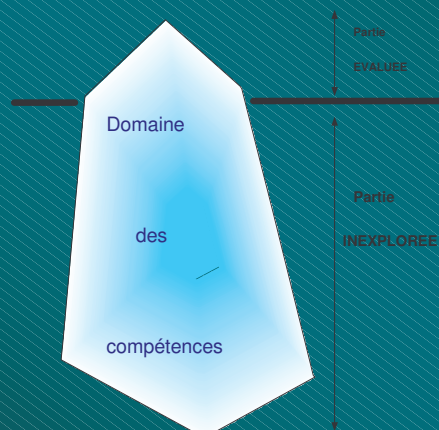


## Utilisation des cartes conceptuelles

- Lors des groupes de pratique .
- Au cours du D.E.S. de Médecine Générale.
- Dr. Jean TIBOUT ( DUMG-TOURS )

## Domaine de Compétences



## Cadre des compétences



## Concept de compétences professionnelles

- “ **Un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d’une variété de ressources internes et externes ( savoir, savoir faire, savoir être ) dans un contexte donné et dans un ensemble de situations.**” ( clientèle, établissements, conditions de pratique, problèmes de santé.)
- J. TARDIF

# Les problèmes cliniques mal-définis

Bernard Charlin, Robert Gagnon  
Unité de recherche et développement en Éducation  
Faculté de médecine, Université de Montréal

## La pratique réflexive

Donald A Schön, *The Reflective Practitioner*, 1983

### Problèmes bien définis

- Données claires / but clair / une solution
- Savoir technique

### Problèmes mal définis

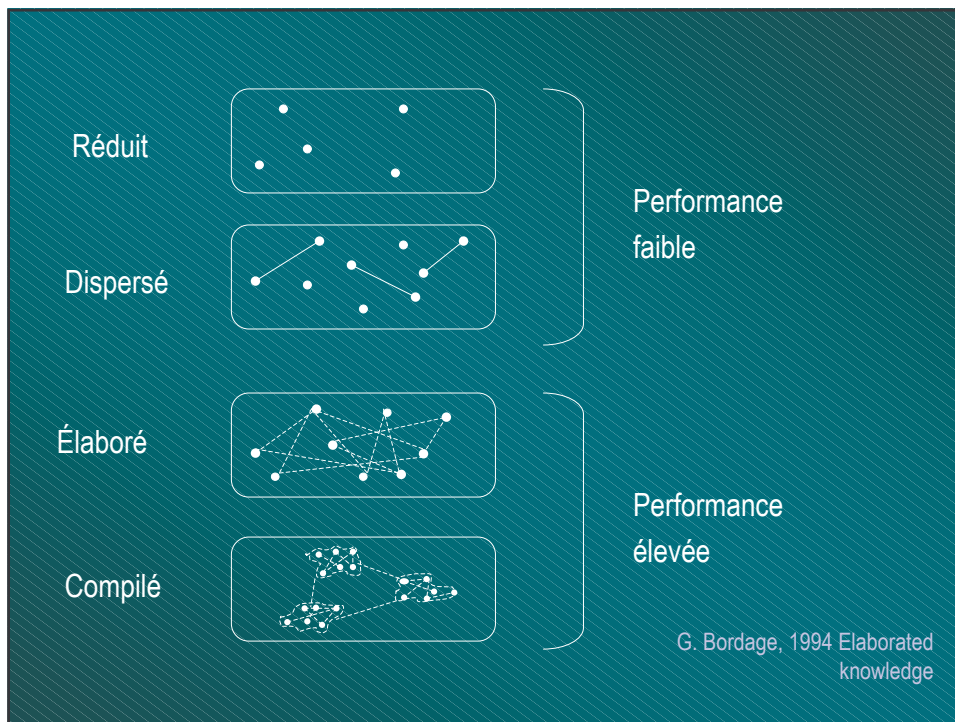
- Données incertaines, but à préciser, plusieurs solutions possibles.
- Savoir d'ordre professionnel

Problèmes mal définis = expertise professionnelle

# Elaboration des connaissances

G. Bordage: Elaborated Knowledge. *Academic Medicine*, 1994

- Réduit  
Les signes n'activent pas les connaissances antérieures
- Dispersé  
Les signes déclenchent des listes de diagnostics  
Pas de pertinence, pas d'intégration
- Elaboré  
Les signes déclenchent les connaissances pertinentes  
Chaque information nouvelle = réinterprétation de l'ensemble
- Compilé  
"patterns"



## Les cartes conceptuelles

- Représentent la structure cognitive,
- donc l'organisation des connaissances
- Rendent plus signifiant l'apprentissage.

Claire Marchand, J.F. D'Ivernois

## Les groupes de pratique

- Réunissent 8 à 10 internes en M.G.
- Chacun expose une situation clinique vécue.
- Le groupe applique son expertise.

## Trois exemples

- La situation clinique exposée.
- La carte conceptuelle correspondante.
- L'analyse des compétences mises en œuvre.

1) Une « Mama » arrive aux urgences, accompagnée de toute la famille. Cette femme, veuve, âgée de 70 ans se plaint d'une douleur au niveau de l'aïne ; Cette douleur est mal systématisée et semble inconstante, augmente à l'approche du praticien. On assiste à un changement de comportement manifeste soit en présence de la famille ou du médecin...

- Le senior contacté conclue sans voir la patiente qu'il s'agit d'un « syndrome méditerranéen ».

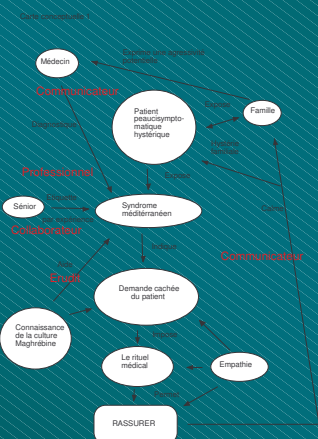
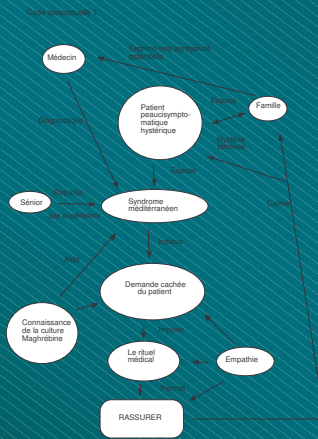
## Questionnement de l' interne

- - Fallait-il faire sortir la famille ?
- - Comment fallait-il examiner la patiente ?
- - Fallait-il prescrire des examens complémentaires ?
- - Quelle était la demande de la patiente ?
- L' interne, un peu désemparé examine tant bien que mal la patiente, ce qui confirme sa première impression.
- Il prescrit une simple prise de sang ( NFS) puis rassure tout le monde ...

## Commentaires

- Expliquer.
- Empathie,
- Le rituel médical,
- L' hystérie familial,
- Les bénéfices secondaires attendues ?
- Comment appréhender la différence de culture ?
- La mise en scène,
- Comment dévier l' agressivité de la famille ?
- Comment rassurer ?
- Se méfier des étiquettes...

# Carte conceptuelle





## Deuxième situation clinique

Ceci se passe dans le service de pédiatrie, une petite fille de 6 ans consulte aux urgences pour vomissements, soif, Fièvre 38°C diarrhée de puis 48 H. L'interne conclut qu'il s'agit d'une banale GEV et la fait sortir avec un TRT symptomatique.

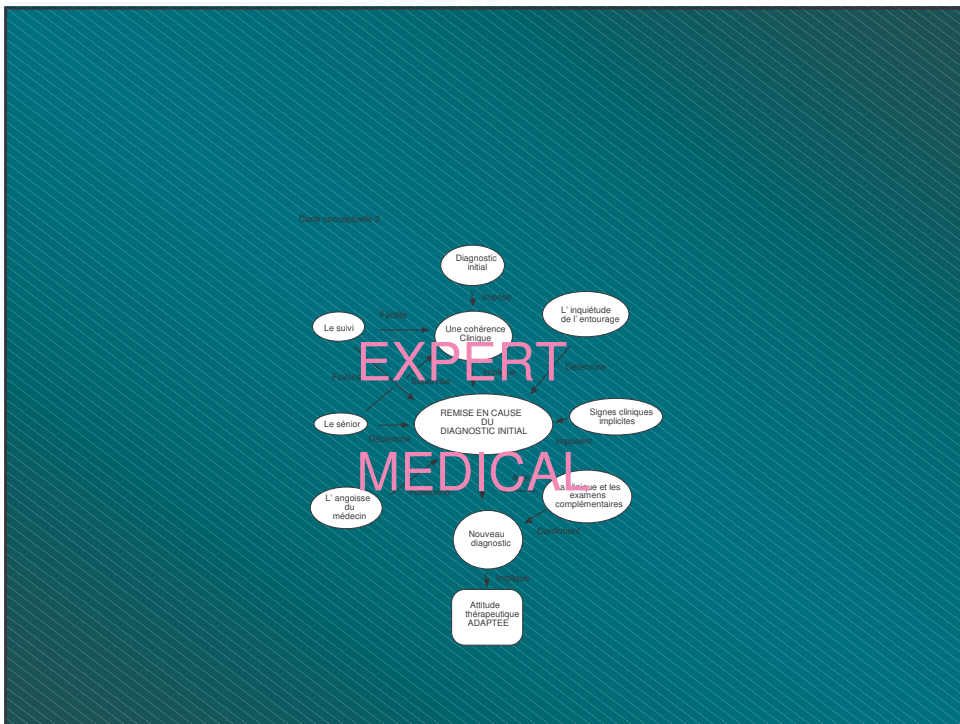
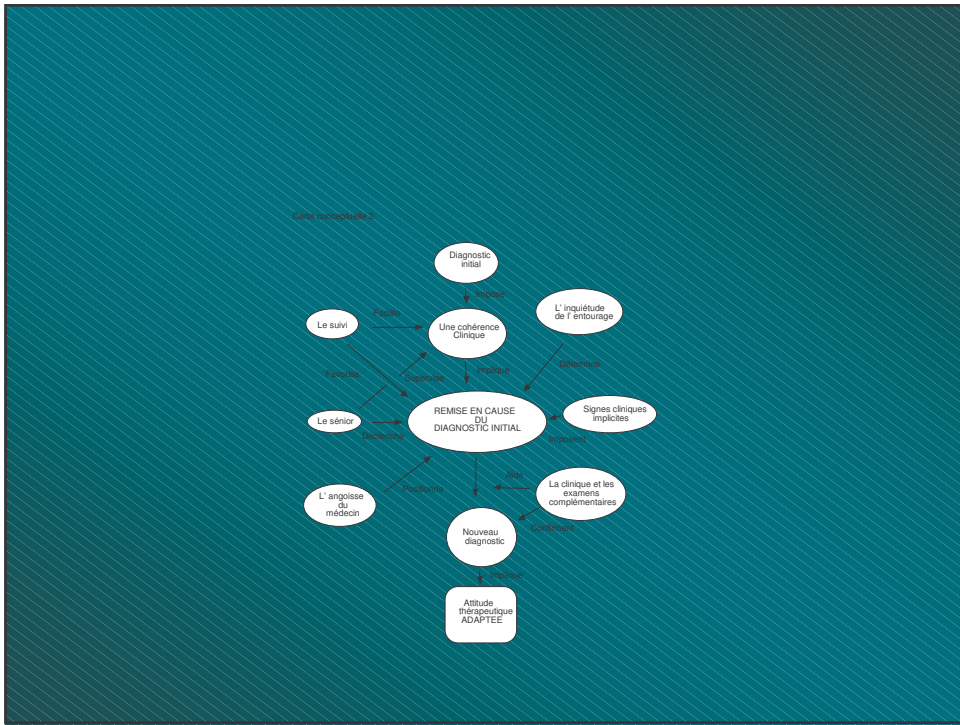
Le lendemain l'enfant revient pour réapparition des vomissements avec toujours diarrhée, elle a perdu 8 % de son poids et l'on décide de la garder pour réhydratation parentérale. Elle reprend 500g avec persistance de diarrhée et surtout douleurs abdominales. A l'examen clinique, l'interne ne note pas de signe qui infirme la première hypothèse diagnostique, et les examens complémentaires sont peu contributifs. Cependant il note que cet enfant n'est pas bien C (notion vague sans argument clinique précis).

Le surlendemain, l'enfant est toujours algique avec train fibrile, abdomen métorisé, 6 à 7 selles par jour GB 19 500 (pas de procalcitonine disponible (chimical)), CRP 147 lono NA 131 K 4 ECBU <0 É

Le 3<sup>ème</sup> jour une échographie abdominale met en évidence une masse de 6 cm évoquant un abcès appendiculaire qui est confirmé par l'opération.

## Commentaires :

- - On ne soigne pas des chiffres,
- - L'angoisse de la mère a été contributive à l'orientation diagnostique.
- - Les pièges des appendicites.
- - L'examen clinique (signe du « psoïtis », le TR ?)
- - .../...

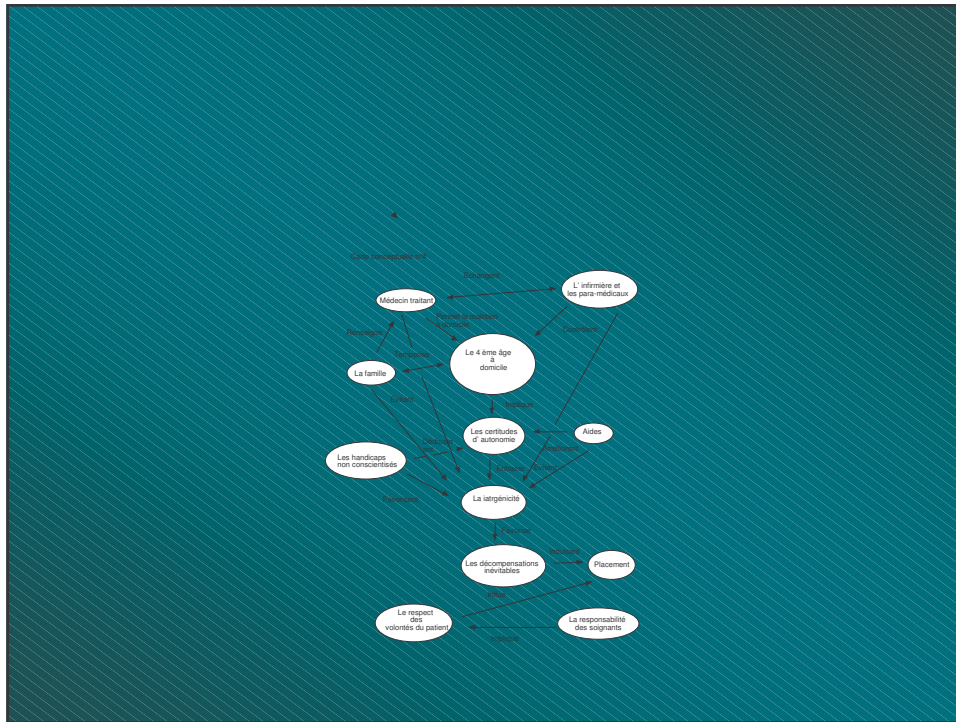


## Quatrième situation

- Le médecin traitant effectue à domicile un changement de sonde urinaire avec le concours de l'infirmière chez un patient de 97 ans, mal voyant, mal entendant.
- Le patient est très valide et veut toujours gérer sa vie comme il l'entend malgré une insuffisance cardiaque équilibrée.
- Il allègue qu'il n'urine pas beaucoup malgré la prise de ses diurétiques. On s'aperçoit par hasard qu'il a confondu diurétiques et antibiotiques ( erreur de posologie consécutive ).

## Commentaires :

- - Utilité de la visite à domicile,
- - Pb d'observance,
- - Les personnes âgées croient qu'ils sont toujours capable, sauf quand ils sont au pied du mur.
- - Pb des aides à domicile,
- - Pb des placements,
- - Ethique ...



## conclusion

- La carte conceptuelle rend plus signifiant l'apprentissage.
- Elle peut favoriser la planification des programmes.
- Elle évalue la façon dont l'apprenant intègre et organise ses connaissances.
- Elle doit faire l'objet d'évaluation et de recherche...