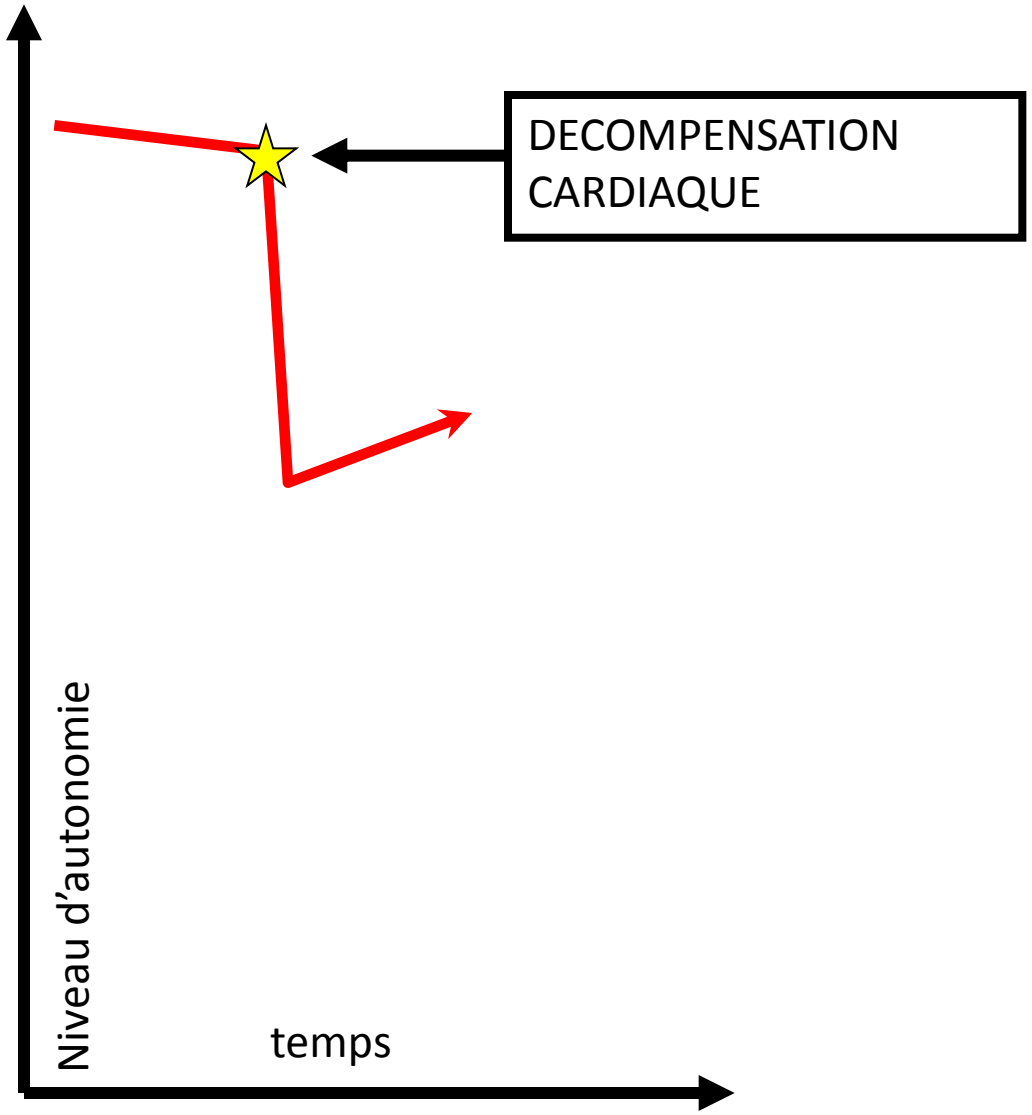
ATCD:

Arthrose
HTA
Cataracte

TTT:

Amlor
Imovane
Dafalgan
Doliprane
Profenid
Méteosp.
Miorel
Lactulose
Forlax

Ixprim
Aspirine



Mme M 98 ans

POLYMEDICATION, NOMADISME MEDICAL

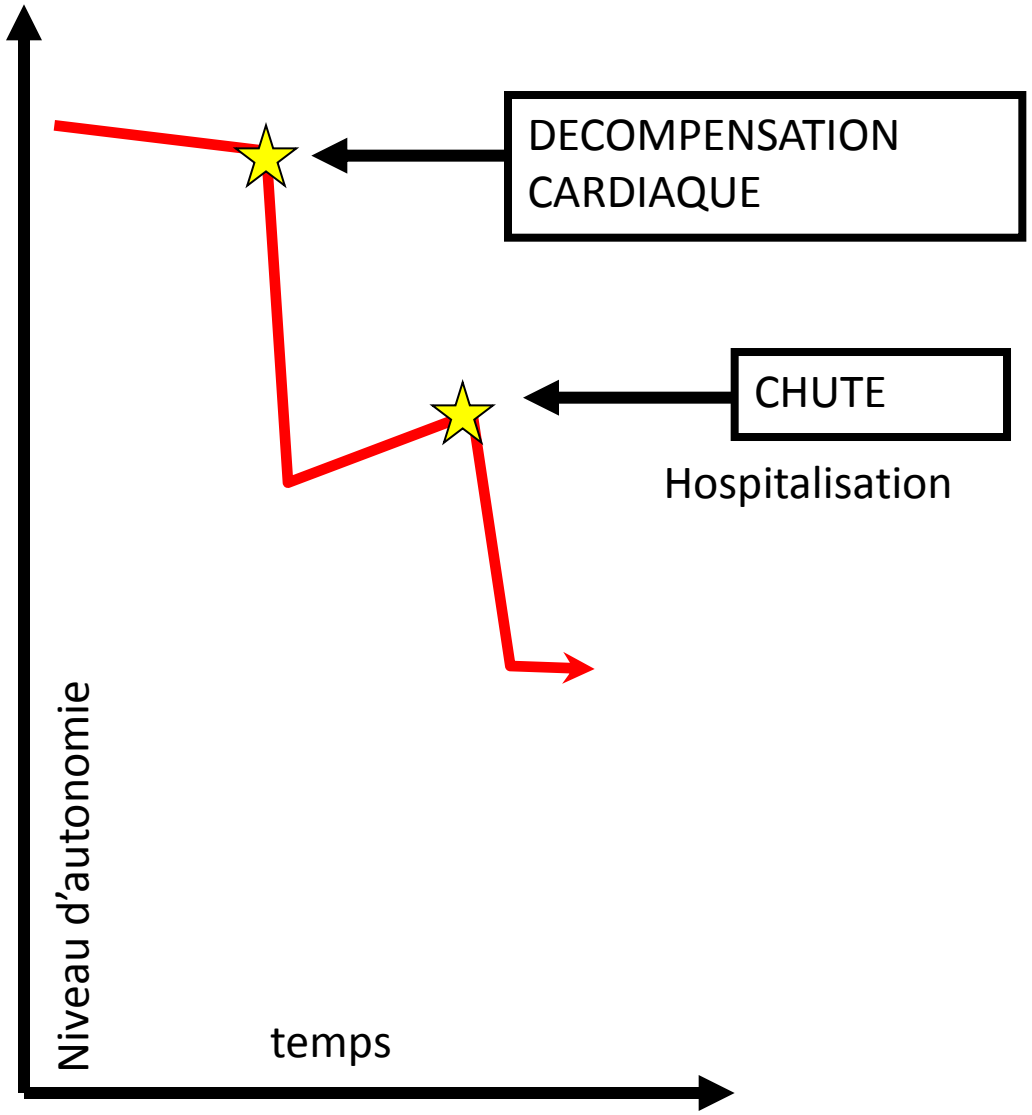
ATCD:

Arthrose
HTA
Cataracte

TTT:

Amlor
Imovane
Dafalgan
Doliprane
Profenid
Méteosp.
Miorel
Lactulose
Forlax

Ixprim
Aspirine



Mme M 98 ans

POLYMEDICATION, NOMADISME MEDICAL

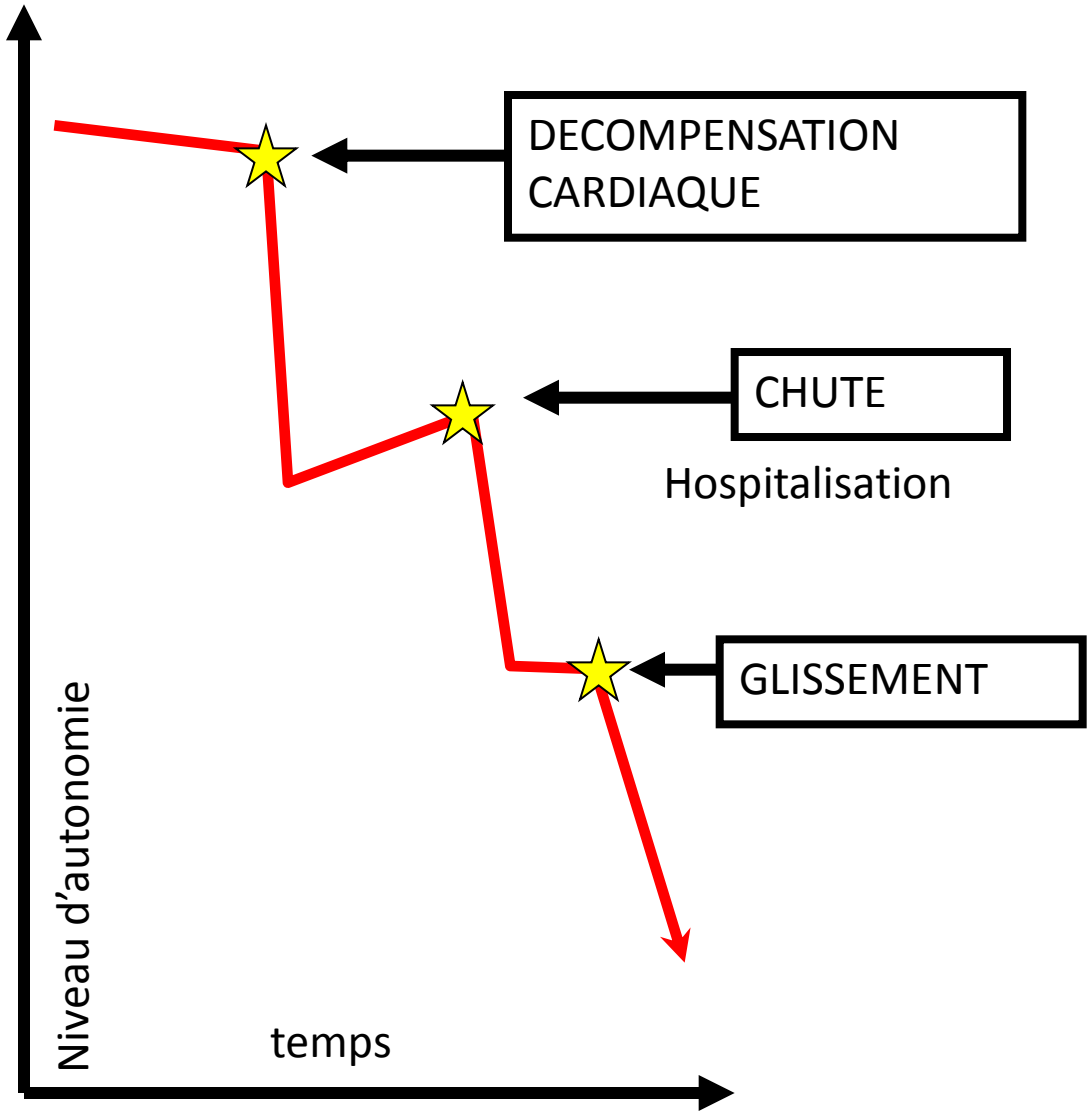
ATCD:

Arthrose
HTA
Cataracte

TTT:

Amlor
Imovane
Dafalgan
Doliprane
Profenid
Méteosp.
Miorel
Lactulose
Forlax

Ixprim
Aspirine



Mme M 98 ans

POLYMEDICATION, NOMADISME MEDICAL

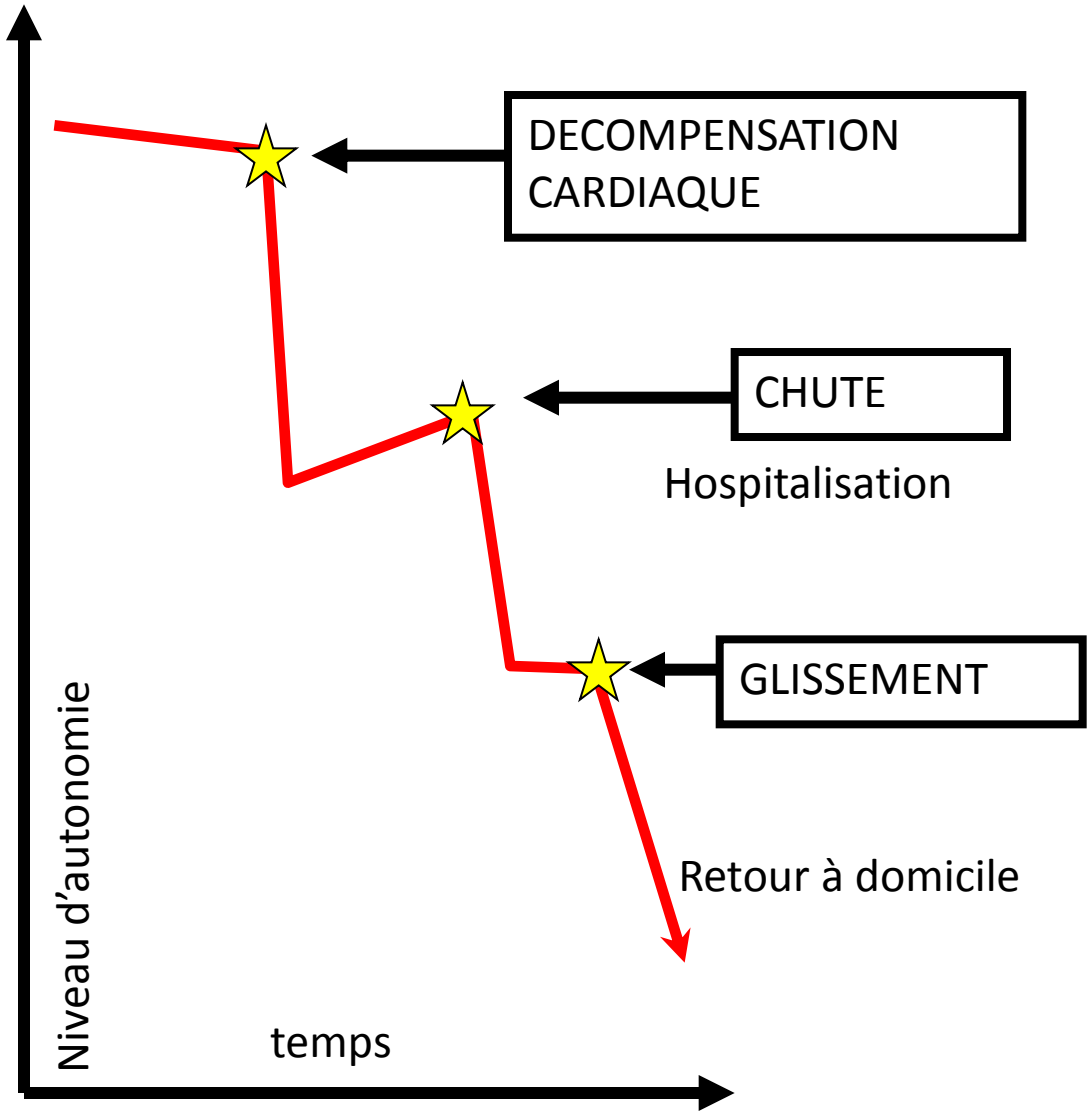
ATCD:

Arthrose
HTA
Cataracte

TTT:

Amlor
Imovane
Dafalgan
Doliprane
Profenid
Méteosp.
Miorel
Lactulose
Forlax

Ixprim
Aspirine



Mme M 98 ans

POLYMEDICATION, NOMADISME MEDICAL

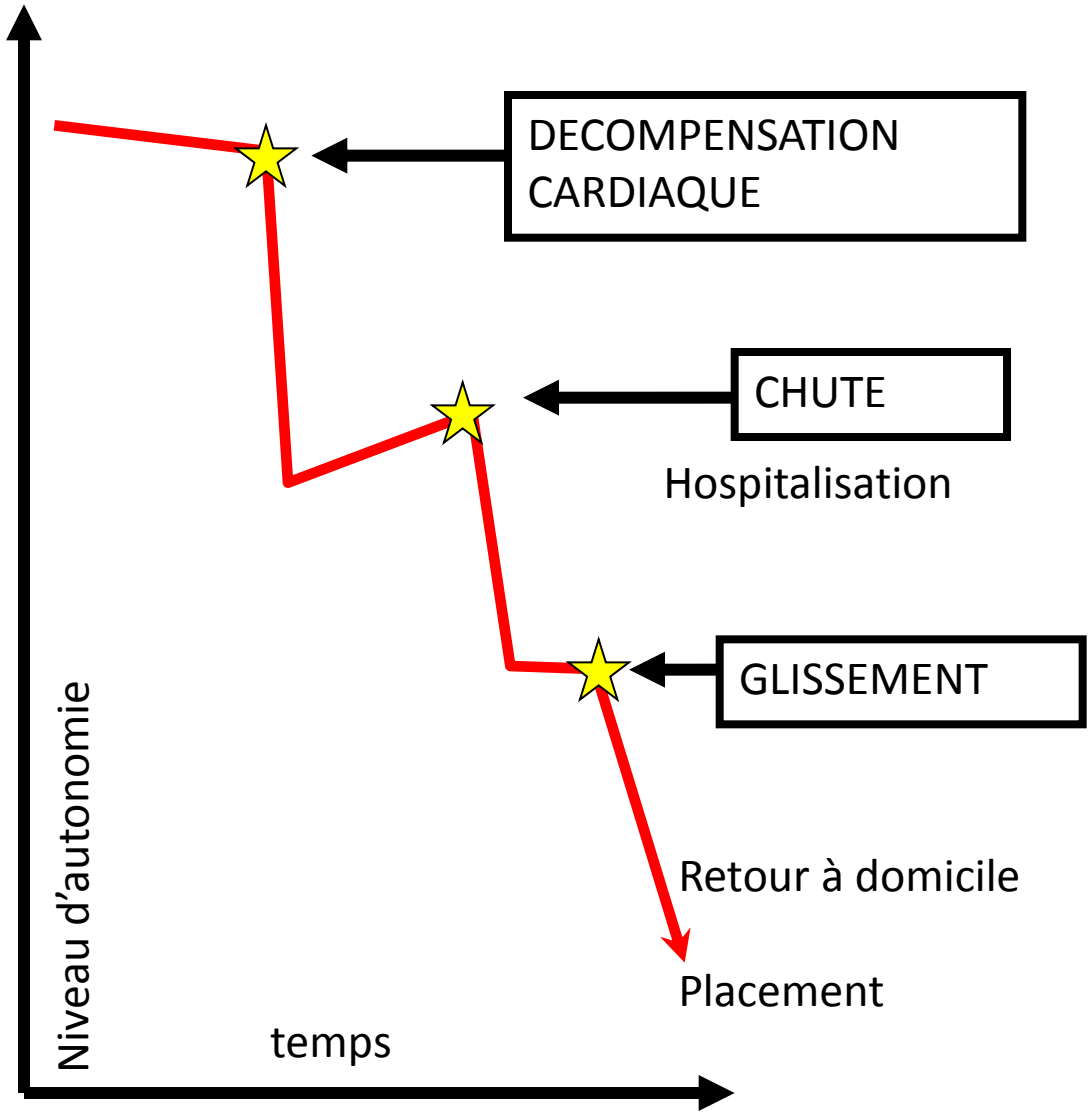
ATCD:

Arthrose
HTA
Cataracte

TTT:

Amlor
Imovane
Dafalgan
Doliprane
Profenid
Méteosp.
Miorel
Lactulose
Forlax

Ixprim
Aspirine



Mme M 98 ans

POLYMEDICATION, NOMADISME MEDICAL

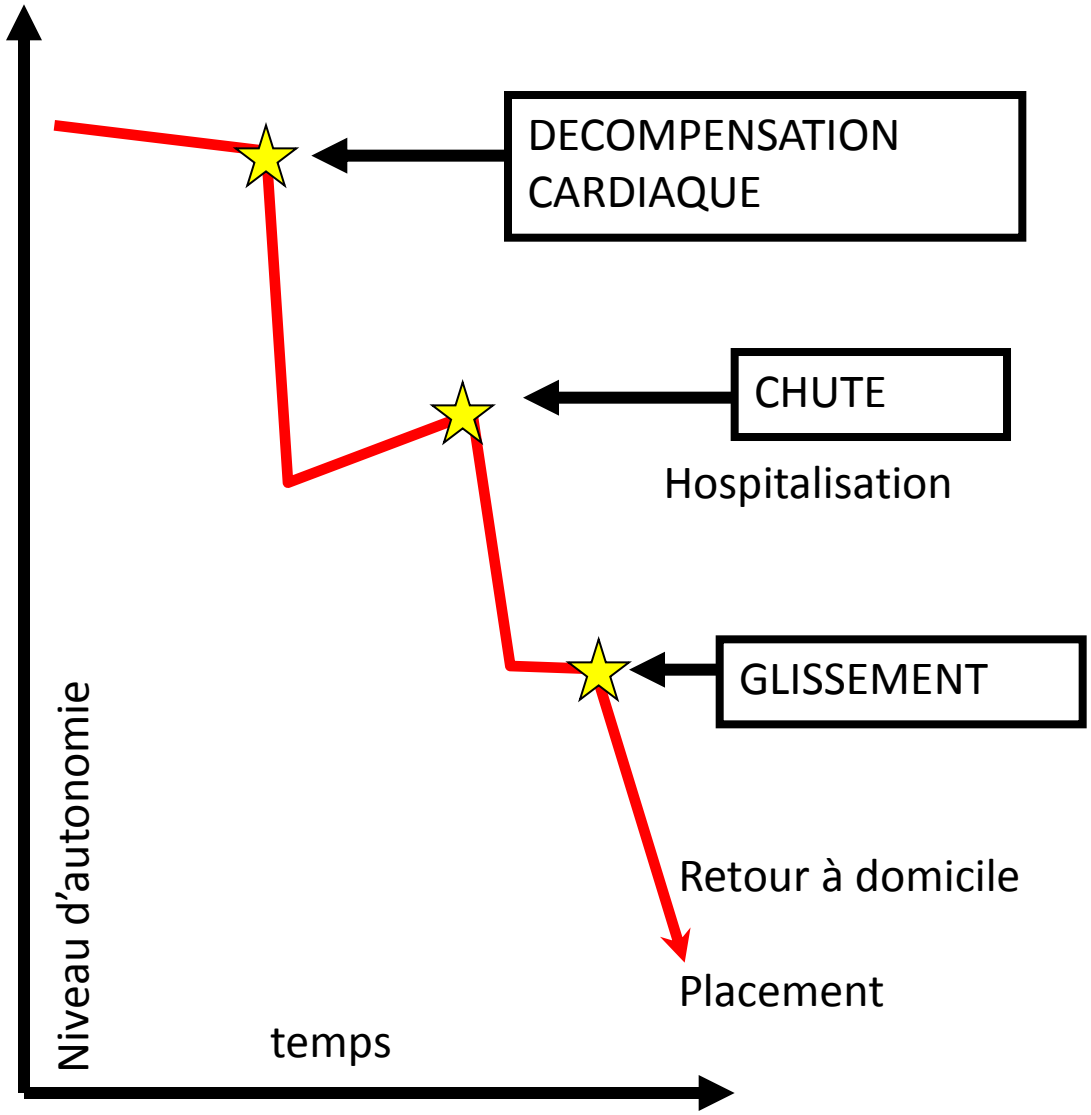
ATCD:

Arthrose
HTA
Cataracte

TTT:

Amlor
Imovane
Dafalgan
Doliprane
Profenid
Méteosp.
Miorel
Lactulose
Forlax

Ixprim
Aspirine



Urgences premier recours

Dépistage Prévention

Organisation des soins

Relation Communication

Approche Globale

Décompensation cardiaque: Role du MT

1-Diagnostic :

Réponse aux diurétiques…

Clinique +ECG
+Rx Thorax
+Pro BNP

2-Discuter l'hospitalisation:

Etat de santé
Préférences du patient
Structures locales

Perte d'autonomie 63%

3-Facteur déclenchant

4-Cardiopathie sous jacente

Echocardiographie doppler.
Preuve objective
systolique / FE préservée

5-Traitement symptomatique: Diurétique …

6-Traitement de fond: **IEC** et **BB**

Polymédication :

4,6 Médicaments dés 85 ans

Iatrogénie médicamenteuse : 20% des hospitalisations

Prescription inappropriée:

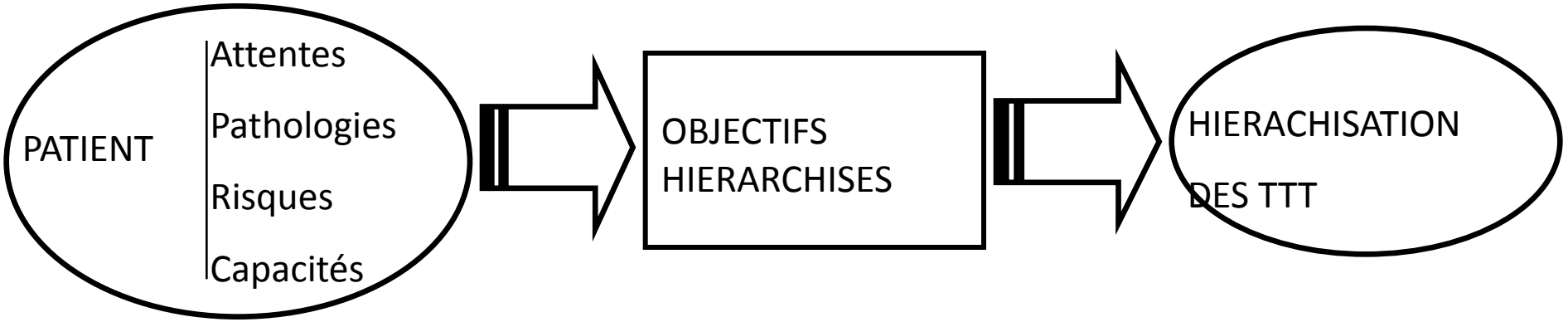
>50 % des ordonnances

OVERUSE: pas d'efficacité
MISUSE: risques > bénéfices
UNDERUSE : pas de traitement efficace

Démarche de prescription: - 4 étapes -

1- Organisation des soins

2- Décision thérapeutique



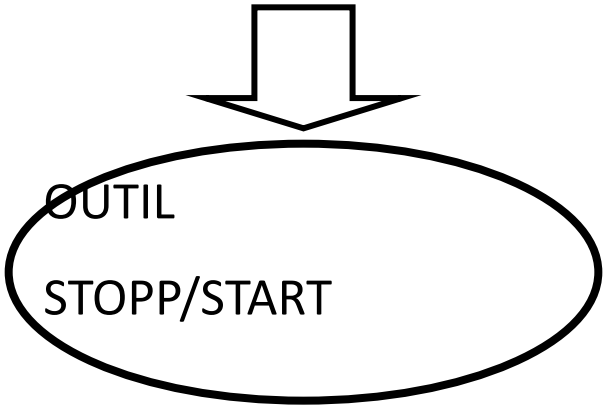
3-Rédaction de l’ordonnance

Hiérarchisée, Simple, Compréhensible,
Posologie efficace, adaptée,,

Education: Auto-médication, Ordonnances

Expliquer => observance

4-Revue systématique des prescriptions médicamenteuses



65 critères STOPP
25 critères START

CHUTE :

10% en parlent

Score de risque : Cetaf

1. sexe (risque relatif =RR=1,6)	homme(0) femme(2)	
2. Situation familiale (seul : RR=1,4)	couple (0) en famille (0) seul (1)	
3. Souffrez vous **d'arthrose? (RR=1,2)**	non (0) oui (1)	
4. Chute(s) au cours des 12 derniers mois **(RR=2,5)**	0 (0) 1 (2) 2 (4) 3 et plus (6)	
5. Psychotropes dans les 2 derniers jours **(RR=1,2)**	non (0) oui (1)	
6. Test clinique: appui unipodal Changement de **position des bras 5 sec (RR=1,3)**	non (0) oui (1)	
Score total		/12

Organisation des soins ambulatoires

=> Au niveau de la santé publique:

***2004: PARCOURS DE SOINS , MEDECIN TRAITANT**

***2014: PAERPA**

CCP: coordination clinique de proximité

DMP - PPS, VSM, DLU, CRH

Systèmes d'appui à la coordination

Messageries sécurisées

Télémédecine, Aides à domicile…

=>Au niveau du médecin :

Indépendance Confiance

Dossier au chevet du patient

Syndrome de glissement

Comparaison avec la Dépression commune :

Forme sévère de dépression de la PA ?

Comparaison avec la Dépression du nourrisson :

Importance de l'objet:

Défaillance ->détermination traumatique

Présence -> arrêt de la désorganisation

PRIORITE = Dimension psychothérapeutique

+/- Antidépresseur

Vision globale

2030: Doublement PA dépendantes

+ 130% « Guadeloupe Centre » + 100 % « Sud Basse-Terre »

Patient fragile, multi pathologique
Peu de connaissance
Approche Globale chronophage

Structures :
Etablissement: 7 %
(39% Métropole)
Spécialisée: 1 %
(VS 9,5 %)

IDE:
315 /100 000
vs 140

ADAPTATION DU MEDECIN

Stratégie d'organisation et de réévaluation

Equipe de proximité
Outils Moyens de communication

Dimension humaine