

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SELLAM Michael

Né le 30 janvier 1986 à Soisy-sous-Montmorency

Présentée et soutenue publiquement le 9 septembre 2014

Travailler en équipe au sein du système de santé:
Analyse des traces d'apprentissage produites par les Internes
du Département de Médecine Générale Paris Diderot

Président de thèse : Professeur ALBERTI Corinne

Directeur de thèse : Professeur GALAM Eric

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

Je remercie madame le Professeur Alberti qui me fait l'honneur de présider ce jury.

Je remercie monsieur le Professeur Culine, monsieur le Professeur Galam et monsieur le Professeur Mercadier qui me font l'honneur d'être les membres du jury de ma soutenance de thèse.

Au Professeur Galam, mon directeur de thèse, j'adresse mes remerciements et ma gratitude pour sa disponibilité, sa patience et la confiance qu'il m'a accordée dans la conduite de ce travail. Je vous suis reconnaissant pour les nombreuses lectures des différentes versions se succédant jour après jour. Votre soutien a été un moteur sans lequel ce projet n'aurait jamais abouti.

A mes parents qui m'ont toujours soutenu dans mes études et dans ma vie. Vous êtes un modèle pour moi.

A mon frère, pour tes précieux conseils et ta rigueur.

A mon oncle, Beni, pour m'avoir transmis sa passion de la médecine.

A mes grands-parents et ma famille.

A mes co-internes.

A Mme Lecoy, pour son aide, sa patience et sa disponibilité.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFPSSU : Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD : Affection Longue Durée
APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARS : Agence Régionale de la Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASPN : Ambulatory Sentinel Practice Network
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BEH : Bulletin Hebdomadaire d'Epidémiologie
BPCO : Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive
CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
CIDDIST : Centre d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMS : Centre Médecine Spécialisée
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés ,
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRH : Compte Rendu Hospitalier
CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
CRM : Crew Resource Management
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DMG : Département de Médecine Générale
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EBM : Evidence Based Medicine
ECOS : Examens cliniques objectifs structurés
EFR : Épreuve Fonctionnelle Respiratoire
EIAS : Événements Indésirables Associés Soins
EIG : Événements Indésirables Graves
ENEIS : Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
EVISA : Événements Indésirables survenus en soins extra-hospitaliers
FEDESAP : Fédération Française de Services à la Personne et de Proximité
FMC : Formation Médicale Continue
FNASS : Fonds national d'action sanitaire et sociale
GUT : Groupement d'Unités Territoriales
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HDJ : Hôpital De Jour
HEGP : Hôpital Européen George Pompidou
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la santé et de la Recherche Médicale
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
MSU : Maîtres de Stage des Universités
OHF : Organismes à Haute Fiabilité
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe
PMI : Protection Maternelle et Infantile
REPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité
RMM : Revue Morbi-Mortalité
RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SFMU : Société Française de la Médecine d'Urgence
SNFGE : Société Nationale Française de gastro-entérologie
SSR : Soins de Suite et Réadaptation
UMJ : Unité Médico-judiciaire
UML : Unité Médico-légale
UMVF : Université Médicale Virtuelle Francophone
USIC : Unité de soins intensifs cardiologiques
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (World Organization of Family Doctors)

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE.....	12
I. LE TRAVAIL EN EQUIPE.....	12
1. Retour historique.....	12
2. L'équipe.....	14
3. La communication.....	15
4. Le travail d'équipe et la collaboration.....	15
5. Les types de collaboration.....	16
6. Quelques modèles du travail en équipe.....	17
7. Efficacité d'une équipe.....	19
8. Un exemple optimal : Les organismes à haute fiabilité.....	21
II. L'EQUIPE DYSFUNCTIONNELLE.....	23
III. LA FORMATION AU TRAVAIL EN EQUIPE.....	23
1. La formation au travail en équipe dans les systèmes de santé.....	23
2. Efficacité des modèles de formation.....	25
3. CRM concret.....	27
IV. LA FORMATION PEDAGOGIQUE AU SEIN DU DES DE MEDECINE GENERALE DE LA FACULTE PARIS DIDEROT.....	27
1. La formation pratique.....	28
2. La formation théorique.....	29
3. La formation méthodologique.....	29
4. La formation à la recherche.....	29
V. LA PEDAGOGIE CONSTRUCTIVISTE.....	30
VI. LES TRACES D'APPRENTISSAGE.....	31
DEUXIEME PARTIE : METHODE.....	34
TROISIEME PARTIE : RESULTATS.....	36
I. DONNEES QUANTITATIVES.....	36
1. Statistiques globales.....	36
2. Répartition des mots.....	39
3. Situations cliniques.....	40
II. DONNEES QUALITATIVES.....	40
1. Structure des traces.....	40

2. Intervenants.....	40
a. Secteur hospitalier au sein d'un service.....	41
b. Secteur hospitalier au sein d'un hôpital.....	41
c. Secteur ambulatoire.....	42
3. Articulations.....	43
a. Inter-hôpitaux.....	43
b. Ambulatoire-hospitalier.....	44
c. Hospitalier-ambulatoire.....	44
4. Outils, moyens et dispositifs.....	45
a. Moyens de communication.....	45
b. Réseau de relations.....	46
5. Équipes.....	47
6. Problématiques.....	49
a. Sujet des problématiques.....	49
b. Références.....	49
c. Travail en équipe.....	50
7. Critères de qualité du travail en équipe.....	50
8. Équipes dysfonctionnelles.....	52
a. Travail de mauvaise qualité.....	52
b. Mauvaise relation.....	52
c. Mauvaise communication.....	53
d. Difficultés du travail en équipe.....	53
9. Autres concepts.....	53
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....	54
I. PRINCIPAUX RESULTATS.....	54
1. La base de données du DMG.....	54
2. L'importance du travail en équipe.....	54
3. Le médecin traitant vu par le monde médical.....	55
4. La production des traces par les IMG.....	55
5. Analyse critique des traces.....	55
II. FORCES ET LIMITES.....	56
1. Points forts.....	56
2. Points faibles.....	56
III. COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	58
IV. QUESTIONS EN SUSPENS ET OUVERTURES.....	58
1. RSCA et ECOS.....	58
2. RSCA et Balint.....	58
CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	60
ANNEXES.....	62
FICHE DE THESE.....	81

PERMIS D'IMPRIMER.....83
RESUME.....84

INTRODUCTION

L'article L 4130-1 du code de la santé publique définit les **missions du médecin généraliste de premier recours**:

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social;
- S'assurer que la coordination des soins nécessaires à ses patients est effective;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient;
- Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage;
- Participer à la permanence des soins dans des conditions fixées à l'article de L. 6312-L.

De plus, le **Bulletin Officiel numéro 20 du 16 Mai 2013** définit les **études médicales** de la manière suivante:

- Article 5 : « Le deuxième cycle des études médicales a pour objectif l'acquisition des compétences génériques permettant aux étudiants d'exercer par la suite, en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire, les fonctions du troisième cycle et d'acquérir les compétences professionnelles de la formation dans laquelle ils s'engageront au cours de leur spécialisation.

Les compétences à acquérir sont celles de communicateur, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. Il doit également apprendre à faire preuve de réflexivité».

- Article 9 : « Sur chaque lieu de stage, un responsable pédagogique coordonne les activités des étudiants durant le stage. Il désigne des médecins référents de stage, formés à la pédagogie au cours des sessions de formation à l'encadrement et à la pédagogie organisées par les unités de formation et de recherche de médecine. Le référent accueille et encadre l'étudiant sur le lieu de stage. Il met en œuvre les activités pédagogiques adaptées à la construction des compétences à acquérir par l'étudiant et à son évaluation. Il définit le positionnement de l'étudiant dans l'équipe de soins ».

Parmi les compétences génériques à acquérir nous relevons les aptitudes suivantes :

- Communicateur : échangeant de façon dynamique avec le patient et son entourage, collaborant avec les différents professionnels du système de santé, l'étudiant a conscience des enjeux de la relation et de la communication verbale et non verbale sur la qualité des soins. Il cherche alors à obtenir les renseignements pertinents et les points de vue du patient, de son entourage, des collègues et des soignants, et sait en faire la synthèse;

- Coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle : l'étudiant travaille en partenariat avec d'autres intervenants qui participent de manière appropriée au soin du patient: Connaît les rôles, les compétences et les responsabilités de tous les membres de l'équipe soignante et en tient compte dans la pratique; participe avec application aux activités d'une équipe interprofessionnelle ainsi qu'aux prises de décisions; démontre sa capacité à faire appel aux ressources du système de santé; participe, avec les différents acteurs de santé, à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage; participe à l'acquisition des savoirs par les plus jeunes au sein de l'équipe soignante pluriprofessionnelle.

- Réflexif : l'étudiant doit développer tout au long de son parcours d'apprentissage sa capacité

d'auto-évaluation et celle de se poser des questions pertinentes en situation réelle de soins et de prévention, en tenant compte du contexte clinique, institutionnel, légal et sociétal. Il doit démontrer sa capacité à se remettre en question et argumenter ses décisions.

Ainsi, le concept même de travail en équipe et son importance sont mentionnés dès le début des études médicales, de même que l'aptitude à analyser une situation et apprendre de celle-ci.

Le **21 juillet 2009**, la loi « **Hôpital, patients, santé et territoire** » (HPST) est promulguée. Elle a été élaborée sous la direction du ministre de la santé Roselyne Bachelot fin 2008. Se basant sur le rapport remis par Gérard Larcher en 2008 cette loi est un projet d'organisation sanitaire (et non de financement), qui doit permettre la mise en place d'une offre de soins gradués de qualité, accessible à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

En 2006 le groupe Certification du CNGE propose une liste de compétences que l'interne doit acquérir au cours de sa formation. Il établit trois champs d'activité (la démarche clinique, la communication avec les patients et la gestion de l'outil professionnel) et trois dimensions spécifiques (la dimension scientifique d'une approche critique basée sur les connaissances et le maintien de la formation continue, la dimension comportementale des capacités professionnelles et des valeurs éthiques du médecin et la dimension contextuelle intégrant le patient, le médecin, l'entourage et le système de soins). « L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline [de médecine générale] et souligne la complexité de cette spécialité ». Nous pouvons distinguer les compétences génériques (gestion des soins de santé primaire notamment à assurer la continuité des soins ou à coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé), les compétences décisionnelles spécifiques (l'aptitude à la résolution de problèmes notamment la prise de décisions intégrant l'EBM, les soins centrés sur la personne, l'approche globale de prévention-dépistage-soins curatifs et palliatifs-réadaptation et l'approche communautaire notamment la prise en compte du fonctionnement du système de soins et des moyens disponibles et la participation à des actions de dépistage) et les compétences en rapport avec l'activité professionnelle (se préparer à l'exercice professionnel, actualiser et développer ses compétences).

Les **compétences de médecine générale** sont les suivantes:

- Compétence 1: Prendre en charge un problème de santé en soins de premier recours
- Compétence 2: Communiquer de façon efficiente avec le patient et/ou son entourage
- Compétence 3: Prendre une décision adaptée en situation d'urgence (potentielle/vraie)
- Compétence 4: Éduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie
- Compétence 5: Travailler en équipe au sein du système de santé
- Compétence 6: Assurer la continuité des soins pour tous les sujets
- Compétence 7: Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science, adaptées aux besoins et au contexte
- Compétence 8: Entreprendre et participer à des actions de santé publique
- Compétence 9: Se préparer à l'exercice professionnel
- Compétence 10: Actualiser et développer ses compétences
- Compétence 11: Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de première ligne

La **production écrite de traces d'apprentissage**, à partir du travail réalisé par l'interne, est à la fois une méthode de formation et d'évaluation de l'acquisition des compétences de médecine générale. Ces compétences transversales sont définies comme les capacités à acquérir et à mobiliser efficacement, en situation professionnelle authentique, les ressources internes (savoir, savoir faire et savoir être) et externes (ressources académiques et et non académiques) nécessaires à la pratique du

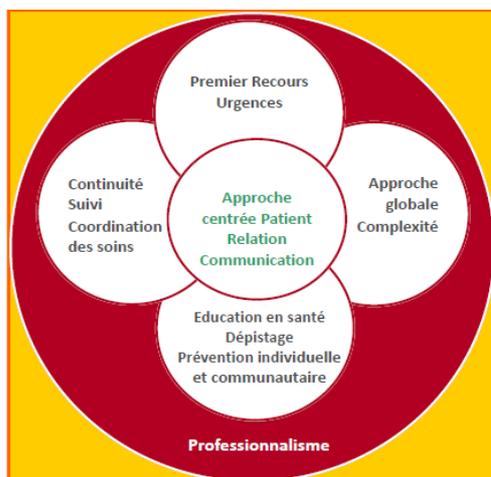
métier de médecin généraliste. Elles concourent à la réalisation des rôles que la société attend du médecin généraliste tels que définis dans la loi HPST (« Hôpital, patients, santé et territoires ») du 21 juillet 2009.

La compétence « travail en équipe au sein du système de santé » est une des onze compétences que l'interne de Médecine Générale doit traiter dans l'élaboration de ses traces d'apprentissage.

Signalons tout de même que ces compétences sont appelées à être modifiées par le projet WONCA (World family doctors. Caring for people). **Les nouvelles compétences du DES de médecine générale** sont formulées ainsi:

1. Premier recours/ Incertitude/ Urgences
2. Prise en charge globale/ Complexité
3. Éducation / Prévention/ Dépistage/ Santé individuelle/ Communautaire
4. Continuité/ Suivi/ Coordination des soins autour du patient
5. Approche centrée du patient/ Relation/ Communication
6. Professionnalisme

Ces nouvelles compétences sont illustrées par la marguerite des compétences de médecine générale ci-dessous:



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

Cette marguerite illustre le fait que la médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales: scientifique, comportementale et contextuelle.

Si la compétence « travailler en équipe au sein du système de santé » n'est donc plus individualisée, elle se retrouve en transversale dans les six compétences telles qu'elles sont maintenant définies.

En 2011, le **revue Prescrire** souligne dans son « Petit Manuel de Pharmacovigilance et de Pharmacologie Clinique » (Rev Prescrire 2010 ; 30 (319) : 391-393) l'importance du travail en équipe.

« Le désastre du *benfluorex* (MEDIATOR^o) a montré une grande insuffisance de culture en matière de pharmacovigilance et pharmacologie clinique en France. Un renforcement de la formation initiale et de la formation continue des professionnels de santé dans ces domaines est indispensable pour prévenir d'autres désastres, soigner chaque patient, avec à la fois, prudence et efficacité ».

Ce manuel propose une sélection de textes publiés afin d'apporter quelques repères, raisonnements

de base et concepts afin de mieux comprendre la pharmacologie et la pharmacovigilance. Il développe ensuite le concept de travail en équipe dans le chapitre « Analyser un événement indésirable en soins de premier recours: une démarche collective des soignants impliqués ».

« L'analyse collective permet d'améliorer la communication, le travail d'équipe, et la culture de sécurité des soignants ».

« Une revue de mortalité et de morbidité RMM est une méthode d'apprentissage de soins, mais elle est applicable par tous les soignants, y compris en soins de premier recours, selon des modalités de travail à élaborer par le groupe de travail concerné ». Une RMM est une analyse en équipe *a posteriori* des causes des événements indésirables.

Les causes mises en évidence sont multiples: non respect des protocoles mis en place par l'équipe, problèmes de communication, etc.

Dans les soins de santé, un pourcentage considérable des erreurs peut être attribué aux défaillances de communication et à l'absence de travail d'équipe efficace (M. Léonard. *Et coll. (2004). The Human Factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Quality And Safety In Health Care. Vol 13. p 85- p 90*). Selon la *Joint Commission* (organisation à but non-lucrative américaine reconnue, gérant l'accréditation d'organisation de santé), les défaillances de communication sont la principale cause profonde de plus de 70 % des événements sentinelles survenus de 1995 à 2003 (*Joint Commission On Accreditation of Healthcare, revue sentinelle*).

En France, l'**Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins (ENEIS)** est créée en 2004 à l'initiative de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques DREES (direction de l'administration publique centrale française: ministères sanitaires et sociaux).

L'enquête sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) rééditée en 2009 montre que la fréquence des événements indésirables graves (EIG) survenus pendant l'hospitalisation est de 6,2 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine), soit environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. Par ailleurs 4,5 % des séjours étaient causés par un EIG, dont 2,6 % par un EIG évitable. Les EIG survenant pendant l'hospitalisation sont le plus souvent associés aux actes invasifs et les EIG à l'origine d'admissions, aux produits de santé. Ces résultats sont identiques à ceux de l'enquête 2004.

L'étude EVISA s'intéresse quant à elle aux Événements Indésirables Survenus en Soins Extra-Hospitaliers.

Ainsi nous voyons que l'erreur médicale est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics mais aussi des professionnels de santé.

L'objectif de notre travail est de comprendre comment les internes de médecine générale produisent des RSCA pour valider la compétence «Travailler en équipe au sein du système de santé». Nous étudierons également quels enseignements se dégagent de la façon dont les IMG répondent aux attentes et consignes du DMG ainsi que le vécu de la problématique « Travailler en équipe au sein du système de santé ».

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE

I. LE TRAVAIL EN EQUIPE

Le travail en équipe est un sujet capital dans le domaine de la santé compte tenu de la multitude des intervenants, tant dans le secteur hospitalier qu'ambulatoire.

Ce sujet est d'autant plus délicat que nombre de médecins libéraux n'ont pas le sentiment de travailler en équipe puisqu'ils sont physiquement seuls dans leur cabinet. Cependant une équipe ambulatoire ne se limite pas à un médecin et son confrère présent dans les murs, elle inclut les correspondants, les pharmaciens, les paramédicaux.

Ce travail d'équipe, idéalement harmonieux, est loin de l'être dans la réalité. Il peut être complexe et difficile, rempli d'incompréhension, voire de conflit. Ce sujet a par ailleurs été développé par Romain MULTON dans la thèse intitulée *les situations de désaccords entre internes de médecine générale et seniors concernant la prise en charge médicale de patient*.

Le chapitre suivant a pour objectif de définir le travail d'équipe, revenir sur la conception du travail d'équipe au fil du temps puis de se concentrer sur le travail en équipe au sein du système de santé.

1. Retour historique

Au cours du XXe siècle, le psychologue américain Kurt Lewin élabore le concept de dynamique de groupe qui deviendra par la suite la « psychologie du travail ». Il crée notamment au MIT le *Research Center for Groupe Dynamics*.

La dynamique de groupe, d'après les travaux de Kurt Lewin et Leon Festinger, développe l'idée que l'appartenance ou la référence à un groupe peuvent favoriser certaines attitudes, croyances ou opinions. Cette influence du groupe peut devenir significative, influençant les représentations et actions individuelles. Ainsi les forces au sein d'un groupe s'équilibrent naturellement et contribuent à sa dynamique. Dans ses travaux, Kurt Lewin développe le concept du comportement du leader (leadership), ainsi que la manière dont une action individuelle sera influencée et influencera le groupe.

Prenant l'exemple d'un élève moyen obtenant de meilleurs résultats lorsqu'il travaille en groupe, l'ouvrage *Circles of Learning* de D.W. Johnson dégage les bénéfices suivants du travail en groupe:

- Amélioration légère de l'apprentissage disciplinaire
- Meilleure mémorisation à long terme
- Motivation intrinsèque
- Attitude plus positive envers la matière étudiée
- Développement d'objectifs de haut niveau de la taxonomie Bloom (modèle pédagogique proposant une classification des niveaux d'acquisition des connaissances).

Johnson réalisera des travaux sur le leadership et en dégagera trois types de leadership:

- La condition directive/leader autocratique: l'animateur dicte les ordres afin de réaliser la consigne initiale, les membres ne sont alors qu'exécutants
- La condition participative/leader démocratique: l'animateur et les membres discutent des ordres ensemble afin de réaliser la consigne initiale.
- La condition « laissez-faire »/leader « laisser-aller »: l'animateur se met en retrait et ne fait qu'observer les membres qui devront eux-mêmes organiser leur travail afin de mener à bien la consigne initiale.

Au vu de ces études, le leader démocratique apparaît celui présentant les meilleurs résultats en terme d'efficacité et de volonté de participation des intervenants.

Critères	Leader autocratique	Leader démocratique	Leader «laisser aller»
Rendement	Apathie vis-à-vis de la tâche	Supérieur - travail efficace, original	Assez faible
Relations entre membres	Tensions, agressivité, égoïsme	Coopération, cohésion, collaboration	Désordre, rivalité, découragement
Influence du meneur	Soumission, ordre, loyauté approbation	Auto-direction (suggestion de procédés - réalisme)	Désordre
Conclusion	Agrément au groupe démocratique, tant du point de vue de l'efficacité du travail que de la volonté des participants à œuvrer ensemble		

(Source: l'Animation des Groupes, B. SENE, 2003)

Comme développé dans l'ouvrage *La Sociologie des Organisations*, Philippe Bernoux définit la psychologie du travail ou psychologie de l'organisation de la manière suivante:

- La division des tâches: définition de chacune des tâches
- La distribution des rôles: chaque individu a un rôle bien précis
- Le système d'autorité: l'ensemble des mécanismes assurant « l'adéquation du comportement de l'individu aux buts que les organisateurs ont fixé à l'organisation ».
- Le système de communication: la mise en relation des membres de l'organisation est indispensable à la réussite. Il souligne que la communication est souvent à sens unique, du sommet vers la base.
- Un système de contribution-rétribution: chaque individu apportant à l'organisation doit recevoir en conséquence. Classiquement, nous considérons que l'individu perçoit un salaire en échange d'un travail.

Dans les années 90, Roger Mucchielli développe la théorie des mécanismes de fonctionnement. Cette théorie développe l'idée selon laquelle l'équipe forme une entité renforcée par le désir de collaborer au travail collectif en s'efforçant d'en assurer le succès. Comme l'expliquait Durkheim (sociologue du XIXe siècle), « Les valeurs morales sont des valeurs sociales », ainsi nous observons que l'appartenance à une équipe devient une éthique. Toute équipe possède ses propres normes, valeurs et codes moraux auxquels chacun se retrouve, ce qui soude ses membres et crée un véritable esprit d'équipe.

Chaque membre de l'équipe s'identifie à son groupe. S'identifier au groupe « c'est considérer comme siens le groupe, ses réalisations, ses succès et ses échecs ». L'identification n'est pas soumission, dévalorisation, démission, mais au contraire un moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige, et donc de valorisation.

Le pendant de ce constat est qu'un seul membre défaillant peut mettre en péril l'équilibre global du groupe. Un élément à fort potentiel peut avoir un effet positif ou négatif, selon son comportement au sein du groupe. A la manière d'un cercle vertueux, une action positive entraînera un renforcement de la cohésion; tandis qu'une action négative entraînera méfiance et perte de motivation. Une équipe s'organise souvent autour d'un leader, figure nécessaire au fonctionnement du groupe. Bien que ce dernier permette d'améliorer les performances de l'équipe, son départ entraîne souvent la perte de tous ces bénéfices.

Roger Mucchielli identifie aussi les conditions requises pour la réussite d'un groupe (ou l'échec si elles font défaut):

- Une communication facile entre les personnes, sans discrimination et sans *a priori*

- Le respect de la parole et la libre expression des désaccords et des tensions
- La non mise en question de la participation affective du groupe
- L'entraide entre tous ses membres
- La volonté de suppléance d'un membre défaillant
- La connaissance des aptitudes et des limites de chacun
- La division du travail après élaboration en commun d'objectifs et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche
- La mutualisation des forces

Le travail en équipe permet la mutualisation des forces la plus optimale.

2. L'équipe

La structure d'une équipe diffère selon ses objectifs, ses mandats, son milieu, la diversité des professions qui la composent et les rapports entre les professionnels de santé qui forment cette équipe. Aucune définition définitive du terme « équipe » n'existe car elle varie selon qu'il est appliqué par les professionnels de santé ou les chercheurs et que chacun tire sa propre compréhension de la terminologie « travail en équipe ». Or si la pratique axée sur l'équipe doit se développer et être encouragée, il est crucial de définir ce qu'est une « équipe », « un travail en équipe », « une collaboration » ainsi que les types de collaboration.

La littérature définit l'équipe comme suit :

« Un groupe de personnes, interdépendantes dans leurs tâches, partageant la responsabilité des résultats, qui se perçoivent et qui sont perçus comme une seule entité, imbriquée dans un plus grand système social et dont les relations s'articulent autour de frontières organisationnelles »

Les principales caractéristiques d'une équipe sont les suivantes :

- elle se compose d'au moins deux membres
- chacun des membres a une tâche ou un rôle en particulier à remplir et interagit et/ou assure la coordination avec les autres membres pour atteindre un objectif ou un résultat commun
- elle prend des décisions
- elle incarne des connaissances et des compétences spécialisées, et assume souvent une charge de travail élevée
- elle présente des interdépendances en ce qui a trait au déroulement du travail, à l'action collective et aux objectifs
- elle fait partie d'un vaste système organisationnel

Les équipes sont habituellement « organisées hiérarchiquement et sont parfois dispersées géographiquement; elles doivent intégrer et synthétiser des éléments, elles doivent assurer une coordination et collaborer à mesure que les exigences des tâches changent au cours d'un épisode d'exécution, pour accomplir leur mission ».

Une équipe est alors par définition de nature interdisciplinaire. Bien que le terme «interdisciplinaire» soit parfois utilisé de façon interchangeable avec le terme « multidisciplinaire », il existe des différences fondamentales.

Une équipe interdisciplinaire intègre les approches de différentes disciplines et prend appui sur des processus de communication axés sur la collaboration plutôt que sur un modèle de communication commun. Une équipe multidisciplinaire met à profit les connaissances et l'expérience liées à différentes disciplines sans intégrer les approches.

Une approche d'équipe transdisciplinaire assure la valorisation et le partage des connaissances et des compétences des membres de l'équipe et dépasse les limites disciplinaires traditionnelles dans le cadre des évaluations et de la planification des services.

De façon générale, les équipes de soins de santé sont caractérisées comme une collaboration interprofessionnelle.

Dans certains cas les professionnels de santé se perçoivent comme travaillant en équipes uni-professionnelles (une équipe d'infirmières) alors que d'autres se voient travaillant dans des équipes institutionnelles (une équipe de prise en charge des AVC formée de divers spécialistes).

Dans le domaine de la santé, les types d'équipe les plus courants sont :

- les équipes de projet (les équipes d'amélioration de la qualité)
- les équipes soignantes et celles de gestion qui s'occupent de
 - l'effectif des patients (les équipes gériatriques)
 - le type de maladie (les équipes de prise en charge des AVC)
 - le milieu où les soins sont prodigués (les soins de première ligne, l'hôpital et les soins de longue durée).

3. La communication

Au sein d'une équipe, la communication peut être abordée sous deux angles :

- L'approche axée sur l'ingénierie informationnelle qui définit la communication comme étant la transmission linéaire de messages par l'intermédiaire d'un conduit
- L'approche axée sur la construction sociale dans laquelle la communication efficace est la transmission exacte et ininterrompue d'informations qui donne lieu à la compréhension, de sorte que les destinataires décodent les messages transmis.

L'approche axée sur la construction sociale met l'accent sur la façon dont la communication au sein des équipes peut créer le contexte dynamique dans lequel les gens travaillent. Ce point de vue défend l'idée que la communication, plutôt que d'être un simple conduit neutre, est le principal processus social par lequel un monde commun, ayant un sens, se construit.

La communication au sein d'une équipe est à la fois la transmission et la construction sociale de la réalité, englobant les cadres explicites et implicites que l'équipe élabore au sujet des objectifs, des rôles et des comportements appropriés. Au sein d'une équipe, la communication efficace peut créer une « force centripète » qui rassemble les membres de l'équipe en favorisant une connaissance commune de la situation contextuelle et en approfondissant la capacité de chacun des membres à agir en tenant compte du point de vue des autres.

4. Le travail en équipe et la collaboration

Les membres d'une équipe doivent participer à la fois à des processus liés à des tâches et au travail d'équipe pour atteindre leur objectif commun. Les tâches constituent l'élément de rendement que le membre individuel fournit sans interagir avec les autres membres. Le travail d'équipe est l'élément de rendement interdépendant qui est nécessaire à la coordination efficace du rendement de plusieurs membres de l'équipe.

Le travail d'équipe a été bien étudié dans différentes disciplines. Ainsi, une myriade de modèles ont été développés dont certains sont parcimonieux tandis que d'autres sont davantage contextualisés (certains modèles seront présentés par la suite).

Le tableau suivant illustre certaines caractéristiques d'une équipe efficace:

Structure organisationnelle	Contribution individuelle	Processus d'équipe
Objectif clair	Connaissance de soi	Coordination
Culture appropriée	Confiance	Communication
Tâche précise	Engagement	Cohésion
Rôles distincts	Souplesse	Prise de décision
Leadership convenable		Gestion des conflits
Membres compétents		Relations sociales
Ressources suffisantes		Rétroaction sur le rendement

(Source : Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé, Lisha Lo, MPH, 2011)

Le travail en équipe est l'interaction ou la relation entre deux ou plusieurs professionnels de santé qui travaillent de manière interdépendante afin de prodiguer des soins aux patients. Le travail en équipe signifie que les membres de l'équipe :

- sont mutuellement dépendants
- se perçoivent comme travaillant collaborativement pour les soins axés sur le patient
- profitent du travail collaboratif dans les soins aux patients
- se partagent les renseignements pouvant mener au partage des prises de décisions
- savent quand le travail en équipe devrait être utilisé pour maximiser les soins axés sur le patient.

La collaboration se définit quant à elle par les rapports et interactions qui prennent place entre les collègues.

Ainsi le travail en équipe peut-être une des formes possibles de collaboration, néanmoins toutes les collaborations ne s'effectuent pas en équipe.

Le travail en équipe est le produit de la collaboration. La collaboration est le processus par lequel il y a interaction et relation entre des professionnels de santé qui travaillent dans un milieu où il y a une équipe, qu'ils se perçoivent ou non comme membre d'une équipe.

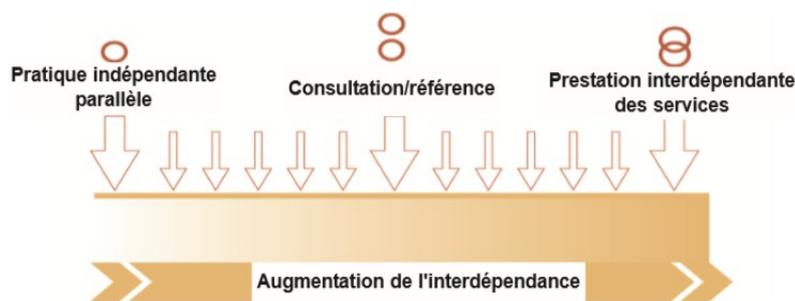
Une collaboration efficace mène à un travail en équipe efficace. Cette dernière peut être perçue comme un procédé qui affecte les résultats du travail en équipe (amélioration des soins au patient et satisfaction du soignant) ou comme une fin en soi.

5. Les types de collaboration

La pratique passe de l'interdépendance à l'interprofessionnalisme. De façon générale cela requiert plus de collaboration lorsque les besoins sont complexes et que les personnes reçoivent des soins qui nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels de santé.

Le schéma qui suit montre que la collaboration entre les professionnels de santé est dynamique et s'effectue dans un continuum défini par les trois aires suivantes :

- pratique indépendante parallèle entre professionnels autonomes et travaillant ensemble
- consultation et référence où les professionnels échangent des renseignements
- prestation interdépendante des services et prise de décision interdépendante.



(Source : Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada, CHSRF-FCRSS, 2006)

Les professionnels de santé qui, dans leur pratique, utilisent la communication interprofessionnelle et qui prennent des décisions qui encouragent la collaboration (c'est-à-dire des décisions qui s'appuient sur la connaissance partagée et une série d'aptitudes professionnelles pour transformer les soins prodigués aux patients) font de la pratique collaborative.

La collaboration interprofessionnelle varie selon la complexité des besoins de santé, le nombre et l'expertise des professionnels de santé qui travaillent pour répondre à ces besoins.

Heinemann et Zeiss ont identifié deux types de processus de collaboration au sein des équipes :

- les processus qui développent l'interdépendance entre les membres de l'équipe
- les processus liés à la croissance et au développement personnel de chacun des membres de l'équipe.

Les recherches montrent l'existence d'éléments interdépendants essentiels qui favorisent le processus de collaboration, parmi lesquels la coopération et l'attitude face à la résolution de conflits qui sont indispensables à une collaboration efficace. La communication, la confiance en soi, la confiance envers les collègues, l'autonomie, le respect mutuel et le sentiment d'une responsabilité partagée sont autant d'éléments essentiels à la collaboration.

D'autres facteurs communs ont été identifiés chez les équipes de professionnels de santé qui pratiquent de façon collaborative :

- un grand respect mutuel entre les membres de l'équipe
- des rôles clairement définis au sein de l'équipe
- des résolutions de conflits efficaces
- une plus grande promptitude à répondre aux besoins des patients
- le sentiment de responsabilité collective des membres
- la conviction des membres que l'intégration du travail est une responsabilité à faire valoir.

6. Quelques modèles de travail en équipe

Le modèle IPO (inputs [intrants], processes [processus], outputs [extrants]) à trois étapes définit les caractéristiques des équipes efficaces et présente un cadre permettant d'organiser les facteurs qui peuvent favoriser ou inhiber l'efficacité des équipes. Ce cadre utilise des intrants (ressources), maintient des processus internes et produit des extrants résultant des intrants et de la capacité de production. Les intrants comprennent les caractéristiques des membres de l'équipe, notamment les capacités, les expériences passées et les ressources organisationnelles disponibles. Les processus comprennent les actes et les comportements interdépendants qui convertissent les intrants en extrants, y compris le rendement de l'équipe, les résultats des tâches et la satisfaction des membres de l'équipe.

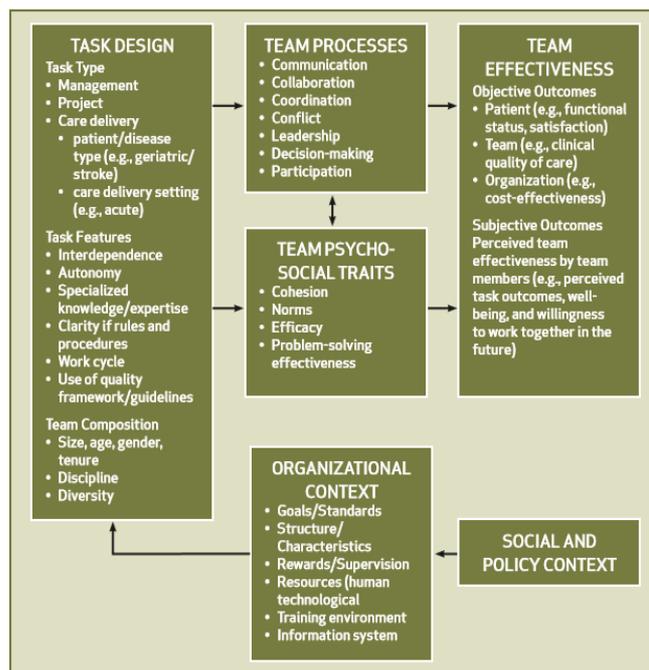


(Source : Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé, Lisha Lo, MPH, 2011)

Sous un angle différent, la structure organisationnelle, les contributions individuelles et les processus d'équipe peuvent être comparés au modèle IPO.

L'analyse des intrants (structure organisationnelle et contributions individuelles) peut aider à cerner les questions qui nécessitent des améliorations tandis que les extrants (processus d'équipe) peuvent servir à évaluer l'efficacité de l'équipe.

Le modèle heuristique de ITEM [Integrated (Health Care) Team Effectiveness Model] fusionne les travaux des chercheurs du domaine de la santé Fried et coll. ainsi que Schweikhart et Smith-Daniels avec ceux des chercheurs du domaine des études organisationnelles Cohen et Bailey. Les recherches de ces derniers ont servi de fondement au modèle ITEM présenté ci-dessous



(Source : Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé, Lisha Lo, MPH, 2011)

Le cadre conceptuel de Salas établit cinq éléments de base de l'efficacité du travail d'équipe :

- leadership d'équipe
- l'orientation collective
- la surveillance réciproque du rendement
- le comportement de soutien
- l'adaptabilité.

L'interaction entre les cinq éléments laisse entendre que:

- le leadership influe directement sur l'orientation collective, la surveillance du rendement et le comportement de soutien
- l'orientation collective et le comportement de soutien influent sur la surveillance du rendement
- la surveillance du rendement et le comportement de soutien engendrent l'adaptabilité.

Ces rapports sont favorisés par trois mécanismes de coordination: les modèles mentaux communs, la communication en boucle fermée et la confiance mutuelle.

Les éléments de base combinés aux trois mécanismes de coordination comprennent les Connaissances, les Habiletés et les Aptitudes (CHA) particulières que les membres de l'équipe devraient posséder pour favoriser un travail d'équipe efficace.

Le leadership d'équipe est, par exemple, l'aptitude à diriger et coordonner les activités des autres membres, évaluer le rendement, attribuer les tâches. La surveillance réciproque du rendement est l'aptitude à arriver à une compréhension commune du travail en équipe. Le comportement de soutien est l'aptitude à prévoir les besoins des autres membres de l'équipe grâce à la connaissance précise de leur responsabilité.

Le modèle de Hackman sur l'efficacité de l'équipe est couramment utilisé. Il comprend trois dimensions :

- produire un « produit » de haute qualité
- la capacité des membres de l'équipe à continuer à travailler ensemble dans l'avenir (la pérennité)
- la contribution de l'équipe au bien-être et à la croissance professionnelle de ses membres.

D'après ce modèle les facteurs suivants sont parmi ceux qui influencent l'efficacité: la conception du travail (l'interdépendance, la clarté des buts); la composition du groupe (sa taille, la diversité des expertises); les normes établies par le groupe (la coordination) et les normes organisationnelles (la rémunération, la formation, l'information).

7. Efficacité d'une équipe

L'efficacité de l'équipe découle d'interactions complexes entre la conception des tâches, les processus d'équipe, les caractéristiques psychosociales de l'équipe et l'efficacité de l'équipe. Les facteurs de conception des tâches sont influencés par des environnements externes, peuvent être manipulés par les gestionnaires pour améliorer l'efficacité de l'équipe et peuvent influencer directement sur les résultats de l'équipe ou peuvent influencer sur les résultats par l'intermédiaire de leur incidence sur les processus et les caractéristiques de l'équipe. Les processus d'équipe se distinguent des caractéristiques psychosociales inhérentes à l'équipe. Les processus et les caractéristiques de l'équipe interagissent les uns avec les autres et sont influencés par la conception des tâches de manière à influencer sur les résultats de l'équipe.

Lemieux-Charles et McGuire ont développé un modèle intégré d'efficacité en équipe (ITEM) et spécifique aux services de santé afin d'aider les chercheurs et les médecins à analyser les facteurs qui influencent le fonctionnement des équipes et leur efficacité. Dans ce modèle l'efficacité s'articule par le biais d'objectifs clairs et de mesures subjectives qui peuvent être définis en tenant compte des questions suivantes :

1. Quelle est la tâche de l'équipe? Quelles sont les caractéristiques propres à la tâche réalisée par l'équipe (par exemple l'étendue de la collaboration requise) ?
2. Comment l'équipe est-elle composée (sa taille, l'âge et le sexe de ses membres) ?
3. Existe-t-il des procédés servant à améliorer le travail en équipe (communication et coordination) ?
4. Quels sont les traits psychosociaux de l'équipe (les normes de l'équipe et sa cohésion) ?

5. Dans quel cadre organisationnel l'équipe existe-t-elle (le milieu, les ressources, le leadership) ?
6. Quels sont les contextes sociaux et politiques relatifs aux équipes (les facteurs systémiques) ?

Ainsi Lemieux-Charles et McGuire définissent les équipes des services de santé et l'efficacité du travail en équipe en fonction des réponses à ces questions:

- Le plan de la pratique et des interactions entre les membres des équipes qui influencent le travail en équipe
- Les facteurs organisationnels qui facilitent un travail en équipe efficace
- Les cadres sociaux et politiques qui peuvent affecter les niveaux organisationnels et pratiques

Les facteurs de la pratique, de l'organisation et du système influencent l'efficacité de l'équipe.

D'autres moyens utilisés pour mesurer le résultat des équipes médicales efficaces sont :

- les résultats des objectifs :
 - le comportement clinique (statut fonctionnel, satisfaction du patient)
 - l'attitude organisationnelle (efficacité, coûts)
 - l'attitude du patient (adhésion aux prescriptions)
- l'évaluation subjective des résultats ayant trait à l'efficacité de l'équipe qui est souvent liée à l'attitude évaluée par les membres de l'équipe (perception du fonctionnement de leur propre équipe).

Différentes études ont fourni des notions sur les mécanismes employés pour faciliter la procédure de collaboration nécessaire au travail en équipe :

- des études d'intervention qui comparent les équipes
- des études sur le terrain qui examinent les liens et caractéristiques entre les équipes (facteurs), processus et résultats.

Les études d'intervention qui faciliteraient le travail en équipe pourraient être un service, une activité, une méthode, un processus, un outil, une approche ou une stratégie appliquée dans le milieu des services de santé pour encourager le travail en équipe.

Les interventions peuvent survenir au niveau pratique (avec des professionnels de santé au sein des équipes) ou au niveau organisationnel (avec les leaders et administrateurs qui donnent leur appui aux équipes). Le niveau pratique comporterait des séances pratiques sur la conception des équipes, de l'auto-gestion, des rondes interdisciplinaires. Le niveau organisationnel comporterait lui des planifications stratégiques, des ateliers sur le leadership, l'établissement de protocole sur les rôles et les responsabilités.

Les recherches dénotent que les compétences spécifiques et les aptitudes nécessaires pour collaborer efficacement peuvent être apprises. Elles comprennent :

- la connaissance du rôle du professionnel de santé
- la capacité de communiquer efficacement avec d'autres professionnels de santé
- la capacité de refléter les rôles et attitudes des professionnels de santé qui ont trait à la confiance mutuelle
- la volonté de collaborer

Pour être efficaces les équipes ont besoin de structures claires qui soulignent :

- les objectifs de l'équipe
- les rôles et responsabilités des membres de l'équipe
- les mécanismes d'échange d'informations

- les mécanismes de coordination pour les activités de l'équipe et pour sélectionner le personnel.

8. Un exemple optimal : les Organismes à Haute Fiabilité OHF

Les organisations à haute fiabilité (OHF) sont des milieux relativement exempts d'erreur parce qu'elles ont établi des systèmes qui leur permettent d'éviter constamment les erreurs potentiellement catastrophiques tout en atteignant leurs objectifs. Ce qui caractérise les OHF est que leur préoccupation à l'égard des défaillances fait en sorte que les erreurs soient évitées. Les systèmes de santé sont semblables aux OHF car ils peuvent faire face à divers événements imprévus dans des conditions critiques. Ces événements ont habituellement des répercussions au niveau individuel contrairement aux catastrophes de grande envergure touchant de nombreuses personnes qui surviennent dans d'autres industries (aviation, nucléaire).

La théorie de la haute fiabilité traite la sécurité et la fiabilité de manière égale et suppose que si chacun des éléments du système fonctionne de façon fiable, aucun accident ne surviendra.

La pratique de haute fiabilité englobe:

- les comportements organisationnels qui reflètent une préoccupation à l'égard des défaillances
- une hésitation à accepter les simplifications
- la sensibilité aux opérations
- la résilience à l'erreur
- la déférence envers l'expérience.

Ces cinq comportements contribuent à créer l'état de conscience requis pour assurer la fiabilité. Cette dernière, quant à elle, doit être établie pour qu'il soit possible d'assurer la sécurité.

La fiabilité est définie comme la probabilité selon laquelle « un élément satisfait, au fil du temps et dans des conditions données aux exigences de rendement auxquelles il est assujéti ». La sécurité est l'absence de pertes inacceptables ou d'accidents.

Un certain nombre d'organismes de santé appliquent les préceptes ou principes des OHF. Ces organismes affichent un engagement ferme envers la sécurité des patients par leur volonté à changer dans le cadre de leur culture organisationnelle et les efforts qu'ils déploient pour stimuler le changement en vue d'améliorer la qualité des soins.

La clinique Mayo illustre cet engagement par son approche à quatre volets qui met l'accent sur les éléments fondamentaux consistant à :

- optimiser la culture en ce qui a trait à la sécurité, aux résultats et aux services
- améliorer l'infrastructure de soutien
- utiliser efficacement les systèmes et l'ingénierie des facteurs humains
- assurer une exécution disciplinée et efficace avec l'aide et sous la direction des comités de la qualité.

Les OHF non liées aux soins de santé sont l'aviation commerciale, les forces militaires et les centrales nucléaires. Ces secteurs sont apparus comme des OHF après avoir continuellement cerné les indicateurs de dangers possibles et avoir lutté contre ces dangers afin d'assurer le fonctionnement continu des systèmes et d'éviter les désastres.

Dans les secteurs miniers, pétroliers et nucléaires les efforts visant à déceler les causes des défaillances de système ont fait l'objet de plusieurs étapes de développement prenant appui les unes sur les autres au fil du temps. Pendant la « période technique », qui a débuté au cours des années 1900, les accidents étaient attribués à des défaillances mécaniques notamment liées à la conception, à la construction et à la fiabilité de l'équipement. Au cours des années 1920, on considérait que les erreurs humaines étaient la source des défaillances de système attribuant ainsi le blâme et la responsabilité de l'acte dangereux à la personne. Dès la fin des années 1940, la « période

sociotechnique », la conception des erreurs humaines a commencé à être considérée comme une interaction entre des facteurs humains et techniques. Au cours de la quatrième étape de développement, on a reconnu la « culture organisationnelle » comme une cause de défaillance du système. À partir des années 1980 des chercheurs ont reconnu que les exploitants n'utilisent pas la technologie de façon isolée, mais au sein d'une équipe coordonnée, d'une organisation ancrée dans une culture particulière.

Les mesures visant à remédier à ces causes de défaillances de système portaient principalement sur la formation au travail d'équipe et la modification de la culture organisationnelle et prenaient appui sur une approche axée sur des facteurs humains. Cette approche postule que les contraintes inhérentes à la faillibilité de l'être humain conduisent à la survenue d'erreurs, même en ce qui concerne les personnes compétentes et expérimentées. Les facteurs humains englobent tous les facteurs environnementaux, organisationnels et liés à l'emploi ainsi que des caractéristiques individuelles qui influent sur le comportement au travail et par conséquent sur les résultats organisationnels. La formation au travail d'équipe et la modification de la culture organisationnelle fonctionnent en améliorant les compétences non techniques, notamment liées à la communication, à la connaissance de la situation, à la prise de décision et au travail d'équipe.

La culture organisationnelle définie du point de vue de la psychologie organisationnelle repose sur des « principes de base appris par un groupe lors de la résolution de ses problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, qui ont fonctionné suffisamment bien pour être considérés comme valides et qui, par conséquent, doivent être enseignés aux nouveaux membres comme manière appropriée de percevoir, de réfléchir et de sentir, relativement à ces problèmes ». Cette définition met l'accent sur l'importance fonctionnelle de la culture et sur les moyens par lesquels la productivité peut être améliorée. La culture organisationnelle transmet un sentiment d'identité aux membres et améliore la stabilité du système social qui influe sur les comportements de manière à aider à développer l'engagement organisationnel, à établir une philosophie de gestion et à motiver le personnel. Ce point de vue présume que la culture organisationnelle peut être divisée en éléments plus petits (culture de sécurité, culture de service, culture de créativité et culture de motivation) pouvant être manipulés de façon empirique.

La culture de sécurité est « la valeur et la priorité accordée en permanence à la sécurité des travailleurs et du public par chaque membre de chaque groupe à chaque échelon d'une organisation. Elle renvoie à la mesure dans laquelle les personnes et les groupes s'engageront à assumer personnellement la responsabilité de la sécurité, à agir de manière à protéger et à accroître la sécurité et à communiquer les préoccupations qui y sont liées, à s'efforcer d'apprendre activement, d'adapter et de modifier les comportements (individuels et organisationnels) en fonction des leçons tirées des erreurs et seront récompensés d'une manière conforme à ces valeurs ».

Nous retrouvons de multiples modèles de cultures de sécurité dans l'analyse approfondie réalisée par Cooper.

Une culture de sécurité positive est caractérisée par « des communications fondées sur la confiance mutuelle par des perceptions communes de l'importance de la sécurité et par la confiance dans l'efficacité des mesures de prévention ».

Selon Reason, quatre aspects favorisent une culture de sécurité positive : une culture éclairée dans laquelle les personnes qui gèrent et exploitent le système possèdent des connaissances à jour sur les facteurs qui déterminent la sécurité du système :

- une culture de rapports, dans laquelle les gens sont prêts à signaler leurs erreurs
- une culture juste, dans laquelle les gens sont encouragés à fournir des renseignements liés à la sécurité et/ou sont récompensés à cette fin
- une culture d'apprentissage, dans laquelle les gens ont la volonté et les connaissances requises pour tirer les conclusions appropriées des renseignements sur la sécurité en vue de

mettre en place des réformes.

- Une culture de sécurité efficace donne éventuellement lieu à l'établissement d'un objectif visant à ramener à zéro le nombre d'accidents dont le processus de réalisation varie d'une organisation à l'autre.

Il existe au moins cinq thèmes généraux liés à la culture de sécurité qui sont mesurables: l'engagement organisationnel, la participation de la direction, l'habilitation des employés, les systèmes de récompense et les systèmes de rapport.

II. L'EQUIPE DYSFUNCTIONNELLE

Elle est une source d'erreurs au sein du secteur médical. Il a été évalué que si 80% des erreurs sont souvent rectifiées par celui qui les a commises, les 20% restants peuvent être rattrapées par l'ergonomie du système, ou ne pas être rattrapées.

La HAS a élaboré une base de retour d'expérience (base REX) avec l'aide de médecins engagés dans l'accréditation.

Ainsi sur 28.705 événements déclarés entre 2011 et 2013, la cause liée à l'équipe représente 26,87%.

Au sein des causes liées à l'équipe 35,67% concernent la communication entre professionnels, 14,51% la transmission des alertes et 8,51% la communication vers le patient et son entourage.

Un pourcentage considérable des erreurs peut à titre d'exemple être attribué aux défaillances de communication et à l'absence de travail d'équipe efficace. Selon la *Joint Commission*, la défaillance de communication est la principale cause profonde de plus de 70 % des événements sentinelles survenus de 1995 à 2003 au Canada.

Il peut être difficile d'assurer la cohésion d'une équipe en raison d'un certain nombre de facteurs, y compris les domaines d'études propres aux disciplines, la création ponctuelle d'équipes dont la composition change (citons l'exemple des équipes de bloc opératoire ou d'intervention d'urgence).

Le sociologue Christian Morel définit alors les décisions absurdes comme des « erreurs radicales et persistantes dont les auteurs agissent avec constance et de façon intensive contre le but qu'ils se sont donné ».

Il explique, en outre, comment au sein d'équipes, *a priori* entraînées, des erreurs aux conséquences désastreuses se produisent, notamment à cause d'une certaine hiérarchie et d'une mauvaise interprétation des souhaits des autres membres. Il définit alors des modèles tels que le modèle hiérarchique autonome, le modèle hiérarchique validé, le modèle hiérarchique autonome accepté, pour ne citer que les plus connus.

III. LA FORMATION AU TRAVAIL EN EQUIPE

1. La formation au travail en équipe dans les systèmes de santé

La plupart des programmes de formation au travail d'équipe dans les soins de santé s'appuient sur les principes des facteurs humains qui ont souvent été utilisés pour améliorer la conception du matériel, les environnements de travail et le rendement humain dans le domaine de l'aviation et le milieu militaire. Après avoir constaté le nombre d'accidents attribuables à des erreurs de pilotage qui découlaient en fait du manque de compétences en matière de communication, de coordination et de prise de décision, l'industrie de l'aviation a élaboré le programme Crew Resource Management (CRM) (la gestion des ressources en équipe), le premier programme de formation au travail d'équipe axé sur les compétences non techniques.

Le CRM privilégie l'acquisition de compétences non techniques (cognitives et interpersonnelles) afin d'améliorer la communication, la prise de conscience des situations à risques, la résolution des problèmes, la prise de décision et globalement la performance au sein d'une équipe mettant en relation des professionnels habitués à travailler de manière isolée. L'objectif est d'apporter une

formation incitant les commandants de bords et copilotes à adopter le style démocratique/participatif de Lewin.

La structure du programme comporte généralement trois phases :

- sensibilisation
- mise en pratique des compétences et rétroaction
- formation périodique

Le CRM permet donc de sensibiliser les membres de l'équipe aux compétences cognitives et sociales essentielles au travail d'équipe efficace, d'offrir aux équipages de conduite une formation leur permettant de reconnaître leur faillibilité humaine et d'utiliser toutes les ressources dont ils disposent, y compris leurs propres capacités et celles de leur équipe.

Il fait appel à des techniques de simulation, à la formation au travail d'équipe, à la tenue de séances d'information de groupe et aux processus d'amélioration du rendement pour perfectionner les compétences en matière de présentation de séances d'information, d'enquête, d'affirmation de soi, de répartition de la charge de travail et de vigilance.(le CRM a aussi été mis en œuvre dans le domaine de l'aviation militaire sous la désignation Team Dimensional Training/TDT/formation dimensionnelle au travail d'équipe. La TDT aide les équipes à analyser et à corriger leurs erreurs opérationnelles, un processus guidé par l'enseignement offert aux chefs d'équipe).

Les études sur la formation au travail d'équipe n'ont pas toutes fait état d'enjeux et de défis liés à la mise en œuvre, mais ceux qui ont été décrits sont présentés ci-dessous:

Culture professionnelle hiérarchique

- La résistance de certains professionnels à participer aux formations met en évidence une certaine idée de hiérarchie au sein d'une équipe, comme une tradition culturelle
- Les défis que soulève la hiérarchie traditionnelle se posent toujours, même après la formation

Logistique

- Nécessité de disposer de suffisamment d'espace, de temps et d'équilibrer les horaires

Aspects pratiques

- Nécessité d'assurer la créativité de l'enseignement offert parce-que les membres des équipes peuvent provenir de divers domaines autres que ceux de la médecine, des soins infirmiers et du travail social
- La formation exige un effort concerté et soutenu qui peut ne pas être récompensé immédiatement
- Il est très difficile d'apporter des changements à la formation des professionnels de santé, le temps et les efforts requis dépassent souvent les prévisions initiales
- Nécessité de reconnaître les écarts de compétences entre les apprenants car ces écarts peuvent nuire à l'efficacité des équipes d'étudiants

Coûts

- Infrastructure : Coûts directs du capital et de l'exécution de la simulation à haute fidélité; Programmes exclusifs par opposition aux programmes non exclusifs
- Main-d'œuvre : Personnel de remplacement pour prendre la relève des personnes suivant une formation; personnel chargé de diriger et d'exécuter la simulation à haute fidélité; Formateurs du programme de formation au travail d'équipe
- Coûts de substitution (temps consacré à la formation)
- Coûts directs de la mise en œuvre

Charge de travail

- Le personnel a initialement déploré le fait que les processus de travail d'équipe augmentent la charge de travail

Culture organisationnelle

- Absence de leadership et de soutien (financier et en main-d'œuvre) pour l'exécution des programmes non exclusifs de formation au travail d'équipe

Il apparaît que le leadership est le facteur de réussite le plus important pour éliminer les obstacles que sont la sensibilisation, la responsabilité, les capacités et l'action réduite et accélérer l'amélioration du rendement et la transformation. Les dirigeants doivent être conscients des lacunes de rendement et doivent être tenus directement et personnellement responsables du fait de combler ces lacunes.

Des données probantes laissent entendre que la formation au travail d'équipe représente approximativement 20 % de la variance du rendement des équipes.

2. Efficacité des modèles de formation

Sous l'hypothèse selon laquelle les compétences non techniques enseignées et mises en pratique influent sur le rendement des équipes, des indicateurs ou outils de mesures de rendement des équipes (résultats) ou du travail d'équipe (processus) ont été élaborés. Le but est évidemment d'améliorer les pratiques de formation. Certaines données alors évaluées sont : Réaction des participants, modification des perceptions et des attitudes, acquisition de connaissances et de compétences, changement de comportement, changement dans la pratique organisationnelle et avantages pour les patients.

Nous pouvons citer l'échelle d'évaluation de Kirkpatrick dans la formation en entreprise.



(Source : <http://www.gosignmeup.com/kirkpatrick-phillips-model>, 2013)

Par la suite, le consultant américain Jack Phillips a enrichi le modèle de la manière suivante :

- Niveau 1 – Réactions : Comment ont réagi les formés à l'issue de la formation? Ont-ils apprécié celle-ci? En sont-ils satisfaits?
- Niveau 2 – Apprentissage : Qu'ont appris les formés à l'issue de la formation? Quelles connaissances, habiletés et/ou attitudes (savoir, savoir-faire, savoir-être) ont été acquis? Les

objectifs pédagogiques ont-ils été atteints? Il s'agit ici de l'évaluation pédagogique. Habituellement, l'évaluation est dite «normative» lorsque son résultat est comparé aux résultats obtenus par un groupe. Elle est dite « critériée » lorsque son résultat est comparé à un critère. En fonction du moment de l'évaluation (ou de son objectif), la typologie suivante peut être proposée:

- Évaluation pronostic : Elle a pour fonction d'établir, à partir d'épreuves standardisées, une estimation des chances de réussite d'une personne dans une performance ultérieure.
 - Évaluation diagnostic : Évaluation qui, effectuée avant une action de formation ou une séquence d'apprentissage, a pour but de produire des informations permettant d'ajuster la formation au profil du formé.
 - Évaluation formative : Elle permet à l'apprenant, au cours ou au terme d'une phase d'apprentissage, de repérer ses progrès, d'identifier ses points forts, mais aussi de comprendre ses propres difficultés et d'y remédier en connaissance de cause. Le formateur doit aider à cette compréhension et au besoin proposer les remédiations nécessaires.
 - Évaluation sommative : Évaluation ayant pour but de sanctionner (positivement ou négativement) une activité d'apprentissage afin de comptabiliser ce résultat en vue d'un classement, d'une sélection, d'une certification ou d'une validation
- Niveau 3 - Comportements (ou transfert): Est-ce que les formés utilisent ce qu'ils ont appris en formation à leur poste de travail? Quels comportements professionnels nouveaux ont été mis en place?
 - Niveau 4 - Résultats: Quel est l'impact de la formation sur les résultats de l'entreprise? (diminution du taux d'absentéisme, des accidents de travail, augmentation du chiffre d'affaire, de la productivité, de la satisfaction clientèle, etc.)
 - Niveau 5 - Retour sur investissement : Les bénéfices et/ou économies réalisés sont-ils supérieurs au coût total de la formation (coûts directs et indirects)? La formation a-t-elle généré un retour sur investissement?

Il est ainsi possible d'évaluer la formation selon ces cinq niveaux de résultats (même si toutes les formations ne sont pas évaluables jusqu'au niveau 5 compte tenu de l'objectif propre à chaque formation). Usuellement lorsque l'on parle d'évaluation « à chaud », cela désigne fréquemment le niveau 1 (parfois le niveau 2), tandis que l'évaluation « à froid » concerne le niveau 3.

D'autres modèles ont été développés afin de savoir si une formation a été efficace ou non. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte. Il est nécessaire de prendre en compte ces facteurs pour comprendre pourquoi une formation a été efficace ou non. Il est possible de les regrouper en trois catégories:

Les facteurs liés à l'individu : motivation du stagiaire à se former, à transférer ce qu'il a appris, confiance en sa capacité à réussir la formation, niveau d'entrée (pré-requis), etc.

Les facteurs liés à la formation : équilibre entre la théorie et la pratique, conception de la formation prenant en compte les caractéristiques de l'environnement de travail du stagiaire, rythme d'apprentissage, etc.

Les facteurs liés à l'environnement de travail : soutien du manager et/ou des collègues dans la mise en œuvre de ce qui a été appris, disponibilité des ressources pour utiliser les acquis de la formation, culture d'entreprise encourageant au développement des compétences, etc.

À cela s'ajoute l'effet de l'évaluation elle-même. Évaluer les apprentissages permet d'améliorer l'efficacité de la formation en influençant positivement certains facteurs liés à l'individu.

3. CRM concret

Dans le secteur médical de nombreuses erreurs sont commises. Devant ce constat, les techniques du CRM y ont été transposées dans ce qui est appelé le Medical Team Training (MTT). Ce modèle de formation a été expérimenté pour la première fois à l'hôpital universitaire de Bâle en Suisse en 1994. Les premiers résultats semblent montrer une réduction de la mortalité post-opératoire, ainsi que l'amélioration du travail d'équipe et de la communication ce qui augmenterait la satisfaction au travail et ainsi diminuerait le stress et le turn-over des équipes.

Le projet MTT développé par la HAS (HAS pour 2012 – 2013) précise alors:

« A l'instar des expériences menées au niveau international, la HAS a décidé de développer une expérimentation de CRM auprès de plusieurs équipes de soins afin de définir les conditions de réalisation de ce type de formation en France et élaborer un cahier des charges pour leur déploiement au sein des établissements de santé. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la réflexion sur l'évolution de la certification, de l'accréditation et du développement professionnel continu ».

La HAS a poursuivi dans cette démarche avec le projet PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe) en 2014:

Devant le constat que les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont fréquents (8e cause de décès aux États-Unis avant les accidents de la voie publique), le travail en équipe efficace apparaît comme une barrière de sécurité contre les événements indésirables, un facteur de qualité de la prise en charge du patient, un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels et un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient.

Le but de cette expérimentation est d'évaluer le programme PACTE qui soutient les pratiques collaboratives.

Les objectifs sont de définir une équipe efficace; formaliser les méthodes et outils, définir la participation du patient et ses modalités, évaluer l'efficacité des équipes.

Après la sélection de cent candidats le projet consiste à recréer des scénarios ou des apprentissages techniques dans un environnement réaliste.

IV. LA FORMATION PEDAGOGIQUE AU SEIN DU DES DE MEDECINE GENERALE DE LA FACULTE PARIS DIDEROT

« La compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation » (R. Wittorski, 1997).

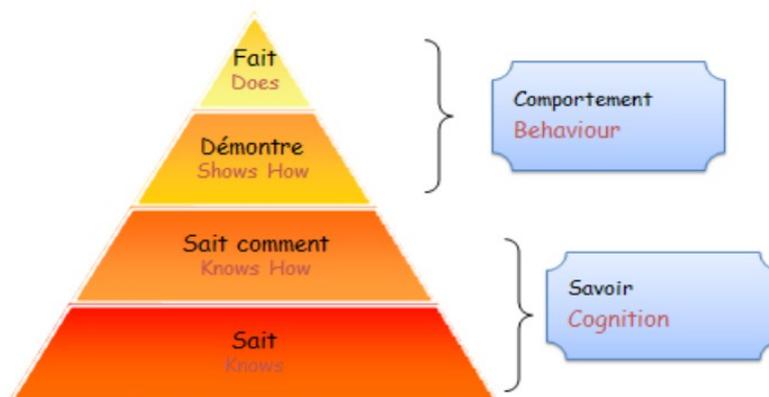
« Être compétent » ne signifie pas « avoir des compétences ». Alors que le premier est synonyme de « agir avec compétence », le second signifie « avoir des ressources pour agir avec compétence ». Ce sont les mises en situation qui permettent à un professionnel possédant des compétences d'être compétent.

Les pratiques professionnelles peuvent être alors définies par la rencontre des ressources personnelles et de situations professionnelles.

La pyramide de Miller permet de visualiser la progression du sujet apprenant dans l'acquisition de compétences professionnelles.

Nous distinguons différentes étapes d'acquisition et d'intégration de compétences au premier niveau. Sur le plan des ressources mobilisées et du **savoir**, l'étudiant est en mesure de restituer un certain nombre de connaissances dont il peut ensuite discuter l'adéquation en fonction de diverses familles de situation.

Au second niveau, dans le domaine du **comportement**, l'étudiant sera en mesure de démontrer, éventuellement de reproduire des situations d'un certain type, puis il saura choisir la conduite la plus adéquate en regard d'un certain nombre de « situations types ».



(Source : Miller GE The assessment of clinical skills/ competence/ performance. Academic Medicine (Supplement) 1990; 60: S63-S7)

Le troisième cycle d'études médicales est professionnalisant. Son but est de préparer aux rôles du médecin généraliste, notamment dans la responsabilité sociétale de l'université médicale.

La formation consiste en un cursus professionnel de trois ans aboutissant à la certification des compétences de médecine générale.

Ce cursus se compose de quatre types de formations:

- Une formation pratique : 6 stages hospitaliers et ambulatoires
- Une formation théorique comportant 200 heures sur les trois années
- Une formation méthodologique : production de traces d'acquisition de compétences
- Une formation à la recherche : thèse en médecine générale ou mémoire de D.E.S.

L'ensemble des éléments composants ce cursus est compilé dans le portfolio, recueil en ligne sur le site internet du DMG propre à chaque étudiant. Il permet à ce dernier, médecin en devenir, mais aussi à son tuteur, de suivre sa progression et son évolution au cours des trois ans d'enseignement.

1. La formation pratique

Elle réside dans la réalisation d'une maquette de six stages de six mois chacun en tant qu'interne dans des terrains de stages validés par l'ARS.

La maquette est définie au *Bulletin Officiel [B.O.]* n°39 du 28 octobre 2004 modifié par l'arrêté du 10 août 2010 comme suit:

- un semestre en stage de médecine d'adultes: médecine générale, médecine interne/polyvalente, gériatrie
- un semestre en stage de médecine d'urgence
- un semestre en stage de médecine générale ambulatoire « stage de niveau 1 », auprès de Maîtres de Stage des Universités (MSU), agréés
- un semestre dans un lieu de stage agréé de pédiatrie et/ou de la gynécologie
- deux semestres dit « libres » choisis par l'étudiant en fonction de son projet professionnel en médecine générale: médecine ambulatoire sous la forme d'un SASPAS ou dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

Le stage de niveau 1 comporte trois phases:

- phase d'observation
- phase « semi-active » ou supervision directe (l'étudiant consulte en présence du maître de stage)
- phase « active » ou supervision indirecte (l'étudiant consulte seul).

Ces trois phases permettent d'accompagner l'étudiant vers une pratique de la médecine générale en autonomie complète avec la possibilité de contacter le maître de stage en permanence.

Ainsi les connaissances et les compétences sont acquises par l'interne par le biais de la pratique et de la mise en situation, à la différence de la formation théorique prédominante durant le cursus de deuxième cycle d'études médicales.

Cette acquisition de compétences nécessite une certaine réalité des mises en situation, assurée par la réalité du travail de l'interne, sa responsabilité envers les patients et ses pairs.

A l'issue de chaque stage, le maître de stage émettra un avis (*favorable, réservé ou défavorable*) sur la validation du stage effectué par l'interne. De plus il remplira avec l'étudiant une fiche d'évaluation de stage afin de jauger la progression de l'étudiant dans son acquisition de compétences comme Premiers recours, incertitude, urgence; approche globale, prise en compte de la complexité; professionnalisme etc. Ces compétences sont celles nouvellement définies par le DMG. Cette méthode d'évaluation permet de mesurer la progression de l'interne.

L'objectif commun est la certification de compétences de professionnels de haut niveau appelés à prendre une part intégrante dans la communauté médicale et la société française.

2. La formation théorique

Elle est assurée par les différents types d'enseignements. L'interne doit, au cours des trois années de formation, valider 200 heures d'enseignement. Une partie de ces heures peut être validée par les enseignements dispensés par le DMG. Certains sont obligatoires (personnes âgées, santé de la femme, santé de l'enfant, situations d'urgences, enseignements destinés aux internes en stage de niveau 1) d'autres optionnels (santé des adolescents, prise en charge des diabétiques, soins palliatifs etc).

L'étudiant peut valider des heures par le biais d'autres sessions éducatives : séances d'ECOS, participation aux Journées de Médecine Générale, participation aux congrès de Formation Médicale Continue (FMC), participation aux séances de groupe Balint organisées par le DMG, obtention de la mention lecteur émérite de la Revue Prescrire, etc.

L'étudiant devient acteur de sa formation, il choisit les enseignements qui l'intéressent et s'investit afin de parfaire sa formation de médecin généraliste.

3. La formation méthodologique

Au début de sa formation, chaque interne se voit attribuer un tuteur, agréé par le DMG, qui assure un suivi individualisé tout au long du DES de médecine générale. Ensemble, interne et tuteur organiseront des séances de tutorat et œuvreront à la rédaction de traces d'apprentissage qui aboutiront à la validation des compétences de médecine générale.

4. La formation à la recherche

Afin d'obtenir le titre de Docteur en médecine chaque interne doit réaliser une thèse d'exercice définie dans le Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004. Cette thèse, en plus d'apporter des connaissances et de faire progresser la recherche dans la discipline de médecine générale, permet à l'étudiant de prendre part au travail de recherche inhérent à cette discipline. L'étudiant choisira un directeur de thèse qui le guidera et l'aidera dans la réalisation de ce projet.

Nous pouvons observer qu'au cours de la formation de l'interne, il se dégage différents binômes : interne/tuteur, interne/maître de stage, interne/directeur de thèse. Ces différents binômes ou équipes illustrent que l'enseignement et l'apprentissage, au même titre que la pratique de la médecine, se fait à plusieurs, en équipe.

V. LA PEDAGOGIE CONSTRUCTIVISTE

La compétence est une capacité qui ne s'apprend pas, elle est le résultant de la réflexivité du sujet face à une situation dans un contexte précis. Ainsi l'apprentissage par compétences peut être défini comme suit : « Savoir-agir complexe fondé sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'un ensemble de situations données ».

Dans un article publié en 2006, E. Galam explicite les bases et problématiques liées à cette approche (*Galam E. (2006) Enseigner et optimiser nos pratiques : de la transposition didactique à la vraie vie. La Revue Du Praticien Médecine Générale 20 (734/735) : 654-656*). La pédagogie constructiviste ou constructivisme est une théorie de l'apprentissage fondée sur l'idée que la connaissance est construite par l'apprenant sur la base d'une activité mentale issue notamment de ses connaissances préalables. Les étudiants sont considérés comme des organismes actifs cherchant du sens, des significations. Le constructivisme est basé sur l'hypothèse qu'en réfléchissant sur nos expériences nous construisons notre propre vision du monde dans lequel nous vivons. Chacun de nous produit ses propres « règles » et « modèles mentaux » que nous utilisons pour donner un sens à nos expériences. Apprendre est donc simplement un processus d'ajustement de nos modèles mentaux pour s'adapter à de nouvelles expériences.

« Le praticien mobilise, au fil de l'action, des savoirs non théorisés qui ne se présentent pas comme un système organisé mais comme un ensemble de ressources dans lequel il va puiser, au gré des besoins de l'action et d'une façon sélective et pas toujours optimale ». « Même si les enseignements de médecine générale ressemblent de moins en moins à ceux des spécialités classiques – ne serait-ce que parce qu'ils sont axés sur des situations plutôt que des pathologies et qu'ils tiennent compte de l'évolutivité de ces situations – ils ont souvent tendance à s'éloigner des pratiques et des savoirs spécifiques de la médecine générale ».

Ainsi un enseignement trop pédagogique « évacue tout un savoir que la médecine générale est particulièrement à même de mettre en évidence, notamment :

- la connaissance du contexte, l'aptitude à le prendre en compte : proximité, ouverture, pathologies « extra-médicales », demandes et autonomie du patient, influence de l'entourage, complexité, incertitude, contraintes et imperfections des dispositifs de soins
- la connaissance des stades précoces et terminaux [...]
- la description et la gestion de nombre de pathologies [...]

Il faut aussi évoquer tous les aspects dépendants du savoir-être et donc de l'identité professionnelle et de sa gestion au quotidien par les praticiens. Assumer la surcharge de travail, l'impuissance, la difficulté à prendre des décisions univoques, les menaces d'agression ou la crainte de procédures juridiques, les contraintes administratives, économiques, déontologiques : autant de savoirs et de compétences qui relèvent aussi de la discipline, et donc de son enseignement avec une transposition adaptée ».

« L'apprentissage concerne autant les connaissances déclaratives (théoriques : faits, règles, lois, principes) que les connaissances conditionnelles (le quand et le pourquoi des actions) et procédurales (le comment de l'action et les étapes pour la réaliser) » selon le 5ème principe du paradigme constructiviste de l'apprentissage, cité par Jacques Tardif. Il ajoute deux autres principes à la base des pratiques évaluatives : interactivité des composantes dans les compétences et contextualisation des compétences ».

« John Dewey appelle « expérience » toute situation dans laquelle un individu entre en interaction avec son environnement. Selon lui, apprendre signifie non seulement acquérir des connaissances mais également être capable de les utiliser pour apprendre davantage. Dans la formation expérimentale, l'apprenant acquiert ses savoirs par la prise de conscience de son expérience et par la transformation de celle-ci. À un stade plus avancé, le praticien averti passe d'une réflexion sur l'action à une réflexion en cours d'action (Schon) qui lui permet, d'une part, de prendre conscience de ses savoirs d'action et des habiletés qu'il met en œuvre et d'autre part, de pouvoir mieux s'ajuster à la situation. Nos choix décisionnels s'appuient en général sur de bonnes raisons même si nous n'en sommes pas forcément conscients. La pratique réflexive s'attache à préciser notre façon de construire les problèmes à poser, c'est-à-dire le processus par lequel nous définissons la décision à prendre, les buts à atteindre et les moyens à utiliser. L'aptitude réflexive, c'est la capacité à réfléchir sur ses actions en décrivant les modalités et en explicitant les raisons. Elle s'acquiert par la pratique régulière du recueil et de l'analyse de données immédiatement après l'action (j'ai fait ou n'ai pas fait telle ou telle chose), puis par la réflexion pendant l'action (je suis en train de faire ou décider telle ou telle chose pour telle ou telle raison). Il s'agit d'une véritable « recherche en pratique » consistant à réfléchir sur le savoir caché dans l'agir afin d'en tirer les règles auxquelles on se conforme, les stratégies d'action dont on fait usage, les façons de structurer les problèmes. Cette forme d'éducation demande ainsi aux praticiens de découvrir ce qu'ils savent déjà : leur savoir par rapport à ce qui réussit dans la pratique, ce qui les embarrasse ou ce qui les empêche d'agir ».

« Faut-il privilégier les objectifs normatifs (se plier aux conduites à tenir) ou les pratiques réflexives (s'enrichir des conduites effectivement tenues)? Les deux approches sont bien sûr, souvent et heureusement, simultanées mais leur pondération est loin d'être univoque. [...] . On peut aussi, tout en leur diffusant des référentiels, rechercher les moyens qu'ils se donnent pour développer leurs connaissances d'une part, leurs motivations, leurs capacités et leurs façons de les mettre ou non en pratique d'autre part ».

Il termine en expliquant que « aspirer à la mise en œuvre des conduites à tenir (ce qu'on estime être souhaitable, à un moment donné des connaissances médicales) n'empêche pas de décrire les conduites effectivement tenues et d'en comprendre les mécanismes et les motivations qui peuvent d'ailleurs être sources de connaissances d'une autre nature. Il s'agit de décrire la réalité et ses « possibles » plutôt que d'énoncer des règles « parfaites » et toutes les imperfections qui en balisent la réalisation ».

L'auteur conclut que « notre enseignement gagne à rester ancré dans nos pratiques ». « C'est en préservant son authenticité et sa pertinence qu'il sera rigoureux et formateur pour les étudiants et les enseignants ».

VI. LES TRACES D'APPRENTISSAGE

Les traces d'apprentissage participent à la formation et l'évaluation de l'acquisition par les internes des compétences de médecine.

Chaque trace permet la validation de compétences transversales acquises auprès de ressources internes (savoir, savoir-faire, savoir-être), et externes (ressources académiques et de toutes personnes).

Ces compétences recourent à la réalisation des rôles que la société attend du médecin généraliste, telles que définies dans la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009.

Le but des traces est de guider la réflexion de l'interne et de l'aider à analyser ses démarches, de définir les problématiques posées par la situation et de proposer des ressources afin d'y répondre.

Les traces d'apprentissage cliniques comprennent des données relevant de la description de la situation vécue par l'interne (contextualisation), des réponses apportées aux problèmes rencontrés,

de la capacité à les rendre intelligibles et accessibles à soi-même comme aux autres (réflexivité), de la pertinence des axes de recherche, de l'analyse critique et enfin d'une synthèse des apprentissages effectués. Les traces d'apprentissage cliniques comptent les RSCA (Récit de Situation Clinique Authentique) et les « Journaux de Bord ». Etant donné que les documents analysés sont exclusivement des RSCA, nous ne développerons que ces derniers. Notons simplement que le journal de bord est un ensemble de « mini-traces » recueillies et organisées par thème ou chronologiquement dans une période donnée.

Le RSCA est défini comme un récit descriptif et analytique d'une situation professionnelle vécue par l'interne, d'où son authenticité. Il prend donc en compte la clinique, le contexte et le vécu des protagonistes, d'où sa complexité.

Le récit est complété par une analyse critique de la situation, les questions qu'elle a induites, les réponses et leur modalité d'obtention et enfin par une analyse critique de ces réponses.

A la fin de ce travail et de sa discussion avec le tuteur, l'interne propose des compétences développées dans la trace, le tuteur assure alors leur validation en fonction de son avis.

La structure du RSCA:

- Une introduction précisant le contexte (lieu, date, stage et période), ainsi que la raison du choix de ce sujet.
- Une partie narrative de la situation vécue par l'interne, les différents échanges, son ressenti.
- Une phase d'analyse hiérarchisant les problèmes rencontrés ainsi que des éléments de réponse. Cette phase permet de faire le bilan de ces différentes questions de manière pragmatique, notamment en s'appuyant sur la recherche bibliographique, les avis d'autres professionnels de santé, travailleurs sociaux ou tierce personnes.
- Une conclusion répertoriant les solutions apportées, les compétences développées ainsi que d'éventuels projets de modification de pratique.

Le RSCA renseigne donc sur la capacité à décrire une situation. Cette capacité implique alors:

- Une aptitude clinique (repérage des symptômes et leur interprétation), la capacité à pondérer les différents signes, de les expliquer au lecteur, de les relier à un contexte et une histoire marqués notamment par le vécu des protagonistes.
- La capacité à la prise de décision
- L'aptitude à se documenter à partir de problèmes rencontrés
- La capacité d'analyse critique de cette information à la manière de l'Evidence Based Medicine (EBM) (source pertinente : comment l'exploiter) ainsi que d'évaluer si des questions sont restées sans réponse
- La capacité de synthèse d'une situation complexe et authentique, de la documentation critique et des renseignements et perspectives

Le RSCA participe à la certification des compétences abordées dans la situation.

Toute trace d'apprentissage est insérée dans le portfolio dont dispose chaque interne tout au long de sa formation et qui collige ses acquis théoriques et pratiques. Lors de leur insertion, il est demandé à l'interne de préciser le titre, les mots clefs, la confirmation d'anonymisation, la position sur une éventuelle publication sur le site du département ainsi que le choix des compétences illustrées, ces informations figurant sur la première page (page de présentation) de la trace selon le modèle exigé par le DMG.

Chaque trace permet la validation d'une ou plusieurs compétences définies par le DMG.

Nous travaillons ici sur la compétence n°5, Travailler en équipe au sein du système de santé, définie par le DMG de la manière suivante:

- Travail sur le carnet d'adresse des correspondants
- Réflexion et analyse critique sur les échanges avec les correspondants
- Travail en réseau

DEUXIEME PARTIE : METHODE

Le département de Médecine Générale de la faculté de médecine Paris Diderot possède une **base de données de toutes les traces produites par l'ensemble des internes** de médecine générale depuis la réalisation des traces par les internes. A l'issue de chaque semestre, chaque interne doit fournir un minimum de deux traces, sur le sujet qu'il désire, et validant la compétence de son choix. Bien entendu l'objectif final est qu'à la fin de l'internat, l'interne ait produit un certain nombre de traces validant l'ensemble des compétences demandées.

Chaque trace rédigée par l'interne est alors envoyée au tuteur (médecin agréé par le DMG) pour relecture et correction. La trace est alors déposée par l'interne dans la base de données puis sera validée par le tuteur. Lors du dépôt d'une trace l'interne renseigne différentes informations notamment les compétences étudiées à travers la trace ainsi que les mots clefs.

Ainsi le DMG de Paris Diderot tient à jour une base de données comportant des dizaines de milliers de traces, toutes ordonnées par compétence et par mots clefs.

La sélection des traces:

Utilisant la base de données du DMG, le directeur de thèse a sélectionné de manière aléatoire une dizaine de traces traitant de la compétence n°5.

L'analyse qualitative s'est faite en deux temps. Le premier temps a consisté à lire les dix traces sélectionnées selon la méthode d'analyse de contenu, puis à les étudier une par une afin de dégager une trame générale commune. C'est ainsi que nous avons pu élaborer la grille de lecture suivante :

- rappel du descriptif clinique
- analyse de la structure et de la forme de la trace
- intervenants évoqués
- analyse des apports théoriques et des références
- mots clefs du travail en équipe au sein du système de santé : intervenant, action, vocabulaire
- autres mots clefs éventuels
- problématique évoquée
- analyse critique de la trace

Ensuite, sur cette base, j'ai repris l'analyse de chacune des dix traces. L'analyse ainsi faite, le directeur de thèse a sélectionné d'autres traces à partir du titre de la trace et des thèmes abordés pour avoir le champ le plus large possible. Les traces ont été ainsi analysées par groupe de dix.

Lorsque nous avons constaté que trois traces successives n'apportaient pas d'information ou de problématique nouvelle, nous avons estimé avoir atteint la saturation des données (le but recherché étant d'atteindre une saturation des données qualitatives).

Au total, j'ai procédé à la lecture de trente et une traces.

L'ensemble des traces ayant été analysé de manière identique nous avons par la suite regroupé chaque partie de l'analyse afin de traiter chaque point de manière globale en regroupant les éléments de chaque trace.

L'analyse quantitative :

Après l'analyse qualitative des trente et une traces, nous avons entrepris une analyse quantitative de l'ensemble des traces. Nous avons exploré les données suivantes :

- Nombre de traces illustrant chacune des compétences parmi les traces traitant la compétence n°5
- Mots clefs les plus représentés au sein des traces traitant de la compétence n°5
- Statistiques des intervenants au sein des trente et une traces étudiées

- Statistique du nombre de mots au sein des traces
- Répartition des situations cliniques au sein des tracs étudiées

Pour la commodité du développement, nous présenterons d'abord les données quantitatives.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

I. DONNEES QUANTITATIVES

1. Statistiques globales

Sur la période allant du 31 mai 2010 au 31 août 2013, 759 traces illustraient la compétence n°5 : Travailler en équipe au sein du système de santé.

Plus précisément, il y en avait 114 en 2010 (sur sept mois), 223 en 2011, 255 en 2012 et 165 en 2013 (sur huit mois).

Au total, 398 étudiants et 61 tuteurs étaient concernés par ces 759 traces listées.

Le nombre de traces illustrant aussi d'autres compétences sont répertoriées dans le tableau ci-dessous :

Compétence	nombre
1: Prendre en charge un problème de santé en soins de premier recours	158
2: Communiquer de façon efficiente avec le patient et/ou son entourage	244
3: Prendre une décision adaptée en situation d'urgence (potentielle/vraie)	168
4: Éduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie	662
6: Assurer la continuité des soins pour tous les sujets	196
7: Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science, adaptées aux besoins et au contexte	142
8: Entreprendre et participer à des actions de santé publique	96
9: Se préparer à l'exercice professionnel	147
10: Actualiser et développer ses compétences	98
11: Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de première ligne	22

Il y a 46 traces qui ne concernent que la compétence n°5.

Les mots clefs les plus retrouvés dans les traces illustrant la compétence n°5 étaient les suivants:

Mots clefs	
Soins palliatifs	21
Urgence	18
Personnes âgées	16
Fin de vie	14
Annonce d'une mauvaise nouvelle	13
Éducation du patient	12
Erreur médicale	12
Santé publique	11
Diabète	9
Douleur	9

Psychiatrie	9
Travail au sein d'une équipe	9
AVC	8
Communication	8
Enfants	8
Grossesse	8
Prévention	8
VIH	8
Alcool	7
Annonce diagnostic	7
Cancérologie	7
Diagnostic	7
Gériatrie	7
Réseau de soin	7
Relation médecin-maladie	7
Asthme	6
Collaboration	6
Démence	6
Embolie pulmonaire	6
Information	6
Maltraitance - négligence	6
Secret médical	6
Chute	5
Domicile	5
Multidisciplinaire	5
Neurologie	5
Prise en charge	5
Thérapeutique	5

De manière arbitraire nous n'avons pas relevé les mots clefs mentionnés moins de cinq fois dans la liste descriptive des traces.

Statistiques issues des 31 traces analysées

- Intervenants:

Au total, 51 intervenants ont été évoqués parmi lesquels un seul médecin traitant, 16 spécialistes (31%), 12 para-médicaux (24%), 7 structures sociales ou administratives (14%), 16 services hospitaliers (31%).

- Sur les 31 traces, voici le nombre de traces mentionnant les réseaux de soins: 3

le secteur ambulatoire: 8
le secteur hospitalier: 20
une collaboration entre le secteur ambulatoire et hospitalier : 4
un transfert ou communication inter-hospitalière: 6
un transfert ou communication ville-hôpital: 10

Nombre de mots issus des 31 traces analysées

Trace n°	Total	Récit	Analyse	Conclusion	Page de présentation de la trace	Biblio
1	1647	803(49%)	542(32%)	72	161	56
2	1482	432(29%)	927(62%)	67	41	15
3	5678	2251(40%)	3161(56%)	0	122	16
4	1397	471(33%)	476(34%)	61	182	46
5	4349	889(20%)	3221(74%)	0	183	56
6	1659	692(42%)	825(50%)	0	124	18
7	2838	946(33%)	1662(59%)	0	52	178
8	2529	937(16%)	947(37%)	273	116	33
9	1967	605(30%)	1231(63%)	0	130	0
10	4680	3734(80%)	674(14%)	124	112	36
11	2324	468(20%)	1486(64%)	216	121	33
12	2483	1428(58%)	797(32%)	0	229	29
13	3564	777(22%)	2210(62%)	328	241	8
14	1831	248(14%)	1309(72%)	68	127	79
15	3475	1094(31%)	1456(42%)	90	206	92
16	820	570(70%)	125(15%)	0	125	0
17	2663	810(30%)	1534(58%)	143	106	60
18	3443	1800(52%)	1524(44%)	0	115	4
19	4994	1621(32%)	2347(47%)	792	121	113
20	2829	1285(45%)	1382(49%)	52	110	0
21	3030	906(30%)	1698(56%)	0	111	146
22	2611	1605(61%)	994(38%)	0	84	0
23	2183	886(40%)	1005(46%)	223	43	26
24	2325	699(30%)	1345(58%)	162	115	4
25	2747	2616(95%)	0	0	91	40
26	3571	1200(34%)	2270(64%)	0	101	0
27	1310	687(52%)	474(36%)	121	23	5
28	5445	813(15%)	4062(75%)	352	151	67

29	2579	866(34%)	1668(65%)	0	38	9
30	2426	1548(64%)	658(27%)	85	108	27
31	3946	892(23%)	2743(70%)	166	67	18

Les moyennes

- du nombre total de mots d'une trace est de 2865
- du nombre de mots du récit est de 1115
- du nombre de mots de l'analyse est de 1444
- du nombre de mots de la conclusion est de 109
- du nombre de mots de la page de présentation est de 117
- du nombre de mots de la bibliographie est de 39

Les parts relatives en moyenne

- du nombre de mots du récit est de 39%
- du nombre de mots de l'analyse est de 50%
- du nombre de mots de la conclusion est de 3.8%
- du nombre de mots de la page de présentation est de 4%
- du nombre de mots de la bibliographie est de 1.4

2. Répartition des mots

Le nombre total de mots peut varier de 820 à 5678. Douze des trente et une traces comptent entre 2000 et 3000 mots, huit d'entre elles comptent entre 1000 et 2000 mots.

Le DMG met à l'intention des internes du DMG un modèle de trace notamment une « page de présentation » comportant les informations telles que l'identité de l'interne et du tuteur, le semestre au cours duquel la trace a été produite, la date de réalisation, les compétences validées. Au total cette partie comporte 340 mots sur le modèle officiel. Après adaptation pour la trace (suppression des données inadaptées notamment les compétences non traitées) ce nombre peut avoisiner la centaine de mots. Sur trente et une traces, seules deux traces ne suivent aucunement ce modèle et ne mentionnent pas les compétences validées.

La partie récit peut représenter entre 14 et 95% de la trace. Dans 2/3 des cas, elle représente entre 20 et 50% du récit.

La partie analyse peut représenter entre 14 à 75% de la trace. Dans 2/3 des cas, elle représente entre 40 et 70%. La trace n°25 fait exception, la partie analyse semble absente, la partie récit représentant 95% du corps de la trace.

La conclusion reste la partie la plus variable. Treize traces n'individualisent pas de conclusion ni même une formulation pour conclure la trace. Le nombre de mots est très variable, allant d'une simple phrase à un petit paragraphe (792 mots soit 15% de la trace n°19).

Le relevé des mots de bibliographie permet de constater qu'une bibliographie, même très fournie, ne se substitue pas aux autres parties (les références étant assez fréquemment de source internet, les adresses de site sont écrites sans espace et sont donc comptées comme un seul mot). La trace n°7 comporte 178 mots de références bibliographique, ce qui représente seulement 6% de la trace.

3. Situations cliniques

Chaque situation clinique est unique. Cependant elles ont un point commun, leur présentation :

- Age, sexe, motif de venue du patient
- Diagnostic
- Prise en charge hospitalière ou ambulatoire
- Suite de la prise en charge : résolution/complication.

Lors du déroulement, il est possible de voir l'intervention des principaux acteurs de la prise en charge.

Il convient de noter quelques situations originales : conférence d'expert au sujet de litiges entre le patient et la structure de soin, contrôle par les agents de la Sécurité Sociale,

Sur 31 traces, 20 traces concernent une prise en charge hospitalière, 11 concernent une prise en charge ambulatoire (soit 65% contre 35%). Cependant la majeure partie de l'internat se déroule dans les hôpitaux à l'exception du stage ambulatoire de niveau 1 qui est obligatoire. Devant ce constat, il n'est pas surprenant que les traces racontent majoritairement des situations hospitalières.

13 traces relatent une situation dans laquelle le pronostic vital du patient est engagé (45%).

II. DONNEES QUALITATIVES

1. Structure des traces

Toutes les traces suivent une structure rédactionnelle similaire en deux parties: le récit et l'analyse.

Dans la première partie de la trace l'auteur décrit la situation clinique, son déroulement et son propre ressenti. Il utilise le vocabulaire de la narration, autant dans le champ lexical que dans la syntaxe des phrases. Le but est d'immerger le lecteur dans le récit. C'est dans cette partie qu'il est possible de voir le travail en équipe au sein du système de santé: les intervenants, leur relation, leur mode de communication.

Elle est souvent précédée de quelques mots rappelant le contexte spatio-temporel de la situation clinique.

Dans la seconde partie l'auteur mentionne les problèmes soulevés par cette situation et les analyse un par un, de manière centrée sur le patient puis de manière plus élargie. Il utilise un vocabulaire et un style rédactionnel plus scientifiques, plus factuels. L'auteur prend du recul face à la situation clinique. Classiquement cette partie comporte un rappel de cours sur une pathologie décrite dans la trace ainsi qu'une partie de discussion sur une des problématiques.

Dans les cas où les deux parties s'entremêlent au cours de la trace, l'auteur s'efforce de garder une différence de ton propre à chacune des parties.

2. Intervenants

La lecture des différentes traces a permis de mettre en évidence de nombreux intervenants, certains très fréquents, d'autres moins. Par « intervenants » nous mentionnons tous les acteurs - toutes disciplines confondues - ayant pris part à la situation clinique.

Bien que la structure d'une trace reste globalement la même, de nombreuses différences subsistent, notamment le contexte où se situe la situation rapportée par la trace (secteur hospitalier ou ambulatoire), ainsi que les intervenants impliqués. Dans ce paragraphe, je vais présenter l'intégralité des intervenants mentionnés dans les traces étudiées, bien que tous n'aient pas joué un rôle dans chacune des traces.

Au sein du secteur hospitalier, il est possible de faire la distinction suivante:

a. Secteur hospitalier au sein d'un service

Chaque service hospitalier comporte une équipe soignante. Cette équipe compte différents professionnels de santé. Nous pouvons citer l'équipe médicale et para-médicale (infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute). Le médecin guide alors l'équipe para-médicale, leur donne la conduite à tenir.

L'équipe médicale se compose d'un interne (l'auteur de la trace), le senior référent, le chef de clinique, le chef de service. Bien que tous les membres de l'équipe médicale interagissent, nous distinguons très fréquemment l'entité interne/senior, référent/maître de stage/tuteur. Ce binôme travaille souvent de concert, autant dans la réflexion que dans l'exécution des tâches au sein du service.

Il faut tout de même mentionner la part de l'enseignement au sein du service, que ce soit lors de la « visite professorale avec le chef » (trace n°12) ou des « accouchements à quatre-mains avec la sage-femme » (trace n°18).

La description de l'équipe infirmière ne fait pas mention d'une infirmière référente ou d'une relation similaire maître/élève, les membres sont décrits simplement comme « infirmières ».

D'autres intervenants sont mentionnés mais ne sont pas systématiquement sollicités (contrairement à l'équipe médicale et infirmière qui est en constante relation). Nous pouvons citer l'infirmière coordinatrice, les sage-femmes au sein d'un service de gynécologie, l'assistante sociale du service ou encore les éducateurs au sein d'un service de pédiatrie. Tous les services comportent *a priori* une assistante sociale et un psychologue attitrés mais les traces n'en font pas toujours mention, cela dépend de leur rôle dans le récit de la trace.

b. Secteur hospitalier au sein d'un hôpital

Lorsqu'un patient est hospitalisé, un ensemble d'exams complémentaires sont réalisés de manière quasi-systématique : bilan d'imagerie (radiologie et médecine nucléaire) et de biologie, voire les Épreuves Fonctionnelles Respiratoires. Dans certains cas, le patient a déjà réalisé les exams d'imagerie aux urgences et le service d'hospitalisation ne rentrera pas en relation avec le service d'imagerie. Dans d'autre cas, le service peut demander un nouvel examen d'imagerie ou contacter le service d'imagerie pour relecture d'un examen. De la même manière, les bilans biologiques souvent quotidiens sous-entendent l'implication du service de biologie. Les médecins du service peuvent consulter les résultats (résultats papiers ou électroniques) mais le service de biologie peut également téléphoner à un service pour l'avertir d'un résultat pathologique.

Le service des urgences est lui aussi quasi-constamment impliqué dans la prise en charge pour la simple raison que le recrutement des patients d'un hôpital se fait très souvent par son intermédiaire (le cas d'une hospitalisation programmée n'étant pas le cas le plus courant). Ainsi, la relation entre le service des urgences peut être au minimum l'échange d'informations médicales par le biais d'un compte-rendu des urgences, voire être plus élaborée comme un contact téléphonique ou un face-à-face concernant l'état du patient.

Ensuite, au sein d'une hospitalisation, un service peut demander l'avis de confrères ou d'autres professionnels de santé. Soit ces derniers se déplacent dans le service demandeur, examinent le patient, rédigent le bilan de leur consultation dans le dossier médical, discutent de la prise en charge avec le médecin « référent », voire réalisent un acte médical, soit ils consultent les exams complémentaires à distance et discutent de la prise en charge par téléphone.

Les actes médicaux concernent par exemple le myélogramme réalisé par l'hématologue, la biopsie cutanée réalisée par le dermatologue.

De manière générale nous pouvons mentionner les intervenants suivants:

- médicaux: chirurgien, urologue, psychiatre, pédiatre, pédiatre réanimateur/néonatalogie, tabacologue/addictologue, hématologue et banque du sang, cardiologue, dermatologue,

anatomopathologiste, orthopédiste, gériatre, gynécologue, équipe mobile de soins palliatifs et unité de soins palliatifs, ophtalmologue, immunologue, radiothérapeute

- para-médicaux: kinésithérapeute, psychologue, diététicienne, assistante sociale, coursier, infirmière, pharmacie, éducatrice, pouponnière
- sociaux: agence de l'environnement, mairie et demande d'appartement, Conseil Général, Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Procureur de la République, Unité Médico-judiciaire (UMJ), Unité Médico-légale (UML), police, brigade des mineurs

Les spécialistes cités, donnant des avis, concernent potentiellement toutes les spécialités de l'hôpital.

Lors de la lecture des différentes traces, la spécialité qui semble être la plus disponible et la plus communicative est l'équipe mobile de soins palliatifs. Elle est transdisciplinaire (médecin/infirmière), elle se déplace directement dans les services et semble discuter de la prise en charge concernant chaque patient dont elle s'occupe (trace n° 24, n°29 et n°31).

En général, c'est le médecin en charge du patient qui coordonne les avis et interventions, il assure le relais avant l'arrivée du spécialiste contacté.

Par la suite, la prise en charge d'un patient peut nécessiter un transfert. Nous pouvons citer les services suivants:

- Chirurgie, cardiologie et l'USIC, neurologie, hôpitaux de jour HDJ (gériatrie, oncologie, médecine interne), gériatrie, pneumologie, dermatologie, réanimation, chirurgie vasculaire, chirurgie orthopédique, médecine nucléaire, oncologie, gynécologie, unité de soins palliatifs, Soins de Suite et Réadaptation (SRR), pouponnière.

Le cas d'un hébergement dans un autre service faute de place constitue lui aussi un transfert.

Il faut aussi noter que nombre de ces services fonctionnent eux-mêmes en équipe: service de chirurgie, de radiologie, de biologie. Ce sont donc autant d'intervenants indirects car n'interagissant pas toujours avec le patient ou avec le médecin référent.

Au sein de chaque hôpital travaillent des brancardiers et des coursiers, les uns et les autres sont responsables de la liaison physique entre les services : ils véhiculent les patients, reçoivent les informations des infirmières ou des médecins (transfert du patient avec ou sans oxygène, isolement protecteur ou non etc).

Un intervenant important présent dans chaque hôpital qui n'est pas issu d'une profession médicale est l'administrateur de garde. Véritable caution légale du professionnel de santé dans le besoin, il est joignable 24h/24 et doit pouvoir s'impliquer dans chacune des situations pour laquelle son avis est requis.

c. Secteur ambulatoire

Au sein du secteur ambulatoire de nombreux intervenants sont appelés à collaborer, échanger et organiser. Ces intervenants peuvent être des professionnels de santé indépendants ou exerçant dans une structure multidisciplinaire.

La lecture des traces a mis en évidence les intervenants suivants:

– Médicaux : maître de stage/médecin traitant, médecin du travail, hépato-gastro-entérologue, radiologie, psychiatre, radiologue/angiologue et cabinet de radiologie, médecins du cabinet, co-interne, médecin conseil de la Sécurité Sociale, médecin expert auprès de la Cour d'Appel de Paris, pédiatre, psychiatre, pneumologue, endoscopiste, urologue, consultation à l'hôpital en externe, SAMU et médecin coordinateur

- Para-médicaux : psychologue, addictologue/tabacologue, pharmacien, biologiste et laboratoire de ville, orthophoniste, service d'ambulance, Sapeurs Pompiers, SAMU, sage-femme, infirmière libérale, infirmière scolaire, infirmière de Santé Service, société de matériels médicaux (oxygène à domicile/Ventilation Non Invasive), coursier (livraison des

traitements), aide-soignante, auxiliaire de vie, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne, aide ménagère, famille et entourage du patient

- Réseaux : Réseau SPHERES, réseau de santé Arès92
- Sociaux : Sécurité Sociale, association de patients, groupe de soutien/de parole, administration du Centre Médecine Spécialisé (CMS), agents de la Sécurité Sociale, service médical de la Caisse Primaire de l'Assurance Maladie (CPAM), Groupement d'Unités Territoriales du Tampon (GUT)
- Autres : avocat conseil, représentant juridique des Hôpitaux de Paris, expert judiciaire

Lorsqu'un patient est adressé/suivi par un médecin consultant à l'hôpital, ce sont des consultations dites « en externe ».

Le secteur ambulatoire comporte de nombreuses structures multidisciplinaires. Ces structures sont en relation avec les professionnels de santé « externes » malgré leurs spécificités de fonctionnement:

– Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité (REPOP), Centre Médico-Psychologique (CMP) de secteur, Hospitalisation A Domicile (HAD), Centre Médecine Spécialisé (CMS), Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), Centre d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST), Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), Réseau Périnatal, Protection Maternelle et Infantile (PMI), relais foyer/hébergement, centre de référence des môles à Lyon, Centre de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger (ONED), Conseil de l'Ordre, Maison de Retraite, clinique privée, réseaux de santé,

Structures ambulatoires de type juridiques, institutionnelles et sociales:

- Structures judiciaires: le Procureur de la République, le substitut du Procureur, le Conseil Général, le Tribunal de Grande Instance, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le ministère de la justice, le service de protection de l'enfance, les services médicaux du Conseil Général, les juges pour enfants, le Centre de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), brigade des mineurs, commissariat.
- Structures sociales: les groupes de patients, les groupes de parole/soutien, les mairies et bureau de demande de logement, l'Aide Sociale à l'Enfance ASE, le centre de gestion des dossiers d'Aide Personnalisée à l'Autonomie APA, Agents de la sécurité sociale, Caisse Nationale d'Assurance Maladie CNAM, Caisse Primaire d'Assurance Maladie CPAM, service médical de la CPAM.

A titre d'exemple, la trace n°22 retrace le déroulement d'une expertise médicale. Cette dernière implique la participation de nombreux intervenants: médecin expert auprès de la Cour d'appel, médecin conseil du patient, avocat conseil du patient, avocat conseil de la structure mise en accusation, le responsable juridique de cette structure, le médecin conseil de la structure, le juge ou encore un tiers expert en cas de litige.

Après avoir entendu chaque intervenant et recueilli les documents nécessaires, le juge rédige un compte-rendu qui sera alors le résultat d'une collaboration entre les différents intervenants (mais aussi une confrontation de leurs opinions).

Ce document servira à déterminer les modalités du droit à réparation du préjudice.

3. Articulations

a. Inter-hôpitaux

Au cours d'une prise en charge, une situation particulière peut nécessiter le transfert d'un patient dans un autre hôpital. C'est le cas d'un examen non disponible ou d'un patient suivi dans un hôpital particulier. Lors de l'organisation de ce transfert les équipes émettrices et réceptrices se

contactent, communiquent, échangent afin d'optimiser la prise en charge du patient. L'étape finale de cet échange est le transfert en ambulance, la remise aux ambulanciers du dossier et des consignes.

Les différents services d'hôpitaux peuvent aussi interagir pour échanger des informations, récupérer un ancien compte-rendu (fax) ou discuter avec un autre confrère.

Dans les traces étudiées ont été évoqués les hôpitaux suivants: Hôpital de Lagny, Hôpital Necker, CHU Hôtel-Dieu, Hôpital Bichât, Hôpital Robert Debré.

b. Ambulatoire-hospitalier

Les traces mettent en avant le schéma classique suivant : un patient consulte son médecin traitant qui, après avoir demandé des examens complémentaires réalisés en ville ou non, adresse le patient aux services des urgences le plus proche, muni d'un courrier. Le médecin peut solliciter l'intervention d'une ambulance, des sapeurs-pompiers ou du SAMU qui seront donc les relais ambulatoire-hôpital. Leur rôle est de prendre en charge le patient en vue d'une hospitalisation pour exploration ou pour prise en charge d'une urgence.

Le patient peut aussi se rendre au service des urgences par ses propres moyens.

Le médecin traitant devra alors s'entretenir avec différents intervenants. Dans le cas le plus simple, le médecin adresse un courrier au service d'accueil des urgences, la relation entre professionnels est donc indirecte. Le médecin peut aussi appeler le service des urgences afin de prévenir de l'arrivée du patient, transmettre les informations concernant le patient aux ambulanciers, aux sapeurs-pompiers ou au médecin régulateur du SAMU.

c. Hospitalier-ambulatoire

« Le médecin traitant prendra le relais à la sortie de l'hôpital » (trace n°5). Cette phrase illustre bien le fait que le médecin traitant n'est en charge du patient qu'à sa sortie de l'hôpital.

C'est donc le médecin traitant qui assure le relais hôpital - ambulatoire. Ce relais est souvent différé car le patient quittant l'hôpital ne consulte pas directement son médecin. La communication se fait alors souvent par le biais du compte-rendu d'hospitalisation qui n'est d'ailleurs pas toujours remis au patient à sa sortie d'hospitalisation. Le rôle du médecin traitant est d'assurer la continuité des soins.

Il est important de mentionner l'hospitalisation à domicile (HAD) qui constitue un compromis entre ville et hôpital, elle consiste à « apporter l'hôpital à la maison ».

Le terme d'HAD implique l'organisation d'une hospitalisation à domicile, sollicitant tous les intervenants nécessaires dans la mesure du possible pour substituer le domicile à l'hôpital. Une HAD est souvent organisée lorsque le patient se trouve encore à l'hôpital, il peut alors bénéficier d'une prise en charge complète et nécessaire afin d'organiser au mieux le retour au domicile. Les médecins du service dressent alors un protocole de prise en charge. De nombreux intervenants sont impliqués notamment l'infirmière coordinatrice de l'hôpital, le service du médecin demandeur et le service d'hôpital de jour (HDJ) attaché, l'infirmière d'une association à but non lucratif rattachée à l'hôpital (comme Santé Service en Île-de-France), une infirmière à domicile, une aide-soignante à domicile, un kinésithérapeute à domicile, la livraison de médicaments impliquant une pharmacie de référence, les fournisseurs de lits médicalisés et autres matériels médicaux.

Le médecin traitant est évidemment au centre de cette organisation, il sera le coordonnateur des différents actes médicaux et para-médicaux. Lors de l'organisation de l'HAD, le service demandeur doit s'assurer que le médecin traitant accepte de prendre part à cette organisation et donc le contacter par téléphone. Aucune des différentes traces étudiées n'a illustré cette dernière étape.

3. Outils, moyens et dispositifs

a. Moyens de communication

Une bonne collaboration passe par une bonne communication.

Différents moyens de communication sont évoqués au cours des différentes traces. Le moyen utilisé illustre le caractère direct ou indirect de la relation entre les intervenants:

- communication directe : communication téléphonique, fax, bipéur, rencontre
- communication indirecte : comptes-rendus (hospitaliers, post-opératoire, de consultation), le dossier médical, le carnet de santé, la lettre d'adressage d'un patient, les résultats d'examen complémentaires (biologie, imagerie, épreuve d'effort etc), les certificats médicaux initiaux/descriptifs/de consolidation/de rechute/d'aggravation, ordonnance.

Les certificats médicaux (initiaux, descriptifs, finaux, de consolidation) engagent la responsabilité du médecin afin de consigner sur un document l'évaluation d'un patient à un moment donné, évaluation qui pourra être communiquée selon la situation. Le certificat est donc lui aussi un moyen de communication.

Un autre mode de communication est l'ordonnance, son rôle est double. D'une part elle permet la communication avec le patient qui se voit remettre les recommandations du médecin. Une ordonnance contient la liste des traitements, leur mode de prise mais aussi les recommandations associées (« re consulter si persistance de la fièvre dans les 48h » par exemple).

D'autre part, elle permet une communication avec les professionnels de santé: le pharmacien ou le kinésithérapeute; mais aussi le confrère médecin. En effet, lors d'un changement de médecin, l'une des premières choses demandée au patient est une « Avez-vous une ancienne ordonnance ? » afin de connaître les traitements actuels. L'ordonnance constitue donc un « extrait miniature » de dossier médical car elle permet de renseigner sur les pathologies présentées par le patient.

Il est aussi possible de faire une distinction concernant la nature du contenu de l'information :

- Le bilan: compte-rendu d'hospitalisation et de consultation, accès aux dossiers médicaux, résultats des examens complémentaires
- L'échange (discussion interactive): téléphone, bipéur.

Je souhaite également développer ici le sujet du dossier médical, il englobe plusieurs formes. Il comprend le traditionnel dossier papier des services hospitaliers, le dossier médical partagé au sein d'une structure médicale ou le carnet de santé.

Ces trois types de documents médicaux regroupent toutes les informations importantes de l'histoire médicale d'un patient.

Le dossier hospitalier est complété à chaque hospitalisation et constitue un moyen de communication essentiel. Il contient l'histoire clinique et les antécédents du patient. Chaque médecin (du service ou non), chaque intervenant para-médical (kinésithérapeute, diététicien) note son examen, ses recommandations. Nous incluons dans cet outil le diagramme infirmier qui est rattaché au dossier hospitalier (les feuilles de paramètres vitaux ou « feuilles de constantes » infirmières sont jointes au dossier médical lors de leur classement). C'est dans le dossier médical qu'est mentionnée l'orientation générale de la prise en charge, notamment la mention « ne pas réanimer », décision prise de manière collégiale par l'équipe soignante et la famille et très souvent avec l'intervention de l'équipe de soins palliatifs.

Le cas du dossier médical au sein d'une structure médicale ambulatoire est différent. Par structure médicale j'entends Centre de Santé et Maison Médicale. Ce sont des structures ambulatoires ayant très souvent informatisé leur documents médicaux. Étant donné le nombre d'intervenants au sein de structures de ce type un professionnel doit pouvoir accéder aux observations antérieures même si elles impliquent d'autres collègues. Le dossier inclut les résultats des examens biologiques ou des imageries. Il permet aussi, à un éventuel médecin remplaçant, d'avoir accès à l'historique des

consultations. Il constitue donc un partage de données.

Concernant le carnet de santé, rappelons qu'il remplissait ce rôle bien que de manière plus sommaire, compte-tenu du manque évident d'espace. Cependant, à part le cas de la pédiatrie où l'on peut trouver des copies de comptes-rendus hospitaliers, le carnet de santé est vite négligé après l'âge de 15 ans.

Il faut aussi noter les bases de données hospitalières, souvent propres à chaque hôpital, qui stockent les anciens comptes-rendus des patients, les résultats de certains examens complémentaires ainsi que les résultats des bilans biologiques. Cependant elles ne contiennent pas les informations échangées au quotidien, celles-ci n'étant souvent que manuscrites et consignées dans le dossier médical papier. Signalons tout de même que les hôpitaux français tendent à informatiser leurs dossiers médicaux.

Le site de la Sécurité Sociale constitue aussi un support de partage de données via l'accès à l'historique des prescriptions d'un patient (traçabilité par la carte VITALE), comme cela est développé dans la trace n° 31. Bien que ce support ne contienne ni examen clinique ni compte-rendu, il permet au médecin de s'informer un minimum sur un nouveau patient (traitement au long cours, consultations spécialisées).

La trace n°21 raconte le déroulement d'une action en justice et ses différentes démarches. Nous pouvons alors constater que de nombreux documents sont requis par le juge, la majorité des documents étant constitués par les dossiers médicaux des différents services hospitaliers. Ces pièces permettent donc une traçabilité de l'histoire médicale d'un patient et de son parcours de soin. En effet, au cours de la prise en charge d'un patient, chaque intervenant consigne son avis dans le dossier («mettre un mot dans le dossier»), tandis que le diagramme infirmier renseigne les paramètres vitaux telle que la fièvre, l'histoire médicale du patient et la survenue éventuelle d'un événement particulier. Ces documents ainsi conservés peuvent être mis à la disposition de la justice le cas échéant.

Nous développerons par la suite la qualité de la communication et plus généralement du travail en équipe.

b. Réseau de relations

Appelé plus couramment « carnet d'adresses », il représente un recueil d'intervenants que le médecin traitant est susceptible de joindre. Chaque professionnel de santé se constitue, d'une manière ou d'une autre, un réseau de relations.

Ce concept est aussi présent à l'hôpital (il arrive qu'un médecin préfère que ce soit tel radiologue qui réalise une échographie et non un autre pour ne citer que cet exemple). Cependant, étant peu développé dans les traces étudiées, nous nous limiterons au réseau de relations en médecine ambulatoire.

Chaque maître de stage possède donc un réseau de relations/contacts, que l'interne peut évidemment utiliser. La lecture des différentes traces a mis en évidence les qualités requises d'un bon réseau de contacts : les professionnels y figurant doivent être fiables, compétents, joignables et géographiquement proches.

Alors que la proximité géographique et la joignabilité sont des qualités requises sur le plan pratique, la compétence et la fiabilité sont des notions plus subjectives.

La fiabilité et la compétence se rejoignent. Elles expriment l'idée que le professionnel sollicité partage une certaine vision de la médecine avec le médecin traitant. L'exemple le plus évocateur est rencontré lorsqu'un médecin sollicite un avis chirurgical, notamment urologique. Un médecin traitant adresse son patient en consultation d'urologie au sujet d'une hypertrophie bénigne de prostate. Si le médecin a plutôt tendance à penser que tant que les symptômes ne sont pas handicapants au quotidien il est préférable de ne pas opérer, il aura donc tendance à adresser son

patient à un chirurgien qui mesure bien l'indication d'une résection de prostate. A l'excès si le médecin traitant a tendance à penser que toute prostate doit être retirée après 60 ans, il aura tendance à adresser ses patients à un urologue plus enclin à opérer les prostates. Ainsi lors de la constitution de son carnet d'adresses, le médecin sélectionne les praticiens sur un type de prise en charge, critère plus subjectif que la proximité géographique ou la joignabilité.

Afin d'avoir pu juger et éprouver tous ces critères, nous comprenons qu'un réseau de contacts se constitue au fil d'années d'expérience, années au cours desquelles le médecin se confortera dans l'idée d'avoir bien choisi ses collaborateurs ou au contraire le regrettera et en changera.

La trace n°4 raconte de quelle manière l'interne a sollicité un correspondant figurant dans le carnet d'adresses, le spécialiste alors contacté semble présenter l'ensemble des qualités requises. Au cours de son échange avec l'interne, le spécialiste l'a guidé sur la conduite à tenir puis a accueilli le patient à sa consultation pour ensuite organiser une fibroscopie gastrique en clinique le lendemain. Le spécialiste a donc lui aussi son propre réseau de contacts et ses « entrées » en structure de soins. Au cours de cet échange, l'interne a recontacté à plusieurs reprises le spécialiste en fonction de l'avancement de la prise en charge. Il a été bien accueilli, ce qui est également un signe de qualité.

5. Équipes

De quelle équipe parle-t-on ? Qu'est-ce qui découle du travail en équipe ?

Nous distinguons plusieurs équipes au sein d'une même structure (équipe médicale et paramédicale au sein de l'hôpital) et des équipes différentes au sein de structures différentes (maître de stage et interne; collaborateurs dans l'exercice ambulatoire).

Au sein d'une structure hospitalière, chaque service comporte deux équipes: l'équipe médicale et l'équipe para-médicale.

Par souci de simplicité, nous regrouperons sous le terme paramédical l'ensemble des professions para-médicales représentées dans un service. Il aurait été plus rigoureux de distinguer les équipes infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, aides-soignantes, psychologues, cependant les traces étudiées se focalisant uniquement sur les équipes médicales, nous ne disposons pas des supports suffisants pour faire cette distinction.

Au sein d'un service exerce l'équipe soignante. Elle comprend l'intégralité des professionnels de santé travaillant dans le service, de l'étudiant infirmier en première année au chef de service. Chacun de ces professionnels est appelé à travailler avec un collègue.

Ce travail en équipe s'illustre par les transmissions quotidiennes (« les trans ») au cours desquelles tous les soignants discutent des patients et de la prise en charge. Par la suite les membres de l'équipe soignante interagiront pour que la prise en charge des patients soit la plus optimale possible. Ce travail en équipe requiert un échange d'informations entre les intervenants. Les soignants étant nombreux, une information donnée à un soignant par le patient peut facilement être oubliée par ce dernier lors d'un nouvel interrogatoire (une allergie médicamenteuse par exemple).

Nous pouvons aussi citer les circonstances suivantes : Faire un signalement au procureur (discuté de manière collégiale), demande d'ordonnance de placement provisoire (OPP), donner un avis favorable quant à la levée d'une OPP, organiser une HAD, aider à la mise en place d'une sauvegarde de justice.

L'équipe médicale peut elle aussi varier. En fonction de l'organisation du service et du statut ou non de CHU de l'hôpital les membres de cette équipe peuvent changer, de manière quantitative et qualitative (les hôpitaux non CHU ne reçoivent pas d'externes ce qui peut donc changer parfois du simple au double le nombre des intervenants).

L'étude des traces a mis en évidence l'existence d'un binôme au sein de cette équipe médicale, le couple interne/senior. Chaque interne est affilié à un praticien référent du service avec lequel il échangera, discutera et partagera.

D'autre part, certains actes s'exécutent de manière collégiale, reflet du travail en équipe:

- relecture d'examens, discussion, décision collégiale, demande de conseils, échange d'explication, concertation, entraînement au travail en équipe au travers de séance de simulation, aide et entraide, décharge de responsabilité, rédaction d'un dossier APA, organisation d'une sauvegarde de justice, demande de compléter un bilan exploratoire, réfléchir ensemble, raconter, demander, faire appel, établir un consensus de pairs, réunion, établir une expertise, recommander
- la revue morbi-mortalité, *morning/lunch Conference*, la visite professorale du chef, la Réunion de Concertation Multidisciplinaire, la présentation en staff

Nous pouvons relever de la même manière les termes suivants utilisés dans la phase de récit:

- nous, notre, on, auprès de moi, trois médecins, avec moi, ma/mon (chef), verbes conjugués à la première personne du pluriel
- utilisation des verbes : rejoindre, laisser prendre les devants, s'étonne auprès de, se plie à la décision du chef, s'exprime, refuse, s'interroge

La réunion de concertation pluridisciplinaire constitue au sein d'une structure hospitalière l'exemple d'échange d'avis transdisciplinaires quant à la prise en charge d'un patient. Ces réunions sont formelles dans leur organisation ainsi que dans l'aspect administratif.

Au sein du secteur ambulatoire nous pouvons distinguer de manière similaire le binôme maître de stage/interne. Ensemble ils pourront échanger, discuter, partager mais aussi :

- organiser la prise en charge médico-éducative, éducation thérapeutique structurée en groupe, accompagnement par la coordination, planification, réhabilitation, réévaluation, visite à domicile, réalisation de dossier ALD, suivi, mise en place d'un traitement de fond, révision par un autre médecin dans un CMS ou Maison Médicale.

Ensuite, comme développé ci-dessus, au sujet du réseau de relations ou « carnet d'adresses », un médecin traitant aura l'occasion de travailler en équipe avec d'autres confrères ou professionnels de santé dans la prise en charge d'un patient en commun. Ensemble ils discuteront, échangeront, s'entre-aideront.

Un médecin peut adresser un patient vers une structure hospitalière ou une clinique, ce qui constituera aussi un travail équipe. A la différence de la gestion de la prise en charge en ambulatoire de manière discontinue, l'adressage permet de répondre aux enjeux suivants:

- Hospitalisation programmée afin de réaliser sur un temps plus court l'ensemble des examens complémentaires nécessaires et de consulter l'ensemble des spécialistes
- Prise en charge en urgence d'un patient compte-tenu de l'engagement du pronostic vital
- Adressage aux urgences où, même si le pronostic vital n'est pas engagé, il sera plus pratique de réaliser tous les examens complémentaires nécessaires au sein d'une structure hospitalière et de pouvoir hospitaliser le patient plus facilement si le pronostic le requiert. Cette réflexion est notamment évoquée dans la trace n°21 : alors qu'une prise en charge ambulatoire théoriquement possible entraînerait des déplacements répétés du patient (voire la nécessité d'une ambulance pour chaque déplacement), un délai de rendez-vous pour chaque examen et un délai pour récupérer les résultats, l'hospitalisation permet ainsi une centralisation de la prise en charge.

La trace n°21 révèle une alternative de choix: les réseaux de santé.

Les réseaux de santé sont des structures ambulatoires, permettant de mettre en contact différents professionnels de santé afin d'assurer une offre de soin optimale dans le secteur ambulatoire. Alors que le secteur hospitalier se caractérise par la disponibilité de quasiment toutes les spécialités au

sein d'une même structure, les réseaux apportent une alternative à l'hospitalisation car ils mettent en relation des professionnels de disciplines différentes. Cette alternative est illustrée dans la trace n°21 « je ne peux pas l'envoyer aux urgences où la patiente risque d'attendre plusieurs heures pour peut-être s'entendre dire qu'elle n'a pas de phlébite et qu'elle peut rentrer chez elle avec les antalgiques que je lui aurais prescrits ». Cela illustre la situation dans laquelle le seul but de l'adressage aux urgences est l'accès à un écho-Doppler veineux des membres inférieurs afin d'exclure une phlébite, le reste de la prise en charge pouvant être géré en ambulatoire. Le réseau a permis l'accès rapide à un écho-Doppler en ambulatoire dont le résultat a été transmis par fax au médecin prescripteur le jour même.

Le réseau de soin est l'alternative à l'adressage aux urgences car il apporte un accès rapide aux examens nécessaires. Il implique une disponibilité de tous ces membres. Afin d'y avoir accès, chaque membre doit y adhérer.

Le réseau de santé peut aussi assurer des missions de santé publique, comme raconté dans la trace n°25. Cette dernière explique tout d'abord que les membres sont recrutés auprès de professionnels potentiellement intéressés (inscription sur liste lors d'une réunion de présentation du réseau). Ensuite elle décrit les problèmes d'organisation inhérents au travail en groupe : emploi du temps concordant et outils facilitant l'organisation (lien doodle). Elle précise qu'un tel travail nécessite la présence d'un « noyau dur présent à chaque manifestation ».

La collaboration des nombreux intervenants constitue donc un travail en équipe.

Comme développé précédemment, l'HAD constitue le travail en équipe par excellence. Cela implique la participation de nombreux professionnels potentiellement présents à l'hôpital (comme développé ci-dessus).

A la manière d'un dossier médical, toute HAD met à disposition un système d'échange d'informations et d'avis par le biais de classeur de transmission et d'échanges téléphoniques. L'HAD recrée le travail en équipe hospitalier au domicile du patient.

6. Problématiques

a. Sujet des problématiques

Les problématiques évoquées lors de la rédaction des traces sont très variables quant au sujet, mais aussi quant à leur développement. En effet c'est à l'interne (éventuellement sous l'impulsion du tuteur) de développer une problématique, d'aller en profondeur dans la discussion, d'appuyer sa réflexion sur des références pertinentes et de les exploiter.

Dans l'ensemble des traces, les auteurs sont allés loin dans la réflexion. Toujours en partant d'une situation clinique précise, ils élargissent le sujet vers une présentation plus globale pour ensuite prendre du recul et installer une véritable réflexion sur le problème rencontré. Lors de ce développement, l'auteur invite le lecteur dans sa réflexion qu'il détaille pas à pas. Une profonde réflexion est un signe de curiosité et d'intérêt de la part de l'auteur. Prenons comme exemple le refus de soin d'un patient (trace n°5) qui, après s'être élargi au refus de soin en général, a amené une réflexion sur la transfusion chez les patients « témoins de Jéhovah ». Ce sujet est complexe et délicat. Pourtant l'auteur a su citer les références adéquates et donner le point de vue des autorités en matière de santé (le conseil de l'ordre des médecins) ainsi que son propre point de vue.

Il faut également remarquer que dans la majorité des cas, une des problématiques citées est un rappel de cours sur un sujet rencontré dans la trace. Ce rappel se base sur une source de référence. L'auteur entreprend alors de synthétiser une formation théorique de médecine bien souvent assez volumineuse.

b. Références

Afin de réaliser une analyse de qualité, l'auteur doit se baser sur des sources de qualité. Il est possible de les distinguer en trois catégories:

- Les sources reconnues/officielles: recommandations HAS, recommandations européennes de prise en charge, INSERM, CCNE, SNFGE, Ameli.fr, Conseil de l'Ordre des Médecins, INSEE, AFSSAPS, OMS, Observatoire Décentralisée de l'Action Sociale, États Généraux de l'Enfance, ARS, hôpitaux.fr, CRIP PACA, senat.fr, sante.gouv.fr, Textes de loi du code français de la santé publique, CNAMTS, CPAM, INPES, ANAES
- Collèges de spécialistes/association: ARHIF, REPOP, ASPN, cardiologie pédiatrique de la francophonie, Centre d'Urologie et d'Andrologie de Paris, Collège des enseignants de neurologie, Pilly, SFMU, FEDESAP, rapport YENI, AFPSSU, Réseau Périnatalité de la Réunion, CNGOF, réforme-enfance, Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, Université Médicale Virtuelle Francophone umvf, site du service de cardiologie de Besançon, charte du réseau SphèreS, HAD Santé, fnehad, BEH, hegp, who.int/hiv, SNFGE, sfap.org, fnass, portail-soins-palliatifs.org, croix-saint-simon.org, sante.ujf-grenoble.fr, Portail canadien en soins palliatifs, univ-rouen.fr, servlet.com, réseau Onconord, Oncoprof, Vidal
- Revues médicales/ouvrages/sites internet: Revue du Praticien, EMC traité de médecine AKOS, articles de pubmed/bmlweb, wikipedia, fullbright norway.com, Thèse de médecine générale, journal Le Monde, site de la Région Rhône, département éthique de Jussieu, La Revue de Gériatrie, sos-net.eu.org, odmreunion.net, infopatiens.net, drogues-info-service.fr, centredesaddictions.org, livres traitant de la santé.

c. Travail en équipe

La seule trace mentionnant le travail en équipe dans les problématiques est la trace n°6. Elle ne mentionne pas le travail en équipe au cours de la situation décrite mais détaille les séances de Simuréea organisées au cours du stage afin que se déroule de manière organisée le travail en équipe. Ce sont des séances de simulation de prise en charge d'un patient dont le pronostic vital est engagé. Elles sont organisées par un médecin senior et une infirmière de déchocage. Alors qu'un interne «joue le médecin », les autres sont spectateurs. La séance se termine par un débriefing de la simulation.

7. Critères de qualité du travail en équipe

Tout travail pouvant être jugé sur sa qualité, le travail en équipe suit cette même règle.

Après la lecture des traces, il est possible de distinguer le travail en équipe de bonne qualité et celui de mauvaise qualité. Bien que l'appréciation de l'auteur soit subjective, elle n'en reste pas moins une description des faits lors du déroulement d'une situation clinique.

Il est important de noter que pour qu'un travail en équipe se déroule bien, encore faut-il que les intervenants puissent se contacter.

Ainsi nous avons pu constater que dans la majorité des traces, le senior ou maître de stage est toujours joignable (au téléphone). Dès que l'interne est confronté à une difficulté, il peut contacter le référent (maître de stage ou senior), ce dernier peut se rendre rapidement auprès de l'interne (à l'hôpital, trace n°13 ou au cabinet, trace n°10) et apporter son aide à l'interne.

Dans un service hospitalier, l'interne et le référent travaillent toujours de concert, l'interne prend part aux discussions et décisions concernant la prise en charge (dans la trace n°6 l'interne récupère les résultats des examens, présente et clôture le dossier, communique avec la famille). Lors de la lecture il se dégage des notions telles que le partage, la confiance ou l'enseignement. Le référent est alors toujours présent auprès de l'interne pour l'aider, le conseiller, lui expliquer.

Cette notion de bonne relation se confirme dans la trace n°30 lorsque l'interne, ne partageant pas le point de vue du senior référent, refuse d'exécuter une prise en charge à laquelle il n'adhère pas.

« Mécontent de cette prise en charge, je lui exprime alors [...], je me refuse à initier un traitement curatif intensif ».

S'ensuit alors une discussion entre l'interne et le senior, discussion aboutissant à un compromis. Par la suite, l'équipe soignante sollicite les connaissances du chef de service afin que celui-ci puisse expliquer les décisions de prise en charge.

De manière similaire, les spécialistes sollicités dans le secteur ambulatoire ou hospitalier sont joignables dans la majorité des cas et se rendent sur les lieux dès que possible pour apporter leur aide (trace n°13, trace n°6).

« La pédiatre de néonatalogie se rend immédiatement sur place ». « Mon senior des urgences m'informe qu'il monte immédiatement ».

Nous pouvons constater que la communication se fait dans les deux sens. L'interne a contacté le médecin spécialiste, ce dernier le recontacte et le tient au courant des suites de la prise en charge (par téléphone ou par courrier). Concernant le secteur ambulatoire, pour des raisons pratiques, le spécialiste ne se déplace pas. Le patient se rendra chez le spécialiste qui acceptera de le recevoir et de se rendre disponible pour le prendre en charge. Ainsi les spécialistes sollicités sont présentés comme des collaborateurs joignables, disponibles et fiables. Il y a entre les professionnels de santé un véritable dialogue.

La trace n°25 raconte l'élaboration d'une mission de santé publique. A travers cette trace, nous pouvons mettre en évidence deux notions jusqu'alors peu développées: les enjeux du travail en équipe et le recrutement.

Le travail en équipe est complexe car à partir du moment où plusieurs personnes sont impliquées, les avis se multiplient. Ainsi l'élaboration d'un projet de cette envergure a nécessité la participation de collègues impliqués, disposant d'un emploi du temps concordant ou aménageant leur emploi du temps dans ce sens, ainsi que la présence d'un « noyau dur » de soignants. Nous comprenons alors que dans une équipe, l'implication de tous les intervenants n'est pas la même. Sans la présence d'une ou quelques personnes assurant une permanence, une certaine constance, le travail en équipe ne pourrait pas aboutir.

Ensuite la trace évoque le recrutement des membres de cette équipe potentielle. Dans cette trace, le recrutement s'est fait au cours d'une réunion de présentation d'un réseau de soin. Les membres du public potentiellement intéressés ont donné leurs coordonnées. Pour fonctionner, une équipe doit être composée de personnes impliquées et donc intéressées.

Au sein du secteur ambulatoire, le travail en équipe est souvent décrit comme étant optimal.

Concernant la relation maître de stage/ interne, l'interne consulte au cabinet, le maître de stage est constamment joignable et guide l'interne dans sa prise en charge. De plus, il met à la disposition de l'interne tous ses outils, notamment le carnet d'adresses.

De la même manière, la relation entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé ambulatoires est toujours décrite comme de bonne qualité. Les traces décrivant cette bonne relation sont nombreuses (médecin de la maison de retraite dans la trace n°20, gastro-entérologue dans la trace n°4 « il a vu la patiente comme convenu, je lui ai demandé [...] il m'a répondu, pose la question [...] répond », infirmière du réseau périnatalité dans la trace n°17, médecin régulateur du SAMU dans la trace n°18). Les collègues contactés sont disponibles, l'interne échange avec eux des avis, des conseils (certains collègues expriment même de la gratitude).

Dans la trace n°17 concernant le réseau périnatalité, le collègue médecin semble surpris de la disponibilité et de l'efficacité du réseau. Nous sommes en droit de nous poser alors deux questions : les réseaux sont-ils tous aussi efficaces (leurs membres sont-ils tous aussi compétents)? L'efficacité des réseaux est-elle sous-estimée par les médecins généralistes induisant un désintérêt de leur part ?

Au sein du secteur ambulatoire les séances ETP (Éducation thérapeutique) sont de parfaits exemples d'un travail en équipe de bonne qualité. Le but de ces séances est l'accompagnement et l'éducation du patient sur sa pathologie. Cela requiert l'intervention de plusieurs professionnels de santé, donc une bonne relation et communication entre eux. Elles s'élaborent après un travail

laborieux et régulier. Une séance ETP réussie est forcément le résultat d'un travail en équipe de qualité.

Au sein du secteur hospitalier cette bonne entente au sein de l'équipe permet d'aboutir à une mission d'enseignement, comme c'est le cas des internes de gynécologie qui se forment auprès des sages-femmes (trace n°18 et accouchement à quatre-mains).

Il est aussi intéressant de constater que les discussions interdisciplinaires se font sous la forme d'échanges formels et de recueil d'avis, contrairement aux échanges intradisciplinaires qui sont plutôt décrits comme informels et amicaux, voire sous la forme de recueil de conseils dans lesquels chacun fait part de ses doutes et de ses angoisses (maître de stage/interne, internes entre eux). Le fait d'appartenir à la même discipline modifierait le ton et la nature des échanges.

8. Equipes dysfonctionnelles

Il existe d'autres situations au cours desquelles le travail en équipe n'est pas décrit comme étant de bonne qualité. Nous pouvons en constater trois types : la relation entre les intervenants qui est mauvaise, le travail de l'équipe qui est jugé de mauvaise qualité, les inconvénients du travail d'équipe.

a. Travail de mauvaise qualité

La trace n°7 illustre un travail de mauvaise qualité. Alors que le patient présente des hématuries importantes et qu'il semble angoissé, l'équipe infirmière est décrite comme « se sentant débordée », « elle ne vient pas quand le patient a mal » et « n'a pas su répondre aux angoisses du patient ». Ce tableau est peu flatteur pour l'équipe soignante qui semble délaisser un patient dont la prise en charge est trop lourde.

b. Mauvaise relation

La trace n°7 décrit la situation suivante de manière assez critique. Tout d'abord le patient nécessite la visite de l'urologue dans le service de médecine polyvalente « presque tous les deux jours ». L'interne semble très surprise que le spécialiste fasse le déplacement à chaque fois et exprime cette différence d'implication avec les termes « voir mon patient ». Le patient étant hospitalisé, il est *a priori* attendu que le spécialiste sollicité se déplace jusqu'à résolution du problème pour lequel il a été sollicité. Pourtant cette disponibilité de l'urologue semble surprendre et irriter l'interne. Ensuite l'urologue de ville est injoignable car « trop occupé ou absent ». Dans un contexte d'hématurie, l'avis de l'urologue référent aurait été utile. Par la suite, bien que le patient nécessite une prise en charge urologique et donc un transfert en chirurgie, l'interne se heurte à une opposition de la part du service de chirurgie de l'hôpital qui, ne voulant pas prendre la responsabilité du patient, refuse d'accueillir ce dernier sous prétexte qu'il « n'a pas été initialement opéré dans leur service ». L'interne a dû forcer ce transfert en chirurgie en affirmant que l'instabilité du patient rendait le transfert dans le service initial dangereux. Au cours du bilan exploratoire, bien qu'une scintigraphie pulmonaire a été prescrite par l'interne, seule une écho-Doppler des membres inférieurs est réalisée. Bien qu'aucune raison à ce changement d'examen n'ait été énoncée, il s'agit d'un changement de prescription sans en avertir le médecin prescripteur. Au cours de la trace il n'est jamais fait mention de discussion formelle ou informelle avec les autres médecins du service concernant cette situation, pourtant complexe. L'auteur décrit un tableau très sombre de ce travail en équipe et reflète le sentiment de « se battre seule pour le patient ». Elle apparaît comme abandonnée au sein même de son équipe. Enfin, l'interne reçoit un compte-rendu qui lui est nominativement adressé, ce qui la surprend « il est rare de bénéficier de ces égards ». Cependant, étant donné que les internes signent les comptes-rendus d'hospitalisation, il n'est pas surprenant qu'un courrier soit adressé à l'interne en retour. Elle semble ne pas se considérer comme membre à part entière de l'équipe soignante à laquelle elle est sensée appartenir.

c. Mauvaise communication

Dans le paragraphe suivant, je vais mettre en lumière un échec de l'organisation du système de santé en France. Bien que n'étant pas une faute à proprement parler, cela constitue une prise en charge impliquant de nombreux intervenants dont l'issue est le décès d'un enfant. La trace n°8 décrit une situation de maltraitance, passée inaperçue aux yeux des soignants, alors qu'une revue de l'histoire clinique montrait de nombreux signaux d'alarmes. Ces signes étaient un nomadisme médical de la part des parents et une notion de traumatisme inexplicé. Un partage des dossiers inter-hospitaliers aurait pu, à plusieurs reprises, alerter les différents soignants. Cependant l'état actuel de l'organisation inter-hôpitaux ne permettant pas ce partage, l'enfant a été à plusieurs reprises remis à ses parents.

« Une suspicion de maltraitance, ce qu'il n'avait pas du tout suspecté, tant les parents avaient été convaincants ».

d. Difficultés du travail en équipe

La trace n°16 révèle les difficultés du travail en équipe notamment la multiplication des intervenants. L'interne vante les qualités de son senior référent alors qu'elle est laissée en complète autonomie dans le service, ce dernier étant complètement absent. Les infirmières ne sont mentionnées que comme des intervenants chronophages avec lesquelles l'interne est obligée d'interagir. De plus l'interne souligne que les résultats des bilans biologiques sont rendus « trop tard ». Cet élément permet de formuler différentes hypothèses : les bilans biologiques sont-ils prélevés trop tard par l'équipe infirmière? Sont-ils apportés trop tard au laboratoire? Sont-ils pris en charge trop tard par le laboratoire? Pourquoi le laboratoire n'a-t-il pas contacté le service pour lui signaler une anomalie du bilan biologique?

L'interne a commis une faute, celle de ne pas avoir pris en charge une hyponatrémie évoluant depuis plusieurs jours. Cette faute viendrait, d'après l'auteur, d'une charge de travail trop importante et d'un manque d'organisation. La conséquence de cette hyponatrémie a été une aggravation de l'état de santé de la patiente vers un état comateux et son transfert dans le service de réanimation. Ce transfert a par ailleurs été géré par le senior référent et le service de réanimation, « le réanimateur appelle mon chef »; l'interne n'y a pas pris part. Suite à cet événement, la première réaction du senior a été de blâmer l'interne « Il m'a dit que j'étais la première responsable et qu'il était le deuxième, je me suis sentie vraiment nulle ». Les changements alors effectués ont été les suivants: le senior vérifiera systématiquement tous les résultats des bilans biologiques avec l'interne. Au lieu d'alléger le travail de l'interne ou de veiller à une organisation plus optimale du service, le senior choisit de relire les bilans biologiques. Pour finir, l'interne, au lieu d'être critique quant à l'implication du senior, a mal vécu cette vérification, sentant la perte de confiance du senior.

« Je m'en suis beaucoup voulu et ce qui m'a le plus perturbé [...] c'est d'avoir perdu la confiance de mon chef ».

Dans un autre registre, la trace n°30 souligne le manque d'intégration de tous les membres de l'équipe soignante. Alors qu'une réunion pluridisciplinaire concernant l'attitude thérapeutique (curative ou palliative) a lieu dans le service, l'assistance sociale et la psychologue ne sont pas conviées. Ces dernières blâment l'interne car il est le « représentant du secteur médical » présent lors des transmissions du matin. S'ensuit alors des remontrances reprochant aux médecins de garder une main mise sur les décisions thérapeutiques, « discussion houleuse avec la psychologue ».

9. Autres concepts

D'autres concepts sont développés dans la rédaction des traces, ils se dégagent souvent des impressions et du ressenti de l'auteur lors de la rédaction. Ainsi nous pouvons percevoir en tant que lecteur les concepts suivants:

la gravité, la culpabilité, la révolte, l'émotion, la chronicité, la morbi-mortalité, l'incertitude, la relation médecin traitant/patient, relation interne/patient.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

I. PRINCIPAUX RESULTATS

1. La base de données du DMG

Le DMG de Paris Diderot possède une base de données d'une grande richesse, tant en terme de quantité qu'en terme de contenu. Outre leur aspect pédagogique, les traces d'apprentissage, notamment celles qui sont publiées parmi les « traces remarquables », sont accessibles à tous les internes du département ce qui représente une base de données actualisée. Les traces donnant lieu à une publication sont choisies non seulement pour leur qualité mais aussi pour leur originalité ou leur intérêt de mise au point pratique sur une situation particulière. Une publication régulière de traces remarquables dans la presse professionnelle est d'ailleurs à l'étude. Bien que les internes perçoivent la production de RSCA comme une contrainte, nous pouvons aussi la définir comme une responsabilité. C'est la responsabilité du soignant actuel et en devenir de se forcer à se remémorer une situation clinique plus ou moins plaisante et plus ou moins complexe, de verbaliser ses impressions, pour ensuite prendre du recul et procéder à une analyse pragmatique et enfin en tirer un enseignement pour lui-même et aussi parfois, pour ses collègues. Cette richesse est aussi assurée par la singularité de chaque trace d'apprentissage. A situation équivalente, deux traces seront entièrement différentes selon l'auteur, son mode de rédaction ou les points qu'il a choisi de développer. De plus, une même situation clinique sera probablement racontée différemment par la même personne selon l'état d'esprit dans lequel il sera lors de la rédaction. Enfin les traces sont aussi « tuteur-dépendantes » et certains tuteurs seront plus ou moins incitatifs et exigeants dans une certaine direction d'approfondissement dans les registres narratifs, analytiques ou bibliographiques. Cette base de données apparaît comme une banque d'informations pour transmettre et s'épanouir tant comme professionnels de santé et que sur le plan humain.

2. L'importance du travail en équipe

Le travail en équipe au sein du système de santé est complexe, au même titre que tous travaux en équipe. Une équipe se composant d'éléments aussi divers que variés, le fonctionnement coordonné et optimal d'un groupe d'individus est loin d'être aisé.

Par ailleurs, signalons que la richesse d'une équipe provient de cette diversité: partage des connaissances, confrontation des avis, changement de points de vue.

Le domaine de la sociologie a depuis longtemps essayé de développer des modèles pour réfléchir et théoriser sur le travail en équipe. Un travail en équipe bien mené apparaît comme le schéma de réalisation le plus optimal afin de mener à bien un projet. Dans le même temps, compte tenu de la diversité, les causes de dysfonctionnement sont importantes et multiples.

Ainsi de manière analogue aux équipes de pilotage, le secteur médical n'a eu de cesse d'élaborer des schémas de fonctionnement applicables au système de santé afin que la prise en charge par les soignants soit optimale et efficace. Ce besoin provient notamment du fait que, comme pour les équipes de pilotage, une erreur peut être potentiellement grave, voire fatale.

La lecture des différentes traces a mis en évidence le fait que malgré la diversité des intervenants, des points de vue et des disciplines, la collaboration entre professionnels de santé se fait généralement de manière satisfaisante. Les professionnels de santé ont pour intérêt commun la santé du patient. Cet élément est privilégié au détriment d'autres considérations plus personnelles (notamment une certaine hiérarchie).

Il est évident que certaines situations sont marquées de conflits et d'incompréhension. Cependant de manière générale, la majorité des internes tend à décrire un travail en équipe dans de bonnes conditions. Bien qu'aucun enseignement du cursus médical n'enseigne ou ne sensibilise l'étudiant sur le travail d'équipe, nous avons observé que cette collaboration se fait souvent naturellement.

L'élément clef d'un travail en équipe optimal est la collaboration et la communication. Dans l'hypothèse où chaque professionnel réaliserait seul sa tâche sans jamais communiquer avec les autres intervenants, ce travail serait voué à l'échec.

3. Le médecin traitant vu par le monde médical

La lecture des traces a montré certaines appréciations du médecin généraliste.

La trace n°4 mentionne une citation de *Médecin Au Quotidien* de P. GALLOIS « une communication souvent incomplète ou déséquilibrée entre généralistes et spécialistes » « déséquilibrée entre le spécialiste censé apporter le savoir et le généraliste chargé de le mettre en œuvre ». Il souligne aussi que l'incertitude en médecine est la principale cause de la multiplication d'examen complémentaires « théoriquement » inutiles.

La trace n°7 cite la recommandation HAS « le médecin traitant a un rôle d'informateur et participe à la décision partagée » « l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate et rappelle l'existence d'un guide d'information publié par l'ANAES en 2004, dont la mise à jour devra être réalisée conformément aux recommandations de la HAS sur l'élaboration de l'information à destination des patients et en fonction des données ». Ici, le médecin traitant a un rôle d'informateur, en fonction du patient et des données lorsque l'on sait que l'indication principale de la Résection Trans Urétrale de Prostate est le ressenti du patient face aux symptômes, donc une donnée purement subjective. Le médecin traitant se voit confier un rôle qu'il ne peut pas assumer. Il ne peut pas juger si les symptômes ressentis par le patient sont suffisamment gênants pour motiver une opération.

4. La production des traces

Nous avons pu visualiser la manière dont les internes produisent une trace. Après avoir sélectionné un sujet, l'interne prend plaisir aussi bien à raconter le récit clinique à la manière d'une histoire qu'à analyser par la suite la situation et à en tirer un enseignement.

Il est évident que le rôle du tuteur est primordial. En plus d'apporter un regard plus mature sur la trace ainsi produite, c'est lui qui pourra pousser l'interne à approfondir son raisonnement.

A contrario un tuteur peu engagé dans les travaux de son tuteur ne stimulera l'interne, la trace produite ne sera qu'un « ersatz » de ce qu'elle aurait pu être.

Le rôle du maître de stage de référence au moment des faits est également important. C'est lui qui peut suggérer la rédaction d'une trace pour une situation vécue avec l'interne (supervision directe ou même phase passive) ou rapportée par lui (supervision indirecte), il peut aussi très souvent bonifier la trace et l'apprentissage en discutant ou en faisant préciser un élément en particulier.

Les internes suivent souvent la trame globale énoncée par le DMG, ce qui permet de suivre un mode de rédaction similaire afin que l'ensemble des traces soit plus uniforme dans la base de données.

5. Analyse critique des traces

Toutes les traces comportent une analyse critique similaire. Elles s'efforcent d'utiliser un champ lexical et une syntaxe narrative dans la partie récit afin d'immerger le lecteur dans la situation clinique. L'auteur décrit la situation de manière chronologique et détaillée. C'est cette description qui permet de suivre l'intervention des différents intervenants ainsi que leur relation dans le travail en équipe au sein du système de santé. A travers cette narration l'auteur parvient à faire transparaître ses émotions, son ressenti (voire sa révolte, son dégoût).

La partie analyse est toujours traitée avec une différence de ton, un niveau de langage plus scientifique, moins narratif qui permet de marquer cette différence. Les auteurs y développent les problématiques posées et laissent une place non négligeable à la discussion. Cette différence de ton permet de bien séparer les deux parties. Alors que la première partie reste centrée sur le patient, la deuxième est plus générale, l'auteur peut ainsi prendre du recul devant la situation clinique.

Dans la majorité des traces les références sont fournies et pertinentes.

Il est important de noter que la partie analyse est dans la majorité des traces très bien développée.

La partie rappel de cours est complète et synthétique, sans être limitative. Elle est faite de manière générale sans se restreindre à la situation du patient.

La partie discussion est bien approfondie. L'auteur part de la situation clinique, pour ensuite généraliser le problème et apporter une réflexion profonde. Pour se faire, il détaille pas à pas sa démarche et inclut ainsi le lecteur dans ce parcours. Il se base sur des références pertinentes et donne ainsi de la crédibilité à sa réflexion.

Pourtant, il faut reconnaître que certaines traces présentent aussi des points négatifs: les éléments du travail en équipe sont insuffisamment développés dans la partie récit, notamment les discussions en staff ou lors des « grandes visites ». Les références peuvent être insuffisantes ou insuffisamment exploitées. L'utilisation des mots clefs n'est pas toujours pertinente par rapport au contenu réel de la trace. Probablement choisis avant le dépôt de la trace sur le site internet, les mots clefs sélectionnés sont pourtant des données importantes. Peut-être que le tuteur devrait-il, comme pour la compétence, sélectionner avec l'interne les mots clefs les plus adaptés et ensuite déposer la trace sur le site.

II. FORCES ET LIMITES

Le travail ci-dessus comporte des points forts mais aussi des points faibles qui limitent la pertinence des résultats.

1. Points forts

- La sélection des traces :

Les traces ont été sélectionnées par un tiers, le directeur de thèse, à partir des éléments les plus pertinents parmi les critères requis par le DMG (titre, compétences, mots-clefs).

- Le nombre de traces:

Le nombre de traces analysées est assez conséquent (trente et une traces) sachant que le nombre moyen de pages est de huit, pouvant aller jusqu'à une trentaine dans certains cas.

- L'analyse:

Toutes les traces ont été analysées avec la même grille de lecture. Les premières traces ayant servi à l'élaboration de cette grille ont été analysées de nouveau avec la grille nouvellement élaborée.

2. Points faibles

- Sélection des traces:

Les traces étudiées ont été sélectionnées de manière aléatoire mais selon la pertinence du titre. Aucune randomisation n'a été réalisée. La sélection s'est donc faite de manière totalement subjective.

- Le nombre de traces étudiées est de trente et une. Nous avons arrêté la lecture des traces à ce nombre car nous avons considéré avoir atteint une saturation des données qualitatives. Cependant toute histoire étant différente (ne serait-ce que par l'appréciation de l'auteur) il y aura toujours un élément différent à chaque lecture de nouvelle trace. Après trente et une trace, nous avons considéré avoir atteint une saturation des données étant donné qu'aucun nouvel élément pertinent ou particulièrement novateur n'apparaissait.

- La grille de lecture:

La lecture des traces n'a été réalisée que par le thésard. Bien que la lecture de chaque trace ait été discuté avec le directeur de thèse, le fait que la lecture active n'ait été réalisée que par une seule personne introduit un biais car la sélection des mots clefs ou des données pertinentes n'ont été soumises qu'à sa seule évaluation.

- Le relevé des mots clefs:

Lors de la lecture des traces, seuls les mots clefs concernant les intervenants actifs au sein du récit ont été relevés. Pour illustrer ce fait je citerai l'exemple des équipes de soins palliatifs ou celle de l'HAD. Lorsque dans la partie discussion l'auteur fait un rappel sur l'organisation de ces structures en listant l'intégralité des disciplines qu'elles mobilisent mais que les membres de ces disciplines ne sont pas impliqués dans le récit, j'ai pris l'initiative de ne pas les lister car l'auteur n'a pas eu de contact direct ou indirect avec eux. Cela permet aussi d'alléger la liste de mots clefs qui serait devenue trop conséquente si j'avais recueilli tous les membres possiblement concernés par les équipes de HAD sur le plan théorique.

De même, lors de la partie de cours théorique concernant une pathologie, je n'ai pas relevé tous les intervenants listés à titre indicatif (exemple de la prise en charge de la BPCO dans la trace n°3 qui mentionne une prise en charge psychologique alors que le psychologue n'est pas cité dans la partie récit).

- Données insuffisantes:

Les données quantitatives proviennent de la base de données des traces du DMG de la faculté de Paris Diderot. Lors de l'étude de ces données, j'ai remarqué plusieurs défauts. En effet il est arrivé qu'un mot clef pertinent du titre ne soit pas repris dans les mots clefs de la trace (exemple d'un trace comportant dans le titre le mot « anémie » qui n'a pas été relevé dans les mots clefs), un même mot clef cité deux fois, deux mots clefs bien trop vagues (« douleur » alors qu'il existe la possibilité de spécifier le siège de la douleur parmi les mots clefs proposés). Ainsi ce caractère approximatif des informations limite la pertinence de l'analyse des mots clefs.

- L'analyse du travail en équipe:

Elle se base principalement sur deux documents canadiens concernant des équipes hospitalières ce qui apporte deux limites. La première est que le Canada, un état francophone et de médecine occidentale, est différent de la France. Ainsi, les deux systèmes de santé et de travail en équipe ne sont pas comparables. De plus ces travaux concernent le travail en structures hospitalières, nous ne pouvons donc pas le généraliser à la médecine de ville.

L'une des raisons est que la trop grande diversité et variabilité du travail en équipe au sein du système de santé ambulatoire ne peut être généralisable. De la même manière, toutes les formations au travail en équipe rencontrées dans ces deux documents sont à l'intention des équipes hospitalières. Aucune formation n'est destinée aux praticiens de ville et, considérant la complexité des formations pour une équipe définie et encadrée au sein de l'hôpital, nous pouvons supposer qu'une formation à l'intention d'une équipe ambulatoire serait d'autant plus complexe à mettre en œuvre.

Au vu de ces points faibles, il est possible d'élaborer un prototype de travail comportant les éléments suivants:

- sélection randomisée des traces
- double lecture utilisant la grille de lecture
- choix pertinent des mots clefs définissant la trace

Il est aussi possible de réaliser ce même travail au sujet de chacune des compétences du DMG.

III. COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

Les traces d'apprentissage étant peu étudiées, nous ne disposons pas de données de littérature médicale pour comparer nos données ou nos résultats.

IV. QUESTIONS EN SUSPENS ET OUVERTURE

1. RSCA et ECOS

La rédaction de RSCA et des ECOS sont toutes les deux des exercices d'apprentissage du DMG. Alors que le RSCA est une situation authentique et complexe vécue par l'interne, l'ECOS est une situation fictive (bien que basée sur une situation réelle) jouée par des acteurs ou des médecins. L'analyse critique de la situation sera faite par l'interne ou non par un tiers (le tuteur dans le cas du RSCA et l'observateur pour les ECOS). Dans les deux cas l'objectif est de tirer un enseignement.

Alors que le RSCA est une situation réelle mais déformée par la vision de l'auteur qui racontera « sa version » de l'histoire, l'ECOS est plus objectif (car sollicitant un tiers observateur) mais n'est pas authentique puisqu'artificiel (au sens de fait avec art) mais cependant bien réel.

Les deux exercices sont donc différents, l'un apportant ce que l'autre ne parvient pas à mettre en place (authenticité de la situation et objectivité de l'analyse). A noter qu'une thèse est en cours dans le cadre du DMG Paris Diderot pour apprécier les résultats obtenus par les internes passant un ECOS à propos d'une situation pour lesquels ils ont déjà réalisé des RSCA. L'hypothèse est que ces résultats devraient être meilleurs mais cette thèse apportera très certainement des éléments complémentaires en confirmant ou infirmant cette hypothèse.

2. RSCA et Balint

Des groupes d'échanges de pratiques centrées sur la relation médecin patient (Groupe Balint) sont organisés par le DMG Paris Diderot, y participent des internes volontaires. Le dispositif comporte sept séances de deux heures réparties sur un semestre et réunit une dizaine de participants accompagnés par deux enseignants. Dans ces groupes, ont été plusieurs fois évoqués des problèmes liés au travail en équipe notamment lorsqu'il concerne les rapports entre internes et radiologues qui peuvent rechigner à réaliser des examens demandés par l'interne essentiellement en contexte de garde. Les RSCA travaillés dans notre thèse n'ont montré qu'une seule situation de ce type. Dans le RSCA n°7, l'interne fait une demande de scintigraphie ventilation/perfusion afin d'exclure une embolie pulmonaire. Sans plus de détail, le récit nous apprend que c'est un écho-Doppler veineux des membres inférieurs qui a été réalisé. L'examen complémentaire prescrit par l'interne qui a légalement le droit de signer une prescription n'a pas été respecté.

Il semble donc que chaque dispositif pédagogique (RSCA, ECOS, Groupe Balint) donne lieu à des situations différentes et à des apports complémentaires. L'articulation de ces différents outils mérite d'être étudiée de manière spécifique, comme c'est le cas pour l'articulation entre les RSCA avec les ECOS.

CONCLUSION

Les RSCA combinent des éléments de récit impliqué et contextualisé, d'analyse critique et de bibliographie raisonnée. Lors de leur rédaction, l'interne s'investit professionnellement et humainement. Il vise la réflexion, la prise de recul et la réflexivité afin de ressortir grandi de la situation rencontrée.

L'élaboration d'un RSCA se fait de manière collégiale. L'interne sollicite son tuteur, ses enseignants, ses maîtres de stages. Ce sont des occasions d'échange, de réflexion et de confrontation de points de vue. Les RSCA sont des outils fondamentaux de la formation des internes.

La compétence « Travailler en équipe au sein du système de santé » est vécue comme une collaboration et un échange entre collègues basés sur la communication et la confiance, le tout dans l'intérêt du patient. Il arrive que cette collaboration ne se déroule pas de manière optimale, c'est pourquoi les institutions de santé tendent à investir du temps et des moyens pour développer les formations visant à améliorer et optimiser le travail en équipe.

Notre travail a exploré simultanément un outil pédagogique, le RSCA, et un thème de formation, «travailler en équipe ». Un travail complémentaire étudiant les autres compétences et problématiques de médecine générale à partir du même outil permettra de préciser cet outil ainsi que les autres compétences de médecine générale. Deux thèses sont d'ores et déjà en cours sur les RSCA traitant des thèmes « annonce d'une mauvaise nouvelle » et « erreur médicale ». Des travaux sur d'autres outils sont également en cours.

BIBLIOGRAPHIE

Attali C. et coll (2006) Compétences pour le DES de médecine générale. *La Revue Exercer* n°76 : 31-32

CCECQA (2009) *Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes* [en ligne]. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAfinal_17aout09.pdf>. (Accès le 30 avril 2014)

CCECQA (2009) *Quels sont les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers et conduisant à une hospitalisation ? Quelles sont leurs causes et leurs conséquences ?* [en ligne]. Disponible sur <<http://www.omedit-aquitaine.fr/sections/public/etudes-publications/evisa-etude-regionale/evisa3536/downloadFile/attachedFile/EVISAart4pages.pdf?nocache=1285842309.75>>. (Accès le 30 avril 2014)

Code de la Santé Publique (2009) LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 – Article 36 [en ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=C3BEB50410D4A6C3F2BD19050054BF2B.tpdjo06v_2?idArticle=JORFARTI000020879483&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id>. (Accès le 9 juillet 2014)

CPSI ICSP (2011) *Le Travail d'Équipe Et La Communication Dans Les Soins De Santé, Une Analyse Documentaire* [en ligne]. Disponible sur <<http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications%20Lit%20Review.pdf>>. (Accès le 25 avril 2014)

Département de Médecine Générale Paris Diderot (2013) *Règles de validation 2013-2014 du D.E.S. de médecine générale* [en ligne]. Disponible sur <<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/3ecyDESp7/reval13.pdf>>. (Accès le 29 juin 2014)

DREES (2010) *Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé* [en ligne]. Disponible sur <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>>. (Accès le 30 avril 2014)

FCASS-CFHA (2006) *Le travail en équipe dans les services de santé: promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada* [en ligne]. Disponible en ligne sur <http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf>. (Accès le 25 avril 2014)

Galam E. (2006) Enseigner et optimiser nos pratiques : de la transposition didactique à la vraie vie. *La Revue Du Praticien Médecine Générale* 20 (734/735) : 654-656

Haute Autorité de Santé (2012) *Medical Team Training pour réduire les risques associés aux soins* [en ligne]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1295656/fr/medical-team-training-pour-reduire-les-risques-associes-aux-soins>. (Accès le 25 mars 2014)

Haute Autorité de Santé (2013) *Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) et simulation* [en ligne]. Disponible sur

<http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/2013_10_29_pacte_et_simulation.pdf>. (Accès le 25 mars 2014)

Johnson, D.W., Johnson, R.T., Holubec, E.J., & Roy, P. (1984). *Circles of learning: Cooperation in the classroom*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

L'École de Paris (2001) *Les décisions absurdes* [en ligne]. Disponible sur <<http://ecole.org/fr/seances/VA128>>. (Accès le 30 avril 2014)

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (2013) *Bulletin officiel n°20 du 16 Mai 2013* [en ligne]. Disponible sur <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1>. (Accès le 15 juin 2014)

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2009) «*Hôpital, patients, santé, territoires*» *Une loi à la croisée de nombreuses attentes* [en ligne]. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf>. (Accès le 10 mai 2014)

Morel C. (2002). *Les Décisions Absurdes: Sociologie des erreurs radicales et persistantes*. Editions Gallimard.

NOSOPICARD (2011) *Les événements indésirables graves dans les établissements de santé: fréquence, évitabilité et acceptabilité* [en ligne]. Disponible sur <http://www.nosopicard.com/iso_album/enquete_eneis_2110.pdf>. (Accès le 30 avril 2014)

PRESCRIRE (2011) *Petit manuel de pharmacovigilance et de pharmacologie clinique* [en ligne]. Disponible sur <http://www.fnapsy.org/tc/manuel_pharmacovigilance.pdf?PHPSESSID=7e1980df3631b7e0c347e89df9b2a4b7>. (Accès le 15 juin 2014)

The Joint Commission (2014) *Summary date of sentinel events reviewed but The Joint Commission* [en ligne]. Disponible en ligne sur <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/2004_to_2Q_2013_SE_Stats_-_Summary.pdf>. (Accès le 2 mai 2014)

UNAFORMEC (2009) *Médecin au quotidien, le nouveau livre de Pierre Gallois*. Disponible sur <<http://www.unaformec.org/Medecine-au-Quotidien-le-nouveau.417.html>>. (accès le 10 mai 2014).

Université Paris Diderot Département de Médecine Générale (2012) *Compétences de médecine générale et traces d'apprentissage. Mode d'emploi à l'usage des internes, maîtres de stage et tuteurs* [en ligne]. Disponible sur <<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/3ecyDESp7/guidtraces.pdf>>. (Accès le 3 avril 2014)

Wittorski (1998) *De la fabrication des compétences* [en ligne]. Disponible sur <<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/26/96/PDF/art-edpte-135.pdf>> (Accès le 20 juin 2014)

ANNEXES

1. Loi HPST, les missions du médecin généraliste de premier recours ; Objectifs du deuxième cycle d'études médicales.....	63
2. Tableau des problématiques évoquées.....	64
3. Tableau des rappels cliniques.....	68
4. Tableau des intervenants évoqués.....	69
5. Tableau des références.....	71
6. Tableau des analyses critiques.....	73
7. Tableau des mots clefs.....	77

Annexe 1 :

- Article L-4130-1 du Code de la Santé Publique issu de l'article 36 de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi HPST Art. L. 4130-1 Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer que la coordination des soins nécessaires à ses patients est effective

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la permanence des soins dans des conditions fixées à l'article L. 6314-1. »

- Bulletin officiel N°20 du 16 mai 2013 des études médicales : régime des études en vue du premier et du deuxième cycle, **objectif n°6**

L'organisation de l'exercice clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient :

- Décrire les principes d'organisation et les conditions de mise en œuvre :
 - du travail en équipe (pluriprofessionnelle).
 - des protocoles pluriprofessionnels (incluant la notion de comorbidité).
 - des réunions de concertation pluridisciplinaire.
 - des listes de vérification « check lists ».
 - des réunions de morbi-mortalité.

Annexe 2 : Tableau des problématiques évoquées

Trace	Problématiques évoquées
Trace 1	<p>Comment une insuffisance cardiaque simple s'est elle transformée en situation complexe avec évolution fatale ?</p> <p>Quel est le rôle du praticien: soigner l'organe ou le patient?</p> <p>L'erreur médicale, est-elle uniquement le fait de passer à côté du bon diagnostic, de débiter tardivement un traitement, n'est elle pas aussi une surmédicalisation ?</p> <p>Coronarographie, morbi-mortalité</p>
Trace 2	<p>La prise en charge de l'obésité (des éléments diagnostics jusqu'aux outils de prise en charge)</p>
Trace 3	<p>Comment actualiser ses connaissances lorsque l'on se rend compte de ses lacunes ?</p> <p>Comment expliquer au patient l'importance de sa pathologie tout en l'intégrant dans sa propre prise en charge sans le brusquer par les mots du vocabulaire médical ou le pronostic sombre de sa maladie ?</p> <p>Comment organiser le suivi d'un patient atteint d'une pathologie chronique, suivi nécessitant l'intervention de nombreux intervenants et donc un travail en équipe ?</p>
Trace 4	<p>Comment hiérarchiser ma conduite diagnostique dans cette situation ?</p> <p>Quelles sont les difficultés spécifiques à cette situation ? Hiérarchiser les hypothèses diagnostiques, avoir recours à un spécialiste en ambulatoire, gestion de l'incertitude dans la pratique de la médecine.</p>
Trace 5	<p>Prise en charge des ulcères:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les grands types d'ulcères ? - Quels sont les différentes classes de pansements ? Quels sont leur indication ? <p>Quelles sont les étiologies d'un purpura vasculaire ?</p> <p>Comment faire face au refus de soin ?</p>
Trace 6	<p>Savoir prendre la décision la plus adaptée en extrême urgence</p> <p>Savoir mettre en pratique ses connaissances</p> <p>Travailler en équipe et s'entraîner : Simurée pratiqué dans le service de pédiatrie. (formation collégiale : interne, senior pédiatre formé à la réanimation ou réanimateur pédiatrique)</p> <p>Apport de connaissances nouvelles : la coarctation de l'aorte</p>
Trace 7	<p>Comment prendre en charge un patient instable dont les complications sont toutes secondaires à une thérapeutique médicale ?</p> <p>Comment solliciter l'aide des collègues au sein du système de santé, et ainsi travailler en équipe ?</p> <p>Pouvoir être critique sur une prise en charge (RTUP) et les recommandations actuelles (dépistage systématique) en se documentant de manière professionnelle et organisée (pubmed, conférence de consensus, guide HAS)</p>
Trace 8	<p>Le signalement : définition, acteur, conséquences</p> <p>Quelles étaient les alternatives ?</p>
Trace 9	<p>Comment poser le diagnostic de troubles somatoformes et comment les prendre en charge ?</p> <p>Comment travailler en équipe au sein du système de santé dans l'intérêt de la patiente et comment organiser un relais ambulatoire à la sortie de l'hospitalisation ?</p>

Trace 10	Comment penser au diagnostic de pancréatite aiguë ? Quand hospitaliser une pancréatite aiguë ? Quel suivi ?
Trace 11	Intérêt de travailler en maison médicalisée: l'efficacité du travail en équipe Difficulté à parler des IST, quels arguments avancer pour permettre le dépistage du partenaire ? Comment mener une consultation afin d'aboutir à un dépistage du partenaire, tout en gardant la confiance des partenaires entre eux et avec le médecin? Secret médical et conséquences pour le médecin lorsque celui-ci n'est pas respecté: le secret médical et la question de l'infection par VIH. Prise en charge des urétrites et cervicites non compliquées: rappel sur la prise en charge.
Trace 12	La difficulté d'être un étudiant étranger: barrière de langue, différentes mentalités, différences d'organisation. Les différences avec la France: le cursus médical aux États-Unis, l'organisation au sein du service. L'organisation du système de santé aux États-Unis.
Trace 13	Comment prendre en charge un Arrêt Cardio-Respiratoire ? Quelles réflexions sur la fin de vie, les directives anticipées et la décision de réanimation ? Quelle est la place accordée aux médecins traitants dans ces réflexions ?
Trace 14	Que ressentent les aidants face à la maladie de leurs proches ? Quelles sont les conséquences pour leur santé ? Quelles prises en charge proposent les recommandations ? Comment améliorer ma prise en charge future ?
Trace 15	Prise en charge d'un patient victime d'agression sexuelle.
Trace 16	La responsabilité du médecin dans la prise en charge. Le médecin face à sa faute.
Trace 17	Comment faire face à une demande d'IVG d'une mère pour sa fille de 15 ans ? Comment organiser au mieux la prise en charge ?
Trace 18	Comment prendre en charge les métrorragies de la femme enceinte en âge de procréer en ville, dans quel cas adresser aux urgences ? Comment prendre en charge une fausse couche en ambulatoire ?
Trace 19	Quelle est la prise en charge médico-psycho-socio-légale dans le cadre d'une suspicion de maltraitance ? Qu'implique un signalement administratif ? Judiciaire ? Un signalement au CRIP ?
Trace 20	Bilan de chute de la personne âgée. Comment prendre en charge une fibrillation auriculaire chez la personne âgée ? Prise en charge de la chute de la personne âgée.
Trace 21	La thrombose veineuse profonde: diagnostic et prise en charge, Les réseaux de santé
Trace 22	L'expertise médicale. Le rôle du médecin traitant.
Trace 23	La maltraitance: définition et facteurs de risque. Signalement judiciaire: circonstances et procédures.

Trace 24	HAD: définition et organisation
Trace 25	Organiser une mission de santé publique de prévention des IST dans un lycée: logistique et contenu.
Trace 26	Myélome multiple: diagnostic et prise en charge. Prise en charge de l'hyperthyroïdie d'une patiente âgée. Mise en place d'aides au domicile.
Trace 27	RCP: définition, fonctionnement, rôle.
Trace 28	Les soins palliatifs: définition, circonstances, actions.
Trace 29	L'arrêt de travail: définition et conséquences, le harcèlement moral, le secret médical.
Trace 30	La fin de vie: comment l'appréhender ? comment la gérer en médecine générale ?
Trace 31	Comment gérer un patient toxicomane en ville ? Quels sont les traitements de substitution ?

Annexe 3 : Tableau des rappels cliniques

Trace	Rappel clinique
Trace 1	Prise en charge d'une poussée d'insuffisance cardiaque chez une patiente de 88 ans autonome, compliquée d'un syndrome coronarien aigu avec tentative de revascularisation par stent insuffisamment efficace, compliquée d'une insuffisance rénale aiguë terminale (hypoperfusion sur défaillance cardiaque, iatrogénie par Produit de Contraste) et saignement digestif sur iatrogénie.
Trace 2	Douleur testiculaire chez un enfant de 3 ans. Après avoir exclu une torsion testiculaire, prise en charge endocrinienne d'une obésité et d'une mère sous-estimant cette obésité.
Trace 3	Prise en charge d'une exacerbation de BPCO chez un patient de 60 ans, prise en charge à la phase aiguë et organisation du suivi.
Trace 4	Prise en charge ambulatoire d'une douleur épigastrique chez une patiente de 39 ans.
Trace 5	Prise en charge d'une patiente de 83 ans présentant un purpura vasculaire des membres inférieurs. Gestion de la patiente opposante.
Trace 6	Prise en charge d'un état de choc chez un nourrisson (travail conjoint des pédiatres et réanimateurs de néonatalogie).
Trace 7	Prise en charge d'une thrombophlébite du membre inférieur chez un homme de 55 ans qui va se compliquer par une hématurie importante. Confrontation à l'absence d'investissement de certains confrères et collègues.
Trace 8	Prise en charge d'un enfant de 30 mois pour suspicion de maltraitance. Après perte de vue, l'enfant décédera d'un hématome sous-dural.
Trace 9	Prise en charge d'une femme de 27 ans présentant des troubles neurologiques sans causes retrouvées. Après exploration et bilan, l'équipe soignante découvre que la patiente a subi un abus sexuel, cause des troubles.
Trace 10	Description de trois présentations cliniques de pancréatites aiguës, dans trois contextes différents dans un service d'urgences ou en médecine ambulatoire.
Trace 11	Prise en charge d'un patient présentant des symptômes évoquant une IST en médecine ambulatoire/CMS.
Trace 12	Trace relatant un stage effectué dans un hôpital américain.
Trace 13	Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire en sortie de garde.
Trace 14	Réflexion sur l'aidant lors de l'organisation du retour à domicile d'un patient de gériatrie.
Trace 15	Trace relatant deux situations cliniques de suspicion d'agression sexuelle.
Trace 16	Prise en charge d'une crise d'épilepsie chez une patiente en hyponatrémie dans un stage dans lequel l'interne était peu encadré.
Trace 17	Prise en charge d'une demande d'IVG en ambulatoire d'une fille de 15 ans avec l'aide du Réseau de Soins.
Trace 18	Trois prises en charge urgentes dans un stage de gynécologie.
Trace 19	Lors d'un stage en diabétologie, prise en charge d'une patiente suspectée d'être victime de violence et d'abus sexuels.

Trace 20	Diagnostic de fibrillation auriculaire d'une patiente en maison de retraite et organisation d'une hospitalisation programmée en cardiologie.
Trace 21	Prise en charge en ambulatoire d'une thrombose veineuse profonde chez une patiente de 32 ans, sollicitation du travail en réseau.
Trace 22	Expertise médicale dans le cadre de la poursuite en justice d'un hôpital par le mari d'une patiente pour négligence
Trace 23	Aux urgences pédiatriques, prise en charge du malaise d'un enfant appartenant à la communauté rom. Une demande d'OPP a été lancée de manière hâtive. L'équipe soignante va tout mettre en œuvre pour faire lever l'OPP.
Trace 24	Dans le service de pneumologie, organisation d'une HAD pour une patiente présentant un cancer du sein multimétastatique en phase palliative
Trace 25	Organisation par le biais du réseau Ares 92 d'une mission de prévention sur les IST dans un lycée.
Trace 26	Dans un service de gériatrie aiguë, exploration d'une gammopathie monoclonale chez une patiente de 79 ans et prise en charge sociale pour le retour au domicile.
Trace 27	En stage de gériatrie, découverte d'un cancer du sein chez une patiente de 88 ans admise pour chute mécanique.
Trace 28	Prise en charge palliative d'un patient de 78 ans
Trace 29	En stage de SASPAS en centre de santé : confrontation avec des agents de la sécurité sociale pour un arrêt de travail antidaté.
Trace 30	En stage de médecine interne, prise en charge de deux situations de fin de vie.
Trace 31	En stage de SASPAS : prise en charge d'un patient toxicomane

Annexe 4 : Tableau des intervenants évoqués

Trace	Intervenants évoqués
Trace 1	Service des urgences, équipe infirmière, équipe médicale, Revue Morbi-Mortalité, service de cardiologie, biologie, imagerie médicale, coronarographie, banque du sang, USIC, hôpital de Lagny.
Trace 2	Service des urgences, consultation hospitalière en externe, équipe médicale, équipe infirmière, chirurgien viscéral, radiologue, endocrinologue, médecin traitant, pédiatre, diététicienne, psychologue.
Trace 3	Médecin traitant, infirmière, biologiste, pharmacien, kinésithérapeute, psychologue, psychiatre, assistante sociale, addictologue, tabacologue, Sécurité Sociale, EFR, polysomnographie et pléthysmographie, endoscopie, radiologie, médecin du travail, entreprise de matériel médical, la mairie, groupes de soutien, service des urgences, centre de réhabilitation, service de médecine.
Trace 4	Maître de stage, médecins spécialistes, l'interne, endoscopiste, laboratoire d'analyse.
Trace 5	Équipe infirmière, l'interne, service de biologie, service de radiologie, dermatologue, hématologue, chirurgie vasculaire, médecin traitant.
Trace 6	Équipe infirmière, interne, senior, service de biologie, réanimateur, manipulateur radio, radiologue, laboratoire, SAMU, hôpital.
Trace 7	Médecin traitant, consultation d'urologie, service d'urgences, radiologie, biologie, médecine nucléaire, anatomopathologie, banque du sang, équipe infirmière, équipe médicale.
Trace 8	Interne, senior, équipe infirmière, assistance sociale du service, chef de service, radiologue, orthopédiste, administrateur de garde, neurochirurgie de Necker, médecin traitant, procureur de la république, Conseil Général, ASE, suivi social, substitut du procureur, Tribunal de Grande Instance, Conseil National de l'Ordre des Médecins, enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux, ministère de la justice, protection de l'enfance, services médicaux du Conseil général, juge des enfants.
Trace 9	Médecin traitant, neurologue, radiologue, service d'urgences, service de neurologie, service de biologie, équipe soignante, la kinésithérapeute, le psychologue, le psychiatre, l'orthophoniste, CMP de secteur.
Trace 10	Médecin, senior, infirmière, laboratoire, coursier, service d'urgence, radiologie, interne, cardiologue, réanimateur, sapeur pompiers, SAMU, assistante sociale.
Trace 11	Médecin traitant, médecins du centre de santé, infirmière, pharmacie, CMS, CDAG, CIDDIST.
Trace 12	Équipe médicale, étudiant, chef référent, équipe infirmière, médecins spécialistes, service des urgences, biologie, radiologie, service de médecine, l'hôpital.
Trace 13	Équipe infirmière, service de gériatrie, médecin, biologie, médecin urgentiste, réanimateur, cardiologue, interne, senior, kinésithérapeute, diététicienne, médecin traitant.
Trace 14	Interne du service, service de gériatrie, HDJ, médecin traitant, groupe de soutien, association, psychothérapeute, intervention socio-éducative, CLIC.
Trace 15	Interne, service des urgences, dermatologie, hôpital, PH de garde, chef de service,

	service de gynécologie, CCA, biologie, pharmacie de l'hôpital, Hôpital Hôtel Dieu, Hôpital La Pitié Salpêtrière, UMJ, UML.
Trace 16	Interne, médecin senior, équipe infirmière, réanimateur, radiologue, service de biologie.
Trace 17	Médecin traitant, infirmière libérale, laboratoire d'analyses, radiologue, pharmacie, gynécologue, sage-femme, psychologue, service social, groupe de parole, infirmière scolaire, Hôpital Bichât, sage-femme du Réseau, Réseaux de Soins/Périnatalité, PMI, planning familial.
Trace 18	Médecin traitant, laboratoire d'analyse, cabinet de radiologie en ville, médecin spécialiste, service d'urgences, SAMU, régulateur du SAMU, service de chirurgie, biologie, service d'anatomopathologie, Centre des références des môles à Lyon, sage-femme.
Trace 19	Équipe soignante, l'assistante sociale du service, la psychologue, senior, service des urgences, le psychiatre, radiologue, service de diabétologie de Robert Debré, CRIP, ONED, PMI, Conseil de l'Ordre.
Trace 20	Interne, maître de stage, médecin de la maison de retraite, biologie, l'infirmière de la maison de retraite, cardiologie, chef de clinique, radiologie, Holter, EEG.
Trace 21	Service des urgences , cabinet d'échographie, médecins du cabinet, réseaux de santé Sphère.
Trace 22	Médecin traitant, médecin conseil, gériatre, patiente, avocat conseil de l'hôpital, avocat conseil de la patiente, représentant du service juridique de l'HAP, Hôpital X, Hôpital Z, médecin expert.
Trace 23	Urgences pédiatriques, hôpitaux roumains, équipe infirmière, administrateur de garde, hôpital Robert Debré, CRIP, brigade des mineurs, procureur de la république, éducatrice.
Trace 24	Service de pneumologie, service d'oncologie, équipe de soins palliatifs, HAD, infirmière de Santé Service, infirmière coordinatrice, kinésithérapeute, médecin traitant.
Trace 25	Réseau Ares 92, coordinatrice du réseau, internes SASPAS, CRIPS de la région PACA, Conseil Régional d'Auvergne.
Trace 26	SSR, service de gériatrie aiguë, laboratoire, imagerie, ophtalmologue, assistante sociale, infirmière, kinésithérapeute, hématologie, gériatres.
Trace 27	Service de gériatrie, service des urgences, chirurgien, biologie, imagerie, gériatres.
Trace 28	Ma chef, médecin traitant, EMSP.
Trace 29	Agent d'accueil du CMS, agents de la sécurité sociale, tuteur.
Trace 30	Service de médecine interne, oncologue, RCP, radiothérapeute, imagerie, la chef de clinique, médecin référent, équipe para-médicale, psychologue, infirmières.
Trace 31	Sécurité sociale, co-interne.

Annexe 5 : Tableau des références

Trace	Références
Trace 1	<u>Sources reconnus</u> : protocole HAS sur la revue morbi-mortalité, recommandations européennes sur la prise en charge du syndrome coronarien aiguë <u>Collège de spécialistes/association</u> : registre de cardiologie de l'ARHIF
Trace 2	<u>Sources reconnus</u> : HAS <u>Collège de spécialistes/association</u> : REPOP
Trace 3	<u>Sources reconnus</u> : recommandations HAS <u>Revue médicale/ouvrage</u> : La Revue du Praticien
Trace 4	<u>Collège de spécialistes/association</u> : ASPN referral study <u>Revue médicale/ouvrage</u> : Médecin Au Quotidien_ P. GALLOIS
Trace 5	<u>Sources reconnus</u> : INSERM section éthique, article du CCNE
Trace 6	<u>Collège de spécialistes/association</u> : site de cardiologie pédiatrique de la francophonie <u>Revue médicale/ouvrage</u> : EMC traité de médecine AKOS : revue médicale francophone
Trace 7	<u>Sources reconnus</u> : conférences de consensus HAS <u>Collège de spécialistes/association</u> : Centre d'Urologie et d'Andrologie de Paris <u>Revue médicale/ouvrage</u> : articles de pubmed/bmlweb - Volume 6, Number6, 270-6, Juin 2010, Stratégies
Trace 8	<u>Sources reconnus</u> : Texte de lois Justice.gouv
Trace 9	<u>Collège de spécialistes/association</u> : Collège Des Enseignants de Neurologie
Trace 10	<u>Sources reconnus</u> : SNFGE, HAS, ameli.fr
Trace 11	<u>Sources reconnus</u> : Conseil-national.medecin.fr (site du Conseil de l'Ordre des médecins) <u>Collège de spécialistes/association</u> : AFSSAPS, PILLY
Trace 12	<u>Revue médicale/ouvrage/site internet</u> : Chambaretaud S <i>.le système de Santé américain</i> , adp, Septembre 2011: article du magazine Actualité et Dossier en Santé Publique, du site du Haut Conseil de la Santé Publique, wikipedia, fullbright norway.com, Study in USA/Medical education in USA
Trace 13	<u>Sources reconnus</u> : INSERM <u>Collège de spécialistes/association</u> : SFMU
Trace 14	<u>Sources reconnus</u> : HAS <u>Collège de spécialistes/association</u> : FEDESAP <u>Revue médicale/ouvrage</u> : Thèse de médecine sur l'aide aux aidants. Janvier 2012
Trace 15	<u>Sources reconnus</u> : Ordre des Médecins, Guide HAS <u>Collège de spécialistes/association</u> : rapport YENI, AFPSSU <u>Revue médicale/ouvrage</u> : Revue du Praticien
Trace 16	Aucun apports théoriques
Trace 17	<u>Sources reconnus</u> : HAS, INSEE <u>Collège de spécialistes/association</u> : Réseau Périnatalité de La Réunion <u>Revue médicale/ouvrage</u> : Le Monde

Trace 18	<u>Collège de spécialistes/association</u> : CNGOF
Trace 19	<u>Sources reconnus</u> : Conseil de l'Ordre des Médecins, Code Pénal <u>Collège de spécialistes/association</u> : réforme-enfance <u>Revue médicale/ouvrage/site internet</u> : La Revue du Praticien, site de la région Rhône
Trace 20	<u>Sources reconnus</u> : HAS, INSEE <u>Collège de spécialistes/association</u> : Société Française de Gériatrie et de Gériologie <u>Revue médicale/ouvrage</u> : article du département éthique de Jussieu
Trace 21	<u>Sources reconnus</u> : AFSSAPS, ANAES, <u>Collège de spécialistes/association</u> : site de cardiologie de Besançon (besancon-cardio.org), site de la faculté de médecine de Nantes (umvf) <u>Revue médicale/ouvrage</u> : Réseau Sphère, thèse de médecine générale
Trace 22	Aucune
Trace 23	<u>Sources reconnus</u> : Conseil national de l'ordre des médecins, OMS, Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale, Etats Généraux de l'Enfance
Trace 24	<u>Sources reconnus</u> : ARS <u>Collège de spécialistes/association</u> : HAD
Trace 25	<u>Collège de spécialistes/association</u> : HEGP, senat.fr, sante.gouv.fr, CRIPS, BEH <u>Revue médicale/ouvrage</u> : who.int
Trace 26	Aucune
Trace 27	<u>Sources reconnus</u> : HAS <u>Collège de spécialistes/association</u> : SNFGE
Trace 28	<u>Sources reconnus</u> : INPES <u>Collège de spécialistes/association</u> : Site de l'université de médecine de Grenoble, site de l'université de médecine de Nantes (umvf), université de Rouen <u>Revue médicale/ouvrage</u> : SFAP, La revue de Gériatrie
Trace 29	<u>Sources reconnus</u> : Conseil de l'ordre, Ordre départemental des médecins de la Réunion <u>Collège de spécialistes/association</u> : Améli <u>Revue médicale/ouvrage</u> : sos-net, la Revue du Praticien, infopatiens.net
Trace 30	<u>Collège de spécialistes/association</u> : Vidal <u>Revue médicale/ouvrage</u> : Oncoprof, Réseau Onconord
Trace 31	<u>Collège de spécialistes/association</u> : Améli <u>Revue médicale/ouvrage</u> : <u>drogues-info-service, centredesaddictions, Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville, Aude Lalande; Stany grelet avril2001</u>

Annexe 6 : Tableau des analyses critiques

Trace	Analyse critique de la trace
Trace 1	Approfondissement de la réflexion notamment sur le <i>primum non nocere</i> . Revue morbi-mortalité insuffisamment détaillée.
Trace 2	Prise en charge de l'obésité détaillée sur le plan multidisciplinaire et sur le suivi à long terme. Les références sont insuffisamment exploitées.
Trace 3	La prise en charge de la BPCO est un sujet long et complexe. L'auteur a su rester synthétique sans négliger le contenu. Elle a su alterner les phases de récit et d'analyse, en gardant cohérence de ton et en appuyant chaque partie de l'analyse avec le déroulement du récit. L'auteur fait part du ressenti du patient. Elle a expliqué au patient la physiopathologie de la maladie en conservant un vocabulaire profane. L'auteur fournit aux lecteurs des pistes pour expliquer à leurs patients la physiopathologie de la BPCO et montre qu'il est possible d'expliquer clairement dans un vocabulaire non médical, une pathologie chronique longitudinale (dans le temps) et transversale (pluridisciplinaire : pneumologie, infectiologie, cardiologie, handicap etc) sans pour autant rabaisser le niveau de l'explication. L'explication au patient est la base de l'adhésion de ce dernier.
Trace 4	L'auteur détaille sa démarche diagnostique devant une douleur épigastrique, démarche accompagnée d'incertitudes. L'auteur a su incorporer ce sentiment d'incertitude à son récit. Il souligne l'importance de savoir s'entourer de collaborateurs fiables et de confiance. Dans ce récit, l'interne travaille de concert avec son maître de stage, le spécialiste gastro-entérologue et le laboratoire de biologie. Cela a permis une prise en charge ambulatoire d'une patiente qu'il aurait été facile d'adresser aux urgences. Enfin, il souligne le fait que l'incertitude en médecine est la principale cause de la multiplication d'examen complémentaires « théoriquement » inutiles.
Trace 5	Rappels complets sur les ulcères et les pansements (composition, propriété chimique, indication, contre-indication, éléments pratiques et noms commerciaux et indication du pansement en fonction de la plaie). Les photos apportées ont une part pédagogique fondamentale. Dans son inconfort face à la prise en charge dermatologique, l'auteur a su adopter une attitude de médecin : faire ce qu'elle savait faire, c'est-à-dire exclure une urgence et décrire. La description clinique dermatologique est complète et organisée. Le vocabulaire employé est approprié (lésions élémentaires, macule, lésion nécrotique), chaque lésion est décrite de la même manière (topographie, taille, aspect). Sur le sujet du refus de soin, l'auteur est allé très loin dans la réflexion. Elle a commencé par remettre le statut du patient et du médecin dans un contexte juridique, puis elle a mentionné un changement des mentalités, « être malade cela n'est plus s'en remettre aveuglément à son médecin de manière résignée ». Ensuite elle a mentionné une situation délicate (le refus de transfusion des témoins de Jéhovah) et a ensuite posé une question sur les tentatives de suicides. Pour finir, elle a donné le point de vue du CCNE. Il est dommage de ne pas connaître les documents de références concernant la dermatologie.

	<p>L'auteur a utilisé des abréviations qu'il aurait été bon d'écrire en entier.</p> <p>L'auteur décrit la relation conflictuelle avec la patiente.</p>
Trace 6	<p>La bibliographie est insuffisamment référencée.</p> <p>Description des séances de SIMUREA très intéressante: organisation du travail en équipe dans les situations d'urgences.</p>
Trace 7	<p>Dans la partie analyse l'auteur reste très critique quant à la prise en charge du patient. L'auteur fait part de son sentiment d'abandon au sein de l'équipe de soignants.</p> <p>L'auteur exprime même cette nécessité de devoir se « référer à un spécialiste » devant ses « connaissances minces », l'auteur semble mal vivre ce besoin, cette dépendance au spécialiste.</p> <p>L'auteur s'est documenté, elle a cherché l'information à la source, celle de l'Evidence Based Medicine et a agit comme un professionnel de santé, mesurant la responsabilité de ses actes et ainsi la nécessité d'appuyer ses décisions par des documents qui font référence.</p> <p>L'auteur n'a pas effacé les annotations à destination du tuteur.</p> <p>Il n'est aucune mention de staff, réunions ou d'échanges avec les confrères.</p>
Trace 8	<p>La partie analyse est bien documentée, l'auteur mentionne et cite les textes de lois ainsi que toute la démarche lors d'un signalement.</p> <p>L'auteur parvient, à travers sa rédaction, à transmettre son sentiment de révolte et de dégoût de cette fatale issue.</p> <p>L'auteur tente de se projeter pour voir ce qu'elle aurait pu modifier dans sa prise en charge.</p>
Trace 9	Absence de référence exactes des sources
Trace 10	Attitude professionnelle de l'auteur et effort de réflexion devant un sujet non maîtrisé.
Trace 11	Illustration du travail en équipe au sein d'un Centre de Santé: accessibilité au soin, coordination entre professionnels de santé, dossier médical partagé, absence de délai dans les consultations d'urgence, rapidité de retour des résultats des bilans biologiques. Réflexion sur le secret médical et l'infection à VIH très intéressante.
Trace 12	Description du travail dans un hôpital américain. Explications concernant l'organisation des études médicales et celle du système de santé. L'auteur se permet d'être critique devant l'organisation du système de santé.
Trace 13	L'auteur s'interroge sur la fin de vie et les décisions de directives anticipées. Elle cite des sources de références s'interroge sur la place du médecin traitant dans ces décisions, en théorie et en pratique.
Trace 14	Fait un point sur les aidants, secondes victimes des maladies causant la perte d'autonomie. La thèse mentionnée est très récente ce qui donne encore plus de crédit à cette trace. La prise en charge des aidants est un problème méconnu, mésestimé et mal pris en charge. La réflexion de l'auteur influencera sa pratique future.
Trace 15	Rappel sur la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles et sur la suspicion de soumission psychique. Les sources sont issues de documents faisant référence. Elle ajoute à cette trace l'exemplaire de certificats médicaux.

Trace 16	<p>L'interne décrit ici un travail d'équipe au sein du service peu valorisant (le senior est peu présent, résultats des bilans biologiques tardifs, infirmières perçues comme chronophages).</p> <p>L'auteur souligne la responsabilité du médecin traitant de regarder tous les résultats des examens complémentaires des patients, reçus en main propre ou par courrier. Il est dommage que les deux parties n'aient pas été mieux séparées.</p>
Trace 17	<p>Situation clinique délicate nécessitant une prise en charge efficace, rapide et adaptée. L'auteur alterne bien les parties de récit et d'analyse (rappel épidémiologique, prise en charge générale). L'auteur a su gérer cette situation et s'adresser aux bons collaborateurs.</p> <p>L'accent est mis sur la réactivité et l'efficacité du Réseau de Soins.</p>
Trace 18	<p>Trace reprenant trois situations cliniques graves ayant débutées en ville et abouties à l'hôpital. L'auteur décrit les relations possibles de collaborations entre les différents spécialistes, le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Les sources sont issues d'organismes faisant référence.</p>
Trace 19	<p>Cette trace permet de faire le point sur la prise en charge d'une suspicion de maltraitance, notamment sur le plan légal. L'auteur fait un rappel clair et complet sur les différentes structures judiciaires possiblement concernées, des conséquences pour les différents protagonistes, ainsi que sur la manière de rédiger un certificat. Documents issus de sources de références.</p>
Trace 20	<p>A travers cette trace, l'auteur détaille avec précision sa démarche clinique et diagnostique devant la chute de la personne âgée. Le style narratif permet d'immerger le lecteur dans la situation clinique. Devant la charge du bilan à réaliser en ambulatoire et l'organisation nécessaire, l'hospitalisation programmée s'avère être la meilleure alternative. Cette hospitalisation a été organisée suite à la discussion des différents intervenants. Par la suite, l'interne, le maître de stage et le médecin de la maison de retraite ont travaillé de concert afin de proposer une prise en charge adaptée à la patiente. La réflexion sur l'attitude thérapeutique vis-à-vis des personnes âgées est pertinente.</p>
Trace 21	<p>Rappel complet sur les thromboses veineuses profondes. Illustration de la possibilité de prendre en charge une phlébite en ambulatoire (et non en structure hospitalière) à condition de disposer de l'accessibilité de l'écho-Doppler veineux des membres inférieurs. Présentation des Réseaux de santé et leur utilité en ville. Références bibliographiques très fournies. Algorithme de la prise en charge des TVP (Réseau Sphère).</p>
Trace 22	<p>Situation d'expertise médicale peu fréquente dans les traces. La rencontre du médical et du judiciaire est peu connue des internes.</p> <p>Rappel sur l'expertise médicale, déroulement, intervenants, conséquences.</p> <p>Nous pouvons tout de même regretter l'absence de références.</p>
Trace 23	<p>La description du récit permet de comprendre comment les événements peuvent s'enchaîner, notamment dans la suspicion de maltraitance.</p> <p>Les situations d'OPP sont assez rares au cours de l'internat, cela permet d'analyser les conséquences d'une OPP sur une famille.</p> <p>Illustre comment une différence de communication, de culture peut être un frein à la prise en charge et aboutir à des malentendus. Fait un rappel sur ce qu'est l'OPP, son action, son mode de mise en place, le rôle du médecin dans la mise en place d'une OPP et les conséquences qui en découlent.</p>

Trace 24	Détaille l'organisation concrète d'une HAD et fait un rappel sur ses objectifs, son fonctionnement et le mode de mise en place. Trace qui va à l'essentiel et se focalise sur l'HAD.
Trace 25	Trace originale sur une mission de santé publique. L'auteur détaille toutes les étapes de la réalisation de cette mission. Révèle une autre mission des Réseaux de soins.
Trace 26	Discussion sur l'abstention thérapeutique en gériatrie et organisation du retour à domicile avec aides. Réflexion approfondie et pertinente. Rappel sur les scores GIR.
Trace 27	La RCP est souvent mentionnée dans les traces mais rares sont les traces détaillant son organisation et son fonctionnement. Références peu détaillées.
Trace 28	Sujet des soins palliatifs pertinent et important en médecine générale. Illustre la discussion au sein d'une équipe de soignant mais aussi avec le médecin traitant et entretien avec la famille.
Trace 29	Situation de conflit avec la sécurité sociale peu représentée dans les traces, très intéressant. Revient sur les certificats médicaux et ce que fait un médecin en croyant « rendre service » au patient.
Trace 30	Prise en charge de la fin de vie et situation de conflit au sein d'une équipe de soignants.
Trace 31	Gestion des morphiniques et du patient toxicomane. Consultation de la base de données Ameli. L'interne prend une position de professionnel pour affirmer son autorité.

Annexe 7 : Tableau des mots clefs

Trace	Mots clefs
Trace 1	<p><u>Intervenant</u> : adressée par son médecin traitant, radio de thorax, bilan biologique, transfert en USIC, ETT, Hôpital de Lagny, coronarographie, transfusion, adresser, hospitalier</p> <p><u>Vocabulaire</u> : notre pratique, on, nous</p> <p><u>Actions</u> : revue morbi-mortalité avec les praticiens du service, décision prise de façon collégiale, relecture, discussion</p> <p><u>Autres concepts</u> : gravité, culpabilité</p>
Trace 2	<p><u>Intervenants</u> : service des urgences, avis du chirurgien viscéral, médecins généralistes, pédiatres, diététiciennes, psychologues, multidisciplinaire, ambulatoire, maison à caractère sanitaire et sociale à orientation diététique MECS, hôpitaux de jour, établissement de santé, hospitalier, REPOP : Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité de l'enfant, réseau, consultation Hôpital Robert Debré</p> <p><u>Vocabulaire</u> : on, notre rôle</p> <p><u>Actions</u> : prise en charge médico-éducative, éducation thérapeutique structurée en groupe, accompagnement par la coordination</p> <p><u>Autres concepts</u> : Révolte/surprise/émotion</p>
Trace 3	<p><u>Les intervenants</u> : passage aux urgences, oxygène au domicile, médecin généraliste, cardiologue, radiologue/échographie, EFR, kinésithérapie respiratoire, transfert en pneumologie, lettre du médecin traitant, ambulance, biologie, assistante sociale, médecin du travail, agence de l'environnement, mairie et demande d'appartement, pharmacien, diététiciennes, tabacologue/addictologue, infirmière spécialisée dans l'éducation thérapeutique, psychologue, demande d'admission en ALD, association de patients locale, réseau de soins</p> <p><u>Actions</u> : éducation thérapeutique, planification, équipe multi professionnelle, réhabilitation respiratoire, réévaluation globale, visite à domicile, centre spécifique, sessions éducatives, stage</p> <p><u>Autres concepts</u> : émotion/ressenti, chronicité, morbi-mortalité</p> <p><u>Divers</u> : mon chien m'attend</p>
Trace 4	<p><u>Intervenants</u> : maître de stage joignable, hépato-gastro-entérologues, carnet d'adresses, résultats biologiques, lettre adressée au Dr, fibroscopie, clinique</p> <p><u>Actions</u> : conseille, appeler le Dr [...] de le rappeler ensuite, rappeler le maître de stage, explique, demande de compléter, recevoir ma patiente, a vu la patiente comme convenu</p> <p><u>Autres concepts</u> : L'incertitude</p>
Trace 5	<p><u>Intervenants</u> : médecin traitant, infirmières, radiologue, bilan biologique, transfert en chirurgie vasculaire, myélogramme, biopsie cutanée, histologie, dermatologue</p> <p><u>Actions</u> : m'interpelle, relais à la sortie de l'hôpital</p> <p><u>Autres concepts</u> : relation médecin traitant/patiente, relation interne/patiente</p>
Trace 6	<p><u>Intervenants</u> : examens complémentaires, pédiatre de néonatalogie/réanimateur, transfert</p> <p><u>Vocabulaire</u> : rejoint, me laisse prendre les devant, auprès de moi, nous, trois médecins, nous décidons</p> <p><u>Actions</u> : radio réinterprétée, nous concerter, prendre une décision, séance de</p>

	<p>simurée, donner des ordres aux infirmières, s'entraîner à travailler en équipe</p> <p><u>Autres concepts</u> : gravité</p>
Trace 7	<p><u>Intervenants</u> : urgences, médecin traitant, service de médecine, radiologue, anatomopathologie, urologue, chirurgien vasculaire de Pontoise, scintigraphie, équipe infirmière, transfert, chirurgie viscérale, CRH, courrier à l'hôpital, transfusion</p> <p><u>Vocabulaire</u> : on, nous</p> <p><u>Actions</u> : demandé [...] il m'a répondu</p> <p><u>Autres concepts</u> : émotion, gravité, difficultés au sein de l'hôpital</p>
Trace 8	<p><u>Intervenants</u> : senior et l'interne de garde, administrateur de garde, Procureur de la république, orthopédie, infirmière, bilan radiologique, carnet de santé, assistante sociale du service, Conseil Général, Aide Sociale à l'Enfance, médecin traitant, hôpital Necker</p> <p><u>Actions</u> : transmis le tout à mon chef de service, appeler un confrère de ville, envoyer mon compte-rendu</p> <p><u>Autres concepts</u> : culpabilité</p>
Trace 9	<p><u>Intervenants</u> : neurologie, les urgences, médecin généraliste, consultation de neurologie, IRM cervicale et cérébrale, kinésithérapeute hospitalier et libéral, psychiatrie de liaison, CMP de secteur, personnel paramédical, orthophonie</p> <p><u>Vocabulaire</u> : on, nous</p> <p><u>Actions</u> : décidons</p>
Trace 10	<p><u>Intervenants</u> : senior d'astreinte, infirmière, biologie, radiologue, coursier, laboratoire de l'hôpital, service d'urgences, gastro-entérologie, chirurgie, maître de stage, transfert à l'hôpital, ambulance, sapeurs pompiers, SAMU, assistantes sociales, pompiers, accueil du service, réanimation, personnel soignant, cardiologue de garde, diabétologie, HAD, médecin traitant, cholangiographie per opératoire</p> <p><u>Vocabulaire</u> : nous</p> <p><u>Actions</u> : appeler mon senior, demande à ce qu'il soit perfusé, réfléchir à l'indication, conseils m'ont aidée, mon senior propose, m'explique, m'aide à prescrire, concertation, entretien avec le médecin des urgences, rappelle les urgences, demander son avis, conseil d'un de mes seniors</p> <p><u>Autres concepts</u> : émotion, gravité, style littéraire</p>
Trace 11	<p><u>Intervenants</u> : médecin traitant, biologie, infirmière, praticien du CMS, CDAG, CIDDIST, maison médicale pluridisciplinaire</p> <p><u>Actions</u> : favorise l'observance, discuter avec d'autres étudiants et le maître de stage</p>
Trace 12	<p><u>Intervenants</u> : service des urgences, infirmières, le service, biologie, radiologue</p> <p><u>Actions</u> : morning conference, Lunch conférence, séances inter services de morbi-mortalité, visite professorale</p>
Trace 13	<p><u>Intervenants</u> : service de gériatrie, IDE, chef/senior, cardiologue, Unité de Soins Intensifs de Cardiologie, réanimateur, biologie, médecin généraliste</p> <p><u>Vocabulaire</u> : Nous</p> <p><u>Actions</u> : informer, se questionnent, en charge jusqu'à l'arrivée des réanimateurs</p>
Trace 14	<p><u>Intervenants</u> : médecin traitant, psychothérapeute, HDJ, groupe de soutien, association, CLIC</p> <p><u>Actions</u> : interventions, faire appel à d'autres intervenants, continuité des soins</p>

Trace 15	<p><u>Intervenants</u> : unité médico-judiciaire, unité médico-légale, biologie, service d'urgences, police, praticien hospitalier, gynécologie, Hôpital Hôtel Dieu, chef de clinique, hôpital La Pitié, service de maladies infectieuses, pharmacie</p> <p><u>Actions</u> : me conseille</p>
Trace 16	<p><u>Intervenants</u> : un chef, biologie, radiologie, réanimateur, infirmières</p> <p><u>Actions</u> : appeler mon chef</p>
Trace 17	<p><u>Intervenants</u> : gynécologue obstétricien, psychologue, réseaux de périnatalité, Réseau Périnatal Paris Nord, sage-femme, PMI, Procureur de la République, GUT, Relais familial, Foyer de l'enfance, Assistante familiale, groupe de parole, hôpital Bichât, biologie, échographie, planning familial, pharmacie, infirmière scolaire, infirmière libérale</p> <p><u>Actions</u> : coordonner les soins, rappeler</p>
Trace 18	<p><u>Intervenants</u> : sage-femme, centre de référence des mûles à Lyon, biologie, hôpital, SAMU, médecin traitant, radiologie, SMUR, chirurgie, urgences gynécologiques, anatomopathologie, mon chef</p> <p><u>Actions</u> : accouchements à quatre mains, appelle immédiatement, technique dès son arrivée, coopération</p>
Trace 19	<p><u>Intervenants</u> : service des urgences, radiographie, hôpital Robert Debré, Procureur de la République, CRIP, ONED, conseil de l'ordre, service éthique et déontologie, assistante sociale, psychologue du service, psychiatre, équipe soignante, PMI, le chef</p> <p><u>Actions</u> : transfert des urgences, décharger sur le chef, récupérer les anciens comptes-rendus</p>
Trace 20	<p><u>Intervenants</u> : maître de stage, chef de clinique, biologie, radiologie, EEG, médecin de la maison de retraite</p> <p><u>Actions</u> : demander conseil, hospitalisation pour exploration, petite réunion</p>
Trace 21	<p><u>Intervenants</u> : échographie, médecins du cabinet, angiologue, réseau SphereS, co-interne, confrères</p> <p><u>Actions</u> : demander, avec qui il travaille régulièrement, faire appel, adhésion, recevoir un fax</p>
Trace 22	<p><u>Intervenants</u> : médecin traitant, médecin conseil, chirurgie, service de rééducation, radiologue, orthopédie, chirurgiens, médecin gériatre, médecin expert auprès la Cour d'Appel de Paris, avocat conseil, représentante du service juridique, interne en médecine, expert, victime</p> <p><u>Actions</u> : expertise médicale, réunion contradictoire, transmissions infirmières, dossier infirmier, diagramme de soin infirmier, rapport d'expertise</p>
Trace 23	<p><u>Les intervenants</u> : hôpitaux, CRIP, service hospitalier, infirmier, administrateur de garde, chef, Hôpital Robert Debré, brigade des mineurs, police, agents à l'hôpital, éducatrice, assistantes sociales du service, Procureur de la République, service de pédiatrie, pouponnière</p> <p><u>Actions</u> : discuter, décider, donner des avis</p> <p><u>Vocabulaire</u> : ma</p>
Trace 24	<p><u>Intervenants</u> : pneumologie, oncologie, équipe de soins palliatifs, médecin traitant, HDJ, HAD, infirmière, Santé Service, aide-soignante, kinésithérapeute, infirmière coordinatrice</p> <p><u>Actions</u> : RCP, appeler l'équipe de soins palliatifs</p>

Trace 25	<p><u>Intervenants</u> : coordinatrice du réseau, réseau de santé, interne en SAPSAS, médecins généralistes libéraux, CRIPS</p> <p><u>Actions</u> : recruter</p> <p><u>Vocabulaire</u> : nous</p>
Trace 26	<p><u>Intervenants</u> : service des urgences, service de gériatrie, imagerie, biologie, immunologie, service de SSR, scintigraphie, ophtalmologue, assistante sociale, auxiliaire de vie, kinésithérapeute, infirmière, ergothérapeute, hématologie, Conseil Général</p> <p><u>Actions</u> : discussion pluridisciplinaire</p> <p><u>Vocabulaire</u> : nous</p>
Trace 27	<p><u>Intervenants</u> : service de gériatrie, hôpital de Courbevoie, service des urgences, chirurgien, biologie, anatomopathologie, chef, gynécologue, oncologie</p> <p><u>Actions</u> : signaler, présentation, RCP</p> <p><u>Vocabulaire</u> : notre, mes, nous</p>
Trace 28	<p><u>Intervenants</u> : interne, senior, service de soins palliatifs, médecin traitant, infirmiers</p> <p><u>Actions</u> : organisation d'HAD, proposer, discussion, expliquer, décider, réalisation d'entretien</p> <p><u>Vocabulaire</u> : ma, me, on</p>
Trace 29	<p><u>Intervenants</u> : CMS, agent d'accueil, agents de la sécurité sociale, administration, CPAM, police, syndicat, tuteur, service médical de la CPAM, CNAM</p> <p><u>Actions</u> : appeler</p> <p><u>Vocabulaire</u> : mon</p>
Trace 30	<p><u>Intervenants</u> : service de médecine interne, oncologue, chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, imagerie, chef de clinique, médecin référent, équipe paramédicale, psychologue, assistante sociale, psychologue, SSR, hématologue, infirmières, service des urgences, équipe mobile de soins palliatifs, service de gériatrie, maison de retraite, chef de service, tuteur</p> <p><u>Actions</u> : je m'étonne auprès de, j'appelle, me plier à cette décision, je raconte à l'ensemble de l'équipe, discussion, décidé d'organiser, demander, exprimer, refuser, recommander, conseiller, RCP</p> <p><u>Vocabulaire</u> : mon, nous, on</p>
Trace 31	<p><u>Intervenants</u> : site de la sécurité sociale, pharmacie, co-internes</p> <p><u>Actions</u> : expliquer</p> <p><u>Vocabulaire</u> : me</p>

FICHE DE THESE

Michael Sellam	
PORT-FOLIO: fiche de projet de thèse	
Votre projet de thèse	Traces d'apprentissage sur le thème «Travailler en équipe au sein du système de santé» : structures, contenus et problématiques. Analyse des traces produites par les internes de médecine générale du DMG Paris Diderot.
Date de la présente version du projet de fiche de thèse:	30/10/13
Nom du directeur de thèse (sans le prénom):	Eric GALAM
Adresse mail du directeur de thèse:	egalam@hotmail.com
Thème de la thèse:	Traces d'apprentissage / Travailler en équipe au sein du système de santé.
Contexte et justification:	Pour valider le DES les IMG (internes de médecine générale) doivent produire des traces d'apprentissage sur les compétences de médecine générale. L'une de ces compétences est «Travailler en équipe au sein du système de santé». La compréhension des structures, contenus et problématiques des traces produites peut éclairer la façon dont les IMG perçoivent 1) les consignes du DMG et 2) la situation.
Hypothèse et question:	Question de recherche : comment les IMG produisent-ils des RSCA (Récits de situation complexes authentiques) pour valider la compétence «Travailler en équipe au sein du système de santé» Question secondaire : 1) Quels enseignements en tirer sur la façon dont les IMG répondent aux attentes et consignes du DMG 2) Comment est vécue la problématique «Travailler en équipe au sein du système de santé ».
Méthode:	Thèse qualitative. Le DMG dispose d'une base de données colligeant toutes les traces produites par ses internes. Ses caractéristiques quantitatives seront présentées sur une période donnée. Quelques dizaines de traces ayant validé la compétence «Travailler en équipe au sein du système de santé» seront choisies de manière raisonnée pour leur diversité jusqu'à saturation des données. Elles seront analysées par le thésard selon la méthode d'analyse de contenu. Une grille de lecture sera construite à mesure de la progression de la recherche. A noter qu'une autre thèse fondée sur le matériel issu des traces d'apprentissage et de méthodologie proche est déposée en même temps que celle-ci.
Retombées potentielles:	La mise en place d'une méthodologie de lecture et de

	synthèse des traces d'apprentissage peut ouvrir un travail de même nature sur les autres thèmes abordés par les IMG et permettre une meilleure connaissance des productions des IMG par rapport aux compétences de médecine générale.
Rôle de l'interne dans le projet de thèse:	Lecture des traces, mise en place de la grille d'analyse, analyse de contenu, synthèse des principales problématiques.
Bibliographie:	<ul style="list-style-type: none"> - Galam E. Produire des traces d'apprentissage: le RSCA. Revue du Praticien Med Gen 2008; N°794: p 92_93 . Attali C, Bail P, Magnier AM, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Med Gen 2006;20:525-6. - Bardin Laurence. L'analyse de contenu. PUF - Béatrice Calinon-Melenec, «Communiquer au sein de l'hôpital, quelles voies emprunter?», <i>Communication et organisation</i>, HS N°1 1994, mis en ligne le 27 mars 2012, (URL: http://communicationorganisation.revues.org/2998)
Recrutement d'investigateurs	Ce projet ne nécessite pas d'investigateurs médecins généralistes.

PERMIS D'IMPRIMER

PERMIS D'IMPRIMER

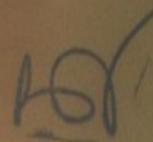
VU:

Le Président de thèse
Université Paris Diderot
Le Professeur ALBERTI Corinne

VU:

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Date 4/7/15
Docteur Corinne ALBERTI
Unité d'Epidémiologie Clinique
Inserm CIÉ 5
Hôpital Robert Debré
48, Bd Serurier - 75935 Paris Cdx 19
Tél. : 01 40 03 23 45/24 65
Email : corinne.alberti@rdb.aphp.fr



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

RESUME

Objectif principal:

Analyser comment les internes de médecine générale (IMG) produisent des RSCA (récits de situation complexes authentiques) pour valider la compétence « Travailler en équipe au sein du système de santé ».

Objectif secondaire:

En tirer des enseignements sur la façon dont les IMG répondent aux consignes du DMG.

Contexte:

Pour valider leur cursus, les IMG doivent produire des RSCA qui permettent d'attester de leur apprentissage des compétences de médecine générale. L'une de ces compétences est « Travailler en équipe au sein du système de santé ». L'analyse de ces récits peut éclairer sur la façon dont les IMG perçoivent la problématique du travail en équipe et apprécier l'outil pédagogique qui leur est proposé par le Département de Médecine Générale (DMG).

Méthode:

Nous avons analysé les RSCA produits par les internes du DMG Paris Diderot pour illustrer la compétence « Travailler en équipe ». A partir des mots clés associés à chaque RSCA, trente et une traces ayant validé cette compétence ont été choisies de manière raisonnée pour leur diversité jusqu'à saturation des données. Elles ont été analysées selon la méthode d'analyse de contenu. Une grille de lecture a été construite à mesure de la progression de la recherche puis stabilisée et appliquée à toutes les traces. Les différentes problématiques repérées ont été explorées.

Résultats:

Sur la période du 31 mai 2010 au 31 août 2013, ont été produits 759 RSCA illustrant la compétence « Travailler en équipe au sein du système de santé » pour un total de 398 étudiants. Les mots clés les plus choisis associés à ces RSCA sont: soins palliatifs, urgence, personnes âgées, fin de vie, annonce d'une mauvaise nouvelle, éducation du patient ou erreur médicale.

Les compétences « communiquer de façon efficiente avec le patient et/ou son entourage » et « éduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie » sont les plus associées à la compétence « Travailler en équipe au sein du système de santé ».

Sur les trente et une traces sélectionnées, vingt se déroulent dans un contexte hospitalier (64%) alors que huit se déroulent dans un contexte ambulatoire (26%).

Cinquante intervenants ont été évoqués en plus du médecin généraliste.

Ont été évoqués le travail au sein d'un service hospitalier, d'un hôpital ou d'une équipe informelle en milieu ambulatoire, ce dernier étant souvent intimement lié au secteur hospitalier.

Nous avons étudié les réseaux de relation et les modes de communication entre les intervenants ainsi que le cas particulier du dossier médical. Les RSCA relatent, dans la quasi-totalité des cas, de bonnes relations entre les intervenants. Certains rapportent des cas de mauvaise collaboration avec un travail de mauvaise qualité ou une mauvaise relation, ce qui met en avant les inconvénients possibles du travail en équipe.

Conclusion

La rédaction de RSCA associe des éléments de récit impliqué et contextualisé, d'analyse critique et de bibliographie raisonnée. Elle participe à la formation des internes et s'inscrit dans les échanges qu'ils ont avec leurs enseignants, leurs tuteurs et leurs différents maîtres de stage.

La compétence « Travailler en équipe au sein du système de santé » est vécue comme une collaboration et un échange entre collègues basés sur la communication et la confiance, le tout dans l'intérêt du patient. Il arrive que cette collaboration ne se déroule pas de manière optimale d'où l'intérêt d'une formation et d'une gestion adaptées.

Notre travail a exploré simultanément un outil pédagogique, le RSCA, et un thème de formation, « Travailler en équipe ». Un travail complémentaire étudiant les autres compétences et problématiques de médecine générale à partir du même outil permettra de préciser cet outil ainsi que les autres compétences de médecine générale. Deux thèses sont d'ores et déjà en cours sur les RSCA traitant des thèmes « annonce d'une mauvaise nouvelle » et « erreur médicale ».

Mots-clés

Compétences de médecine générale, RSCA (récits de situation complexes authentiques), travailler en équipe au sein du système de santé.