

LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

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



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



Ouvrage dirigé par les Pr Luc Mouthon, Pr Fleur Cohen Aubart,
Pr Thomas Hanslik, Pr Odile Rauzy, Pr Jean-François Viillard

Médecine interne

5^e édition actualisée



**R
2
C**

- Le programme de connaissances R2C
- L'ouvrage officiel de Médecine interne
- Les objectifs de connaissances hiérarchisés : rangs A et B
- Les situations de départ en lien avec les objectifs de connaissances

Éditions MED-LINE
74 boulevard de l'hôpital
75013 Paris
www.med-line.fr

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

MEDECINE INTERNE

ISBN : 978-2-84678-341-5

© 2025 ÉDITIONS MED-LINE

Mise en page : Meriem Rezgui

Couverture : Meriem Rezgui

Achevé d'imprimer par Pulsio en janvier 2025. Dépôt légal Janvier 2025.

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

SOMMAIRE

Chapitre 1 : La relation médecin-malade	11
<i>item 1</i>	
Chapitre 2 : Les valeurs professionnelles du médecin et des autres professions de santé	25
<i>item 2</i>	
Chapitre 3 : Le raisonnement et la décision en médecine	35
<i>item 3</i>	
Chapitre 4 : Maladies rares	47
<i>item 22</i>	
Chapitre 5 : Sujets en situation de précarité	55
<i>item 59</i>	
Chapitre 6 : Troubles à symptomatologie somatique et apparentés à tous les âges	67
<i>item 72</i>	
Chapitre 7 : Endocardite infectieuse	81
<i>item 152</i>	
Chapitre 8 : Réaction inflammatoire	97
<i>item 185</i>	
Chapitre 9 : Déficit immunitaire	105
<i>item 189</i>	
Chapitre 10 : Fièvre prolongée	115
<i>item 190</i>	
Chapitre 11 : Fièvre chez un patient immunodéprimé	125
<i>item 191</i>	
Chapitre 12 : Pathologies auto-immunes	135
<i>item 192</i>	
Chapitre 13 : Vascularites systémiques	153
<i>item 193</i>	
Chapitre 14 : Lupus systémique. Syndrome des anticorps anti-phospholipides	165
<i>item 194</i>	
Chapitre 15 : Artérite à cellules géantes. Pseudo-polyarthrite rhizomélique Maladie de Takayasu	179
<i>item 195</i>	
Chapitre 16 : Biothérapies et thérapies ciblées	195
<i>item 202</i>	

Chapitre 17 : Pneumopathie interstitielle diffuse	207
<i>item 210</i>	
Chapitre 18 : Sarcoïdose	221
<i>item 211</i>	
Chapitre 19 : Anémie chez l'adulte et l'enfant	231
<i>item 213</i>	
Chapitre 20 : Thrombopénie chez l'adulte et l'enfant	243
<i>item 214</i>	
Chapitre 21 : Purpura chez l'adulte et l'enfant	255
<i>item 215</i>	
Chapitre 22 : Syndrome mononucléosique	263
<i>item 217</i>	
Chapitre 23 : Eosinophilie	271
<i>item 218</i>	
Chapitre 24 : Pathologies du fer	283
<i>item 219</i>	
Chapitre 25 : Adénopathie superficielle de l'enfant et de l'adulte	295
<i>item 220</i>	
Chapitre 26 : Hypertension artérielle de l'adulte	307
<i>item 224</i>	
Chapitre 27 : Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire	323
<i>item 226</i>	
Chapitre 28 : Acrosyndromes	343
<i>item 239</i>	
Chapitre 29 : Amaigrissement à tous les âges	357
<i>item 251</i>	
Chapitre 30 : Œdèmes des membres inférieurs localisés ou généralisés	367
<i>item 257</i>	
Chapitre 31 : Hypercalcémie	375
<i>item 268</i>	
Chapitre 32 : Splénomégalie	385
<i>item 275</i>	
Chapitre 33 : Éducation thérapeutique, observance et automédication	395
<i>item 324</i>	
Chapitre 34 : Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes : anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes	409
<i>item 330</i>	

Avant-propos

Chers étudiants, chers collègues,

Nous sommes heureux de vous proposer cette nouvelle édition du recueil de cours du Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI) sous l'égide de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI).

Cet ouvrage prend en compte le nouveau programme de connaissances de la « Réforme du second cycle des études médicales » (R2C), paru au Journal Officiel du 21 décembre 2021*, qui a fait l'objet d'une nouvelle numérotation et d'une hiérarchisation des objectifs de connaissances en rang A (connaissances indispensables pour tout futur médecin) et rang B (à connaître à l'entrée dans une spécialité de troisième cycle), ainsi que d'un ajustement de certains des intitulés de connaissance.

L'apprentissage de la compétence est un axe majeur de la R2C, formalisé sous forme d'une liste de 356 « situations de départ » qui a été ajustée dans un texte paru également au Journal Officiel du 21 décembre 2021*. Elle est utilisée pour les examens cliniques objectifs structurés (ECOS).

Dans le champ de la Médecine interne, comparativement à l'ancien programme, la liste des items de connaissances de la R2C a fait l'objet de suppressions (« Amylose ») et d'ajouts (« Maladies rares » par exemple). De plus, cinq items qui n'avaient pas été abordés dans les éditions précédentes figurent désormais : Hypertension artérielle de l'adulte, Thrombose veineuse et embolie pulmonaire, Hypercalcémie, Éducation thérapeutique, observance et automédication, Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes : anti-inflammatoires non stéroïdiens et stéroïdiens. Pour chacun des 34 items du programme de connaissances abordés, les objectifs hiérarchisés en rang A et rang B sont listés dans un tableau au début de chaque chapitre. L'ouvrage prend également en compte les situations de départ, en lien avec les objectifs de connaissances. Elles sont appelées dans le texte et sont récapitulées à la fin de chaque chapitre dans un tableau indiquant leur intitulé avec un bref descriptif.

Nous tenons à remercier chaleureusement tous les membres du CEMI qui ont collaboré avec plaisir et enthousiasme à la rédaction de cet ouvrage, en particulier les membres du groupe de travail « R2C » du CEMI. Nous espérons que la lecture de cet ouvrage apportera aux étudiants l'aide et la motivation nécessaires. Peut-être aussi que ce livre saura éveiller chez les lecteurs intérêt et curiosité, pour cette spécialité si riche et stimulante qu'est la Médecine interne !

Pr Luc Mouthon, Pr Fleur Cohen-Aubart,
Pr Thomas Hanslik, Pr Odile Rauzy, Pr Jean-François Viallard

* <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044616269> Arrêté du 21 décembre 2021 portant modification de plusieurs arrêtés relatifs aux formations de santé.

Groupe R2C du CEMI

CHEVALIER Kevin, DES de Médecine Interne et Immunologie Clinique, ECN promotion 2018, Ile de France.

COHEN-AUBART Fleur, PU-PH, Service de Médecine Interne 2, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Sorbonne Université, Paris.

EBBO Mikael, PU-PH, Service de Médecine Interne, Hôpital de la Timone, Marseille, Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, Aix-Marseille Université, Marseille.

GRAMONT Baptiste, DES de Médecine Interne et Immunologie Clinique, ECN promotion 2013, Saint-Etienne.

GRANEL Brigitte, PU-PH, Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, Marseille, Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, Aix-Marseille Université, Marseille.

HANSLIK Thomas, PU-PH, Chef de service, Service de Médecine Interne, Hôpital Ambroise Paré, Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Université Versailles Saint Quentin, Boulogne.

LEFORT Agnès, PU-PH, Chef de service, Service de Médecine Interne, Hôpital Beaujon, Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Université de Paris, Clichy.

MOULIS Guillaume, MCU-PH, Service de Médecine Interne, Hôpital Purpan, Université de Toulouse, Toulouse.

MOUTHON Luc, PU-PH, Chef de service, Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Université de Paris, Paris.

RAUZY Odile, PU-PH, Chef de service, Service de Médecine Interne, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse – Oncopole, Université Toulouse III – Paul Sabatier, Toulouse.

SAMSON Maxime, PU-PH, Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique, CHU Dijon Bourgogne, Dijon, Université Bourgogne-Franche-Comté, Dijon.

VIALARD Jean-François, PU-PH, Chef de service, Service de Médecine Interne et maladies infectieuses, Hôpital Haut-Lévêque, Université de Bordeaux, Bordeaux.

Hommage et remerciements

Nous dédions ce livre au Professeur Pierre Godeau, interniste, ancien président de la Société Nationale Française de Médecine Interne, décédé le 11 Octobre 2018, qui a formé nombre d'entre nous, et nous a enseigné l'art de la patience, de l'interrogatoire et de l'examen clinique attentifs, du diagnostic précis parmi de nombreuses autres valeurs humaines et professionnelles. Par ses nombreux élèves qui y ont contribué, ce livre est aussi un peu le sien.

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

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

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

Dr Guillaume Hekimian, Service de Médecine Intensive Réanimation, Institut de Cardiologie, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, Sorbonne Université et membre du Collège des Enseignants de Médecine Intensive et Réanimation.

Dr Marc Pineton de Chambrun, Service de Médecine Intensive Réanimation, Institut de Cardiologie, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, Sorbonne Université et membre du Collège des Enseignants de Médecine Intensive et Réanimation.

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

Dr Cédric Arvieux, Services des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Rennes, Rennes,

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

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

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

Dr François Chasset, Service de Dermatologie, Hôpital Tenon, Paris,

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

Pr Yves Deugnier, Clinique des Maladies du foie, CHU de Rennes, Rennes,

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

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

Dr Delphine Lam, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris,

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

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

Dr Philippe Moguelet, Service d'Anatomopathologie, Hôpital Tenon, Paris,

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

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

Dr Philippe Rouvier, Service d'Anatomopathologie, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris,

Pr Pierre Tattevin, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Rennes,

Dr Sara Touhami, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris,

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

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

Attention : les photographies présentées sur un fond vert dans l'ouvrage correspondent à un contenu multimédia que l'étudiant doit connaître et sur lequel il peut être interrogé.



Les auteurs

Pour le Collège National des Enseignants de Médecine Interne

Pr Sébastien Abad

Service de Médecine Interne, Hôpital Avicenne, Bobigny, Université Sorbonne Paris Nord

Pr Daniel Adoue

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

Pr Christian Agard

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

Pr Laurent Alric

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

Pr Zahir Amoura

Service de Médecine Interne 2, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Sorbonne Université

Pr Marc André

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

Pr Emmanuel Andrès

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

Pr Jean-Benoît Arlet

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

Pr Sylvain Audia

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

Pr Odile Beyne-Rauzy

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

Pr Fabrice Bonnet

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

Pr Laurence Bouillet

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

Pr Anne Bourgarit

Service de Médecine Interne, Hôpital Jean Verdier, Bondy, Université Sorbonne Paris Nord

Pr Patrice Cacoub

Département de Médecine Interne et Immunologie Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Sorbonne Université

Pr Pascal Cathébras

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

Pr Laurent Chiche

Service de Médecine Interne, Hôpital Européen, Marseille

Pr Fleur Cohen-Aubart

Service de Médecine Interne 2, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Sorbonne Université

Pr Nathalie Costedoat-Chalumeau

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

Pr Olivier Decaux

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

Pr Robin Dhote

Service de Médecine Interne, Hôpital Avicenne, Bobigny, Université Sorbonne Paris Nord

Pr Pierre Duffau

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

Pr Pierre Duhaut

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

Pr Olivier Fain

Service de Médecine Interne, Hôpital Saint-Antoine, Paris, Sorbonne Université

Pr Bruno Fantin

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

Pr Dominique Farge

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

Pr Anne-Laure Fauchais

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

Pr Sophie Georgin-Lavialle

Service de Médecine Interne, Hôpital Tenon, Paris, Sorbonne Université

Pr Bertrand Godeau

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

Pr Cécile Goujard

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

Pr Brigitte Granel

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

Pr Eric Hachulla

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

Pr Mohamed Hamidou

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

Pr Thomas Hanslik

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

Pr Jean-Robert Harlé

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

Dr Yvan Jamilloux

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

Pr Roland Jaussaud

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

Pr Jean-Emmanuel Kahn

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

Pr Marc Lambert

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

Pr Olivier Lambotte

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

Pr David Launay

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

Pr Estibaliz Lazaro

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

Pr Agnès Lefort

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

Pr Claire Le Jeune

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

Pr Hervé Levesque

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

Pr Kim Heang Ly

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

Pr Nadine Magy-Bertrand

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

Pr Isabelle Mahé

Service de Médecine Interne, Hôpital Louis Mourier, Colombes, Université de Paris

Pr Matthieu Mahevas

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

Pr François Maillot

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

Pr Isabelle Marie

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

Pr Thierry Martin

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

Dr Alexis Mathian

Service de Médecine Interne 2, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Sorbonne Université

Pr Arsène Mekinian

Service de Médecine Interne, Hôpital Saint-Antoine, Paris, Sorbonne Université

Pr Patrick Mercié

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

Pr Marc Michel

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

Dr Nathalie Morel

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

Pr Philippe Morlat

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

Pr Stéphane Mouly

Département de Médecine Interne, Hôpital Lariboisière, Paris, Université de Paris

Pr Jean-Jacques Mourad

Service de Médecine Interne, Hôpital Saint Joseph, Paris

Pr Luc Mouthon

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

Pr Thomas Papo

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

Pr Jean-Loup Pennaforte

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

Pr Jacques Pouchot

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

Pr Brigitte Ranque

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

Pr Pascal Roblot

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

Pr Eric Rosenthal

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

Pr Marc Ruivard

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

Pr David Saadoun

Département de Médecine Interne et Immunologie Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Sorbonne Université

Pr Laurent Sailler

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

Pr Maxime Samson

Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique, CHU Dijon Bourgogne, Université Bourgogne-Franche-Comté

Pr Karim Sacré

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

Pr Nicolas Schleinitz

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

Pr Damien Sène

Département de Médecine Interne, Hôpital Lariboisière, Paris, Université de Paris

Pr Pascal Sève

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

Pr Olivier Steichen

Service de Médecine Interne, Hôpital Tenon, Paris, Sorbonne Université

Pr Benjamin Terrier

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

Pr Jean-François Viallard

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

Pr Jean-Christophe Weber

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

La relation médecin-malade

dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle.

La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale

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

- Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un évènement indésirable associé aux soins.
- Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins (voir item 324).

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaître la définition de la relation médecin-malade
A	Définition	Connaître les principaux déterminants de la relation médecin-malade
A	Définition	Connaître les principaux corrélats cliniques de la relation médecin-malade
A	Définition	Connaître les principes de « l'approche centrée sur le patient »
A	Définition	Connaître la notion de représentation de la maladie
A	Définition	Connaître les facteurs influençant l'information délivrée au patient
A	Définition	Connaître la notion d'ajustement au stress
A	Définition	Connaître les principaux mécanismes de défense observés chez les patients/leurs proches/les professionnels de santé dans le cadre de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en santé
A	Définition	Connaître la notion d'empathie clinique
A	Définition	Connaître la notion d'alliance thérapeutique
A	Définition	Connaître les principales étapes du processus de changement
A	Définition	Connaître les indications et principes de l'entretien motivationnel
A	Prise en charge	Savoir comment se montrer empathique à l'égard du patient
A	Prise en charge	Connaître les principes d'une communication adaptée, verbale et non verbale, avec le patient et son entourage
A	Prise en charge	Connaître les enjeux et les modalités de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en santé



Les situations de départ sont indiquées **en violet et en gras** dans le texte. Elles sont ensuite listées à la fin du chapitre.

A 1. La relation médecin-malade

A 1.1. Définition de la relation médecin-malade

- La relation entre un médecin et un malade, abrégée en « relation médecin-malade », désigne les liens qui se tissent entre deux personnes dont les positions sont asymétriques :
 - le malade qui souffre d'un problème de santé ;
 - le médecin qui dispose des connaissances et des compétences pour le résoudre.
- Cette relation peut s'inscrire entre un malade et un médecin, ou entre un malade et une équipe comportant plusieurs professionnels de santé.
- On décrit quatre grands modèles de relation entre le médecin et le malade, en fonction de l'autonomie décisionnelle du patient et de la manière de prendre en compte sa perspective :
 - paternaliste : le soignant prend les décisions qu'il juge, de son point de vue, bonnes pour le malade ;
 - interprétatif : le soignant aide le patient à exprimer ses valeurs et préférences, puis prend les décisions qu'il juge bonnes de ce point de vue ;
 - informatif : le soignant informe le malade et le laisse prendre seul les décisions ;
 - délibératif : le soignant aide le malade à élaborer son point de vue et à choisir les décisions adaptées (décision partagée).

A 1.2. Déterminants de la relation médecin-malade

- La relation médecin-malade est dynamique et évolue avec les interactions successives. Elle diffère selon la nature du problème de santé et les objectifs de la prise en charge :
 - problème de santé aigu, où l'objectif est la guérison et si possible le retour à l'état d'équilibre antérieur (**consultation post-événement allergique ; consultation pré-anesthésique ; consultation suite à un contage tuberculeux**) ;
 - problème de santé chronique, où l'objectif est la mise en place d'un nouvel équilibre, aussi satisfaisant que possible (**première consultation d'addictologie ; situations de départ impliquant toutes les consultations de suivi**).
- La relation médecin-malade est complexe, intégrant des dimensions psychologiques, sociales, éthiques et juridiques. Elle est polarisée entre un individu souffrant (le patient) et un expert susceptible de soulager cette souffrance (le médecin). Au plan psychologique, il s'ensuit une forme de soumission du patient à l'autorité du médecin, à des degrés variables. Cette soumission à l'autorité du médecin varie en fonction des sociétés et au cours de l'histoire. Au plan éthique, elle induit un risque d'abus de faiblesse de la part du médecin, contre lequel le code de déontologie nous met en garde. Au plan légal, l'abus de faiblesse est une circonstance aggravante, par exemple en cas de relation sexuelle non consentie.

A 1.3. Notion d'empathie, savoir se montrer empathique

- L'empathie consiste à reconnaître et valider l'état émotionnel du patient, à travers une attention bienveillante à ses paroles et comportements. Cela implique une écoute active, marquée par le reflet des émotions du patient, à travers le langage non verbal (mimiques...) et verbal (reformulations, marques de considération...), par les relances et les questions posées pour comprendre le vécu du patient. L'attention qu'on porte au patient lui permet de constater qu'il est reconnu en tant qu'individu souffrant et de se sentir soutenu.

- L'empathie demande de mettre en suspens son propre système de valeurs pour mieux comprendre celui du patient : ne pas interpréter, conseiller, minimiser, débattre... La délicatesse dans l'abord des sujets embarrassants, l'attention au confort du patient durant l'entretien et la douceur durant l'examen physique sont autant de marques supplémentaires de reconnaissance et de considération de l'expérience douloureuse du patient.

A 1.4. Corrélats cliniques de la relation médecin-malade

- Une relation médecin-malade de qualité contribue à l'efficacité et au succès de la prise en charge, à la fois diagnostique (prise d'information complète et fiable) et thérapeutique (compréhension de la situation par le patient et adhésion au projet de soins défini de manière partagée). Elle détermine par ailleurs une expérience de prise en charge satisfaisante pour le malade et pour le médecin. À ce titre, la relation médecin-malade est une composante à part entière du nouvel équilibre que la maladie chronique rend nécessaire.

A 2. Principes de « l'approche centrée sur le patient »

- La recherche clinique fournit des résultats génériques à l'origine de règles de prise en charge valables en moyenne dans la population cible. La recherche clinique contribue ainsi au versant standardisé de la pratique clinique. Cependant, l'adéquation de la prise en charge d'un malade ne se juge pas exclusivement par sa conformité à des recommandations étayées par la recherche clinique. Elle dépend également de la prise en compte de la singularité du patient et de sa situation.
- La médecine centrée sur le patient est associée au déplacement de la relation médecin-malade d'un modèle paternaliste vers des modèles prenant mieux en compte l'autonomie de la personne malade. Celle-ci est jugée capable d'exercer des choix éclairés concernant son problème de santé. La décision médicale est individualisée à la lumière de la globalité de la personne qui consulte (ses émotions, son contexte familial et professionnel, etc.) et à l'expérience que fait le patient de sa maladie. La médecine centrée sur la personne s'appuie sur une relation médecin-malade de type délibératif.
- Il faut bien distinguer la médecine centrée sur la personne du courant de la médecine personnalisée, ou « médecine de précision », qui vise à démembrer des maladies complexes et hétérogènes par la considération de facteurs génétiques ou environnementaux spécifiques. La médecine personnalisée s'appuie sur ces déterminants biomédicaux pour dépasser les limites des traitements à « large spectre », en visant à la fois une amélioration de l'efficacité et une diminution des effets indésirables. Ce courant connaît un essor considérable avec l'avènement des biothérapies (anticorps monoclonaux anti-récepteurs, anti-cytokines, etc.). Un exemple est celui du cancer du sein, où l'identification de marqueurs moléculaires dans le tissu tumoral permet l'utilisation de traitements ciblés.

A 2.1. Notion de représentations de la maladie

- Le problème de santé d'un patient peut être considéré selon trois points de vue :
 - en tant que catégorie bioclinique ou épidémiologique plus ou moins stabilisée (maladie diagnostiquée ou *disease*) ;
 - en tant que vécu subjectif du patient (maladie ressentie ou *illness*) ;
 - en tant que phénomène social qui confère un statut à la personne malade (maladie reconnue ou *sickness*).
- La manière dont le patient se représente et vit son problème de santé lui est propre. Elle diffère de la manière dont le médecin se représente le problème de santé et dont il le vivrait s'il en était affecté. Le médecin doit faire un effort délibéré pour comprendre la perspective du patient. À défaut, la prise en charge pourra être adaptée dans sa perspective mais totalement inadaptée dans celle du patient.

A 2.2. Personnalisation de la prise en charge médicale

- La prise en charge se construit de façon complexe, en prenant en compte :
 - des éléments caractérisant avec la plus grande finesse possible le problème de santé sur un plan biomédical ;
 - et des éléments liés à l'individu malade, ses préférences et ses ressources.

- Ces derniers éléments sont indispensables pour que la prise en charge s'inscrive dans une approche centrée sur le patient, respectueuse de sa perspective :
 - explorer le vécu de la maladie par le patient, l'encourager à approfondir son récit, solliciter son point de vue sur les causes des phénomènes qu'il rapporte (ses conceptions, ses croyances), l'inviter à exprimer ses émotions et ses préoccupations ;
 - comprendre la globalité de la personne souffrante, son contexte social, familial et professionnel ;
 - élaborer un partenariat avec le patient, définir ses attentes de prise en charge, ses priorités, son implication ;
 - gérer les contraintes de façon réaliste, prendre en compte les ressources disponibles à un moment donné, mais susceptibles d'évoluer, pour fixer des priorités et des objectifs de santé raisonnables par rapport aux représentations et projets du patient.
- Dans un premier temps, il s'agit de comprendre en quoi le patient est affecté par le problème de santé, ce qui le gêne le plus et ce qu'il voudrait corriger. L'objectif de soin pour le patient peut être de faire disparaître un symptôme (par exemple, une douleur causée par un rhumatisme inflammatoire), de compenser une incapacité (par exemple, l'invalidité secondaire à un accident vasculaire cérébral), de réduire un risque (par exemple, la probabilité d'être victime d'une récurrence d'accident vasculaire cérébral)...
- Il s'agit ensuite d'identifier, parmi les traitements acceptables par le patient, celui qui permettra d'atteindre les objectifs fixés avec le moins de risque et au moindre coût possible. Certains traitements, par exemple, auront des effets indésirables dont la nature, la fréquence et la gravité dépendront des caractéristiques biomédicales du patient et de son traitement déjà en place : âge, comorbidités (insuffisance rénale, insuffisance hépatique, grossesse, allaitement...), médicaments à risque d'interaction... Certains patients seront plus disposés à supporter certains effets indésirables que d'autres.
- Lorsque plusieurs problèmes de santé coexistent (polypathologie), on ne peut pas s'affranchir d'établir avec le patient des priorités dans les objectifs de prise en charge, non seulement pour chacun des problèmes mais aussi pour leur ensemble. Il faut donc savoir :
 - ne pas tout traiter (par exemple, ne pas traiter par un alphabloquant une pollakiurie peu gênante en lien avec un adénome de la prostate, au risque d'induire une hypotension orthostatique chez un homme qui reçoit déjà des anti-hypertenseurs) ;
 - ne pas répondre à tout nouveau symptôme par un nouveau médicament mais discuter systématiquement l'hypothèse que le nouveau symptôme soit l'effet indésirable d'un traitement antérieur ;
 - savoir arrêter un traitement dont le rapport bénéfice-risque a cessé d'être favorable ou bien qui a cessé de répondre à un objectif prioritaire (notion de déprescription).

A 2.3. Facteurs influençant l'information délivrée au patient et l'alliance thérapeutique

- Pour adapter l'information et construire l'alliance thérapeutique, il faut envisager la personne dans sa globalité et dans son contexte. Les principaux facteurs à prendre en compte sont listés dans le **Tableau 1**. Ils relèvent de deux grandes dimensions :
 - **perspective du patient** : ce qui détermine ses préférences et ses comportements de santé. Par exemple, les obligations concurrentes (les autres domaines de responsabilité, comme la profession ou la famille) peuvent diminuer la priorité donnée à la santé ;
 - **ressources du patient** : moyens à sa disposition pour faire face à un problème de santé. Ainsi, les troubles cognitifs vont affecter, entre autres, la bonne compréhension et la bonne adhésion au traitement. Une situation de précarité (**situation sociale précaire et isolement**) va empêcher certaines modalités de prise en charge (par exemple, hospitalisation à domicile si le logement est trop exigu).

Tableau 1. PRINCIPAUX FACTEURS CONTEXTUELS RELATIFS AU PATIENT

Perspective du patient	Ressources du patient
Conceptions culturelles	Ressources financières
Convictions spirituelles	Accès aux soins, assurance maladie
État de santé ressenti	Logement, moyens de déplacement
Attitude envers la maladie et les soins	Ressources cognitives, instruction
Relations avec les soignants	Langue, capacités de communication
Priorités de santé	Ressources émotionnelles
Obligations concurrentes	Soutien socio-familial
[...]	[...]

- Il faut ensuite élaborer une décision partagée, intégrant la perspective du patient, après avoir vérifié le niveau d'implication qu'il souhaite prendre dans les décisions. Si le patient souhaite être impliqué, les solutions possibles sont présentées comme des suggestions et des choix plutôt que comme des directives, et un projet mutuellement acceptable est construit. La mise en œuvre de la prise en charge décidée en commun demande une alliance avec le patient, dont les principes sont détaillés dans l'item 324 (voir item 324 – Éducation thérapeutique, observance et automédication), mais au centre de laquelle se trouve une relation médecin-malade de confiance.

A 3. Étapes du processus de changement, principes de l'entretien motivationnel

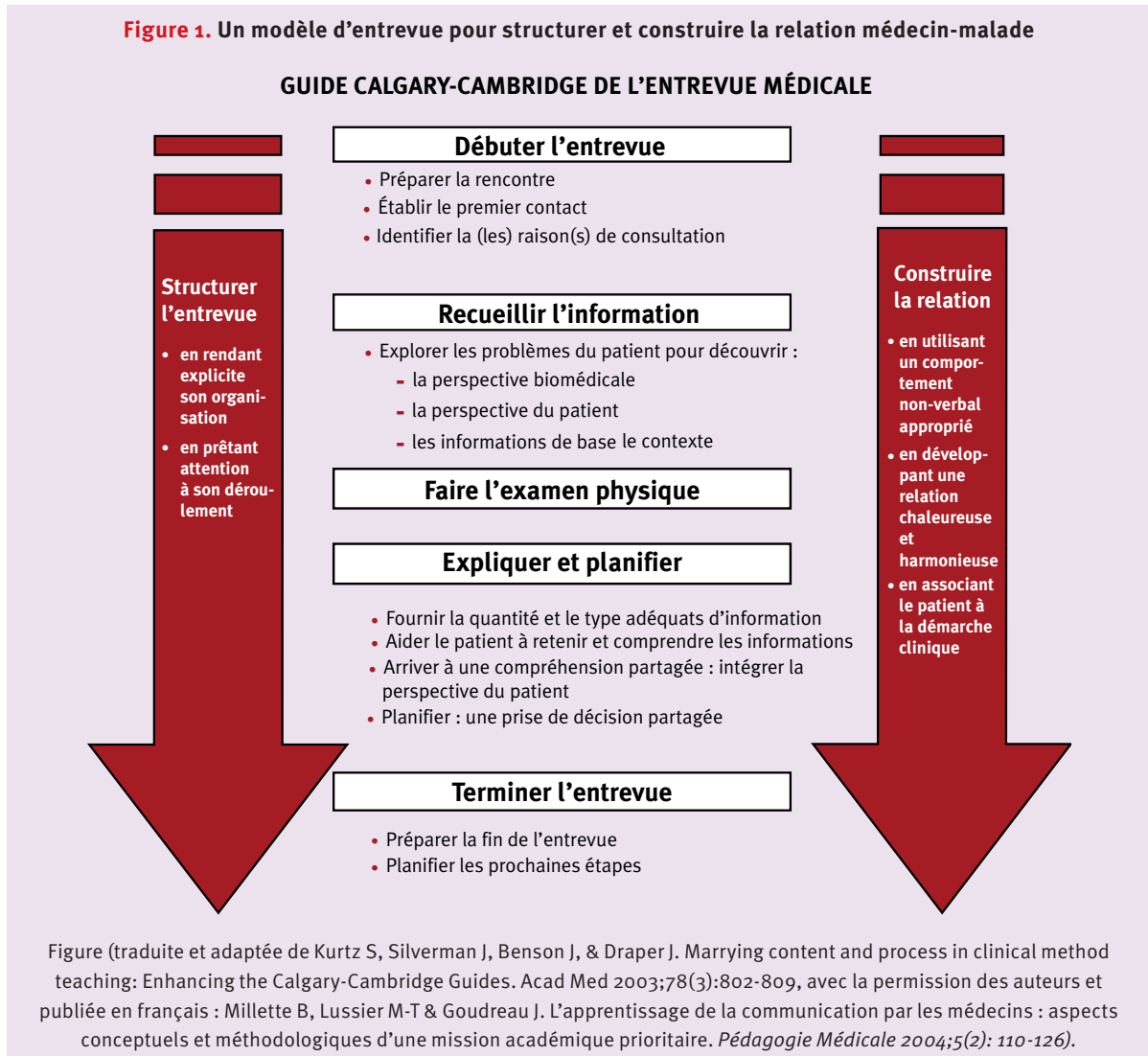
- De nombreuses situations demandent que le patient adopte durablement de nouvelles habitudes et comportements pour améliorer sa santé. Il peut s'agir de changer des anciennes habitudes et comportements profondément ancrés (modification de l'alimentation, de l'activité physique, arrêt de consommations addictives...) ou bien de développer de nouvelles habitudes sans gratification immédiate, comme la prise d'un traitement au long cours.
- Toutes ces perspectives de changements sont associées à une ambivalence naturelle, entre les avantages attendus à titre personnel et les contraintes que le changement implique. Le médecin bien intentionné a souvent tendance à formuler des arguments en faveur du changement, influencés par ses propres représentations. Le malade ne se reconnaît pas nécessairement dans ces arguments et ne se voit pas reconnu dans la difficulté qu'il éprouve au changement. Par réaction, le malade aura tendance à contre-argumenter, ce qui aura pour effet de renforcer sa résistance au changement.
- Dans l'entretien motivationnel, le médecin cherche à éviter cette dynamique contre-productive et à soutenir l'autonomie du patient. L'entretien motivationnel vise à renforcer la motivation propre du patient et son engagement vers le changement désiré à travers une forme particulière d'écoute active et empathique. Le médecin pose des questions ouvertes sur les valeurs du patient et sa perception de la situation, il écoute les réponses sans jugement, reflète les émotions qu'il perçoit et soutient le malade dans l'énonciation des points difficiles (résumé, reformulation...).
- Ainsi, l'entretien motivationnel aide le patient à reconnaître et expliciter ses propres motivations, dans une relation collaborative. Jamais il ne s'agit d'adopter une posture d'analyse du discours, ni de chercher à démontrer au patient qu'il se trompe sur sa situation. Il se sentirait jugé et incompris et réagirait en s'enfermant dans les habitudes et comportements à changer.

A 4. Principes d'une communication adaptée, verbale et non verbale, avec le patient et son entourage : l'entretien médical

- L'entretien est le temps essentiel de la prise en charge médicale. Lorsqu'il est consciencieux, pertinent et attentif à la personne, il permet de recueillir des informations d'une importance capitale pour le succès des soins et d'établir

une relation de confiance entre le patient et le médecin. L'entretien est conduit à la fois au regard de la perspective médicale et de la perspective du patient, en veillant à la bonne concordance entre les deux.

- Les modalités de communications vont varier en fonction des situations et des objectifs de l'entrevue, par exemple explications sur la prise en charge d'une maladie aiguë, suivi d'une maladie chronique et de son traitement, annonce d'un diagnostic...
- Dans le cadre de l'approche dite de Calgary-Cambridge, des auteurs anglo-saxons ont développé un modèle structuré de l'entrevue médicale, visant simultanément à structurer et optimiser l'échange d'informations et construire la relation (Figure 1). L'entrevue se déroule en séquences successives : débiter l'entrevue, recueillir l'information, procéder à l'examen physique, expliquer et planifier, terminer l'entrevue. Elle mobilise des codes et des techniques de communication appropriés à chacune des phases.



A 4.1. Conditions de l'entretien

- Le dialogue se déroule dans un environnement calme où la confidentialité est assurée. Le médecin parle suffisamment fort et articule clairement ; il commence par se présenter et explique le but de l'entretien. On peut le regretter, mais l'apparence et l'attitude du médecin ont un impact majeur dans la confiance que le patient lui accorde. Il est souhaitable d'avoir une tenue adaptée aux circonstances. Il faut également prêter attention au langage non verbal : se positionner au même niveau que le patient (tous les deux assis en général), adopter une posture ouverte et confiante, maintenir le contact visuel.

A 4.2. Recueillir l'information

- Le médecin doit distribuer en permanence son attention entre deux objectifs :
 - faire la traduction biomédicale du problème de santé ;
 - comprendre la perspective du patient.
- Un plan d'entretien est utile, mais il doit rester flexible pour favoriser la communication et la relation. Les éléments suivants doivent être abordés :
 - le motif de la visite tel que le patient l'exprime, avec suffisamment de précision pour donner un contexte à la suite de la prise d'information ;
 - le mode de vie (chercher à savoir qui est le patient instaure un climat de confiance) ;
 - les antécédents familiaux et personnels ;
 - un retour sur l'histoire détaillée du problème de santé.
- L'entretien va ainsi du général au spécifique, du banal à l'intime. Les questions sensibles – sexualité, addictions... – sont bien accueillies si elles s'insèrent dans une prise d'information systématique et dépourvue de jugement.
- Le médecin sait entendre les éléments qui contribuent à chacune de ces rubriques quand ils ne viennent pas au moment attendu. Prendre des notes est indispensable pour rester attentif au patient en respectant sa manière de livrer l'information.
- La prise d'information s'appuie sur des questions ouvertes, qui appellent une réponse élaborée, et des questions fermées, qui appellent un nombre limité de réponses possibles :
 - « oui » ou « non » ;
 - leurs variantes : « absolument », « certainement pas »...
 - les expressions d'incertitude : « je ne sais pas », « peut-être »...
- Le pire entretien imaginable consiste en un interrogatoire conduit de manière inflexible, ne portant que sur les aspects purement biomédicaux du problème de santé, avec une liste de questions fermées mitraillées au patient. Un entretien à la fois efficace et respectueux de la personne malade commencera au contraire par le laisser s'exprimer en réponse à une première question la plus ouverte possible, par exemple : « Qu'est-ce qui vous amène ? » ou « Que puis-je pour vous ? ».
- De même, à chaque nouvelle séquence abordée de l'entretien (mode de vie, antécédents), il convient de laisser le patient s'exprimer en réponse à des questions ouvertes, en restant attentif à tous les indices qui peuvent conduire à réorienter l'entretien vers des aspects imprévus abordés par le patient. Dans un second temps seulement, on pourra poser des questions fermées pour obtenir des précisions nécessaires.
- L'écoute active utilise des moyens pour faire sentir au patient qu'il est écouté et entendu. Il peut s'agir :
 - d'incitateurs non-verbaux : hochement de tête, haussement des sourcils, silence...
 - d'incitateurs verbaux : « Ah ! », « Je comprends »...
 - de marques d'empathie : « Ça a dû être difficile »...
 - d'échos : reprise de la dernière phrase du patient ;
 - de relances explicites : « Continuez », « Et ensuite ? »...
- Les questions filets aident à explorer les souvenirs du patient. Pour les antécédents, on peut par exemple demander au patient s'il a déjà été hospitalisé ou s'il voit des médecins spécialistes.
- Pour clore chaque rubrique de l'entretien, des questions fermées sont possibles pour garantir une certaine exhaustivité. Il est ainsi rentable de connaître les appareils du corps humain dans un ordre prédéfini (par exemple, de la tête aux pieds) et, pour chacun, les maladies les plus fréquentes (par exemple les glaucomes, la cataracte, la conjonctivite pour l'ophtalmologie) dont on pourra demander au patient s'il en souffre ou en a souffert, afin de compléter les antécédents.
- Caractériser le problème de santé demande de traduire en termes biomédicaux les descriptions du patient en langage ordinaire. Un « malaise » pourra, par exemple, correspondre à une perte de connaissance, une lipothymie, un vertige, des nausées, une dyspnée, une douleur thoracique... Attention à distinguer, dans cette traduction biomédicale, les faits et leur interprétation par le patient, qui peut être erronée.

- En cas de doute, il est utile de tenter une reformulation pour vérifier notre compréhension ou demander des clarifications. À la fin des explications du patient, il est également souhaitable de récapituler succinctement pour s'assurer d'avoir bien compris et faire à nouveau preuve de son écoute.
- Si le patient ne donne pas toutes les informations nécessaires de façon fiable, il faut se tourner vers d'autres sources :
 - les proches : famille, amis, voisins, gardien...
 - les soignants habituels : médecin traitant, infirmière, kinésithérapeute, pharmacien...
 - des témoins accidentels : passants, pompiers...
 - des documents : comptes-rendus, courriers...

A 4.3. Expliquer et planifier

- Après la prise d'information et l'examen physique du patient, l'entrevue se termine par un temps de récapitulation et d'information. Le médecin explique au patient ce qui va suivre, s'assure de sa compréhension et de son accord, vérifie que ses attentes ont été prises en compte.
- Les différences de registres de langage constituent un obstacle majeur à la communication entre le médecin et le patient ou ses proches. Il est fondamental de ne pas s'engluer dans un jargon obscur et bien souvent inutile (pourquoi parler de « thérapeutiques » quand on pourrait parler plus justement de « traitements » ou parler d'« étiologie » plutôt que de « cause » ?). Le médecin peut faciliter la compréhension de la situation par le patient :
 - en utilisant un langage simple, sans jargon médical ;
 - en sollicitant les connaissances antérieures du patient et en s'appuyant dessus pour clarifier le propos ;
 - en utilisant des exemples et des métaphores dans un registre maîtrisé par le patient ;
 - en vérifiant périodiquement sa compréhension, en l'invitant notamment à reformuler les propos dans ses propres termes.
- Pour finir, le médecin prend congé après s'être assuré que le patient n'a pas de question supplémentaire.

A 5. Enjeux et les modalités de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en santé

- Les cliniciens sont régulièrement en situation de devoir annoncer une mauvaise nouvelle. L'annonce du diagnostic d'une maladie grave (**annonce d'un diagnostic de maladie grave au patient et/ou à sa famille**), potentiellement létale à court ou moyen terme, en est l'exemple paradigmatique. Cependant, de nombreuses autres nouvelles sont de nature à changer radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de sa capacité d'agir, de son existence et de son avenir. Il peut s'agir, par exemple, de l'annonce :
 - du diagnostic d'une maladie dégénérative évolutive et handicapante, comme la maladie d'Alzheimer ;
 - d'une rechute ou d'une récurrence de maladie considérée en rémission jusqu'alors ;
 - de l'échec d'un traitement ;
 - d'un effet indésirable grave d'un traitement ou d'une erreur médicale (**suspicion d'un effet indésirable des médicaments ou d'un soin**) ;
 - de l'évolution d'une prise en charge curative vers une prise en charge palliative (**identification, prise en soin et suivi d'un patient en situation palliative**).
- En France, de nombreuses dispositions réglementaires consacrent l'exigence d'information du patient, indispensable pour qu'il puisse au minimum consentir au projet de soins (« loi Kouchner » de 2002 relative aux droits des patients, plans « cancer » et mise en place du dispositif d'annonce, lois reconnaissant aux patients la possibilité d'orienter leur choix en fin de vie, etc.).

A 5.1. Annonce d'une mauvaise nouvelle du point de vue du patient et des proches

5.1.1. Ajustement au stress

- L'annonce d'un diagnostic grave ou d'un pronostic péjoratif constitue un traumatisme car, même si elle est parfois anticipée par le patient dès les premiers symptômes, elle revêt une violence soudaine :
 - elle confronte le patient à la perspective de sa propre mort ;
 - elle génère des réactions émotionnelles profondes, associant peur, tristesse, colère ou honte, parfois constitutives d'un authentique syndrome de détresse émotionnelle ;
 - elle suscite un sentiment d'insécurité, de perte de contrôle et d'impuissance, qui peut conduire à la sidération et générer un syndrome post-traumatique.
- L'annonce constitue donc un stress face auquel le patient met en œuvre des stratégies d'ajustement et des mécanismes de défense inconscients, qui évoluent au cours du temps, de façon non linéaire. Ils sont à respecter, au regard du bénéfice que le patient en retire, et à prendre en compte, car ils constituent souvent un obstacle à l'accueil et à la compréhension de l'annonce. Ils sont fréquemment la source de malentendus et d'incompréhension entre patients et soignants.

5.1.2. Principaux mécanismes de défense

- Ces stratégies et mécanismes de défenses sont personnels et dépendant des ressources intrinsèques et extrinsèques du patient, notamment du soutien de son entourage. Néanmoins, la psychiatre Elizabeth Kübler-Ross a décrit cinq étapes dans le processus du deuil, auquel s'apparente l'acceptation d'une mauvaise nouvelle :
 - déni : la première réaction face au choc de la mauvaise nouvelle est de refuser d'y croire ;
 - colère : l'angoisse et le sentiment d'injustice se traduisent ensuite par colère et agressivité, envers l'entourage ou les soignants ;
 - négociation : le sentiment d'impuissance conduit à des marchandages avec l'entourage ou les soignants, tentatives de reprendre le contrôle de la situation ;
 - dépression : le sentiment de perte de l'identité et du projet de vie antérieurs à la mauvaise nouvelle est vécu de façon douloureuse, comme l'amputation d'une partie de soi ;
 - acceptation : le patient finit par reconstruire son identité et son projet en y intégrant la mauvaise nouvelle.
- Une fois la mauvaise nouvelle acceptée, le patient est à même de participer sereinement aux décisions de prise en charge. Certaines adaptations sortent du schéma classique et sont inadéquates pour la plupart :
 - l'isolement consiste à intellectualiser sa maladie pour s'en distancier. Le malade parle de sa maladie avec un détachement froid ;
 - le déplacement permet au patient de focaliser son anxiété sur des considérations plus supportables, parfois futiles, plus ou moins en rapport avec sa maladie, par exemple sur un symptôme mineur ;
 - la projection agressive transfère l'angoisse sous forme d'agressivité à l'égard de l'entourage ou de l'équipe médicale ;
 - la régression conduit le patient à s'en remettre totalement à son entourage, dans une dépendance totalement disproportionnée par rapport aux contraintes et à ses capacités de les gérer ;
 - la sublimation est un mécanisme de défense positif, qui amène le patient à s'investir de façon combative dans un projet personnel, souvent chargé symboliquement, qui mobilise toute son énergie ;
 - la maîtrise consiste pour le patient à tenter de prendre le contrôle de tout ce qui concerne sa santé, au travers d'attitudes obsessionnelles et parfois de fortes exigences, par lesquelles il tente de gérer son angoisse.

A 5.2. Annonce d'une mauvaise nouvelle du point de vue du médecin

5.2.1. Ajustement au stress

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

5.2.2. Mécanismes de défense

- Le médecin développe également des mécanismes de défense, notamment s'il n'est pas préparé et outillé en capacités adéquates pour gérer ce type de situation :
 - le mensonge est souvent utilisé par le médecin avec l'alibi de préserver son patient ; il s'agit en réalité de se préserver lui-même face à une réaction du patient, qu'il anticipe en craignant de ne pas savoir y faire face. Il s'agit généralement de mensonge par omission. D'une façon générale, le mensonge n'a que des effets délétères et devrait être prohibé, sauf rares exceptions ;
 - l'identification projective conduit à attribuer au patient ses propres représentations, sentiments, réactions, ou émotions. Elle permet au soignant de se donner l'illusion qu'il sait ce qui est bon pour le patient, sans avoir à conduire de discussions éventuellement pénibles ;
 - la rationalisation consiste pour le médecin à se réfugier derrière un discours technoscientifique, hermétique et incompréhensible pour le patient ;
 - la fausse réassurance entretient chez le patient un espoir disproportionné par rapport aux données factuelles ;
 - lors de la fuite en avant, le soignant surestime les capacités du patient et lui délivre les informations « à marche forcée », pour s'en débarrasser lui-même.
- Des stratégies d'adaptation peuvent être mises en œuvre et même développées par des formations spécifiques. On décrit ainsi :
 - des stratégies centrées sur l'annonce : préparation minutieuse de l'entretien, de ses conditions, de son contenu et de son déroulement ;
 - des stratégies centrées sur la relation avec le patient : développement d'une relation empathique, soucieuse de maintenir en même temps une distance professionnelle appropriée ;
 - des stratégies centrées sur la gestion de ses propres émotions de la part du médecin : identification, expression, régulation, réévaluation cognitive.

A 5.3. Principes de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

- Les conditions du premier entretien d'annonce d'une mauvaise nouvelle sont déterminantes pour la qualité de la relation médecin-malade et de la prise en charge ultérieure :
 - pièce confortable, calme ;
 - temps imparti suffisant, sans risque d'interruption (neutraliser les téléphones, afficher un avertissement sur la porte) ;
 - présence d'un proche ou d'un tiers si le patient l'a souhaité ;
 - ne jamais faire d'annonce au téléphone, sauf circonstance exceptionnelle.
- L'annonce proprement dite s'appuie sur ce que le malade sait déjà. Tout patient se forge des représentations et des explications, qu'il utilise pour tenter de comprendre et de donner un sens à son problème de santé. Qu'elles résultent d'informations déjà transmises ou entendues, ou d'interprétations personnelles ou partagées avec son

entourage, qu'elles soient appropriées ou erronées, c'est à partir de ces conceptions que le médecin doit construire sa démarche d'information. Pour cela, il est nécessaire de débiter par un questionnement très ouvert. Le médecin adopte une attitude verbale et non verbale traduisant sa disponibilité, une écoute active en respectant les silences, sans interrompre le patient, en reformulant ses propos et en l'encourageant à s'exprimer davantage.

- Dans ses explications, le médecin utilise un vocabulaire approprié, simple, sans jargon et sans euphémisme, en s'adaptant au rythme du patient. Il répond aux attentes du patient, en se donnant les moyens de les explorer par de nouvelles questions ouvertes, en évitant d'aller au-delà de ce que le patient souhaite savoir à ce moment-là. Il partage avec le patient le projet de prise en charge. Il donne les informations nécessaires sur les investigations complémentaires prévues, les possibilités thérapeutiques, les soins de support, les bénéfices attendus, les désagréments prévisibles et le pronostic. Il associe à la décision le patient qui le souhaite. Sans réassurer abusivement, il laisse la place à une espérance, en confirmant que de nombreuses ressources sont disponibles et en rassurant le patient sur le fait qu'il ne sera pas abandonné.
- L'entretien se termine en ayant également laissé de la place pour l'expression des émotions et manifester son empathie, pour répondre aux questions du patient, reformuler les grandes lignes du plan de soins en insistant sur les toutes prochaines étapes.
- Toutefois, l'annonce d'une mauvaise nouvelle (**expliquer une hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ; annonce d'un diagnostic de maladie grave au patient et/ou à sa famille ; identification, prise en soin et suivi d'un patient en situation palliative ; suspicion d'un effet indésirable des médicaments ou d'un soin**) n'est pas un acte de communication unique et ponctuel. Il doit s'envisager comme un processus développé dans la durée et intégré à la prise en charge globale. La délivrance de l'information a souvent avantage à être progressive, adaptée aux informations disponibles et au niveau d'anticipation du patient.
- Les mécanismes de défense développés par les patients peuvent momentanément limiter leur capacité à entendre et accepter une annonce, à laquelle il conviendra donc de surseoir, en la construisant graduellement selon l'évolution du patient.
- Le premier entretien se conclut en proposant un entretien complémentaire à brève voire très brève échéance, en proposant que des proches soient présents s'ils ne l'étaient pas lors du premier entretien, et par une proposition d'autres entretiens de suivi (**situations de départ impliquant toutes les consultations de suivi**), associant d'autres professionnels de santé, notamment un psychologue, un infirmier, un assistant social, tel que cela est prévu dans le cadre du dispositif d'annonce du « Plan cancer ».
- Il convient de partager sans délai avec le médecin traitant les orientations et le contenu de la démarche d'annonce entreprise, car il peut être amené à devoir répondre aux questions du patient qui se tournera vers lui.

A 5.4. Cas particulier de l'annonce d'un dommage lié aux soins

- Un dommage lié aux soins (suspicion d'un effet indésirable des médicaments ou d'un soin) est la conséquence d'un événement indésirable, lié à l'aléa thérapeutique, à un dysfonctionnement ou une erreur. Son annonce constitue un cas particulier de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. À ce titre, tous les principes généraux énoncés précédemment sont applicables. Quelques points clés peuvent être soulignés (extraits des recommandations HAS 2011 : annonce d'un dommage lié aux soins) :
 - communiquer sur des faits connus et sûrs ;
 - reconnaître le dommage : informer le patient qu'il a subi un événement non souhaité. Ne pas nier le dommage ni culpabiliser le patient ;
 - exprimer des regrets voire des excuses : « Nous sommes désolés de ce qui vous arrive » résume par exemple l'empathie des professionnels face au dommage subi par le patient. En cas d'erreur avérée, les regrets doivent être accompagnés d'excuses. Elles ne doivent ni jeter le blâme sur soi-même ou un tiers, ni signifier la reconnaissance d'une responsabilité médico-légale ;
 - répondre aux besoins du patient : informer sur les soins qui vont être prodigués pour atténuer les conséquences de l'événement. Organiser la continuité des soins. Informer sur les mesures qui vont être prises pour éviter la récurrence d'un dysfonctionnement ou d'une erreur.

Principales situations de départ en lien avec l'Item 1 : « La relation médecin malade »

Situation de départ	Descriptif
En lien avec la communication avec le malade et son entourage	
<p>266. Consultation de suivi d'un patient polymédiqué 267. Consultation de suivi d'un patient polymorbide 277. Consultation de suivi d'un patient présentant une lombalgie aiguë ou chronique 291. Suivi du patient immunodéprimé 292. Première consultation d'addictologie 293. Consultation de suivi addictologie 294. Consultation de suivi en gynécologie 295. Consultation de suivi gériatrique 296. Consultation de suivi pédiatrique 297. Consultation de suivi en cancérologie 298. Consultation et suivi d'un patient ayant des troubles cognitifs 299. Consultation post événement allergique 300. Consultation pré-anesthésique 301. Consultation suite à un contagé tuberculeux 347. Situation sociale précaire et isolement</p>	<p>La médecine centrée sur la personne est associée au déplacement de la relation médecin-malade d'un modèle paternaliste vers des modèles prenant mieux en compte l'autonomie de la personne malade. Celle-ci est jugée capable d'exercer des choix éclairés concernant son problème de santé. La décision médicale est individualisée à la lumière de la globalité de la personne qui consulte (ses émotions, son contexte familial et professionnel, etc.) et à l'expérience que fait le patient de sa maladie.</p> <p>La décision médicale doit être partagée, intégrant la perspective du patient, après avoir vérifié le niveau d'implication qu'il souhaite prendre dans les décisions. Si le patient souhaite être impliqué, les solutions possibles sont présentées comme des suggestions et des choix plutôt que comme des directives, et un projet mutuellement acceptable est construit.</p> <p>L'empathie se traduit par l'attention bienveillante que le médecin porte à ce que le patient est. Elle se traduit par une écoute active du médecin, à travers le langage non verbal et verbal et par l'absence de jugement sur le patient. Développer une attitude empathique demande donc de savoir mettre en suspens son propre système de valeurs pour mieux comprendre celui du patient, avoir une vision bienveillante, reconnaissante et de considération de l'expérience douloureuse du patient. « Patient » est dérivé du mot latin <i>patiens</i>, signifiant « celui qui endure » ou « celui qui souffre ».</p>
En lien avec la santé mentale du patient et la nécessité de soin	
<p>240. Hospitalisation sans consentement</p>	<p>L'hospitalisation à la demande d'un tiers s'applique lorsque le malade présente des troubles psychiatriques rendant impossible son consentement. Le « tiers » représente toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient (membre de sa famille ou de son entourage par exemple). Ce type d'hospitalisation est justifié par la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance en milieu hospitalier.</p>
En lien avec l'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins	
<p>327. Annonce d'un diagnostic de maladie grave au patient et/ou à sa famille 337. Identification, prise en soin et suivi d'un patient en situation palliative</p>	<p>L'annonce d'un diagnostic grave ou d'un pronostic péjoratif constitue un traumatisme car, même si elle est parfois anticipée par le patient dès les premiers symptômes, elle revêt une violence soudaine.</p> <p>L'annonce d'une mauvaise nouvelle n'est pas un acte de communication unique et ponctuel. Il doit s'envisager comme un processus développé dans la durée et intégré à la prise en charge globale. La délivrance de l'information a souvent avantage à être progressive, adaptée aux informations disponibles et au niveau d'anticipation du patient.</p>

348. Suspicion d'un effet indésirable des médicaments ou d'un soin

Un dommage lié aux soins est la conséquence d'un événement indésirable, lié à l'aléa thérapeutique, à un dysfonctionnement ou une erreur. Son annonce constitue un cas particulier de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Il est important de communiquer sur des faits connus et sûrs ; de reconnaître le dommage ; d'informer le patient qu'il a subi un événement non souhaité ; de ne pas nier le dommage ni culpabiliser le patient ; d'exprimer des regrets et faire des excuses ; de répondre aux besoins/questions du patient et organiser la continuité des soins ; enfin, d'informer sur les mesures qui vont être prises pour éviter la récurrence d'un dysfonctionnement ou d'une erreur.

FICHE DE SYNTHÈSE

- L'approche contemporaine de la relation médecin-malade considère le patient comme un acteur de soins à part entière, et favorise son implication en tant que personne autonome dans la mesure où il le souhaite, en interdépendance avec les différents professionnels de la santé.
- Dans sa relation avec le patient, le médecin devrait prendre en compte les aspects personnels, interpersonnels et sociaux avec la même attention critique que les aspects somatiques et biologiques.
- Une telle perspective est notamment essentielle dans la prise en charge des maladies chroniques, pour lesquelles les modèles exclusivement biocliniques sont souvent en échec.
- Dans ce cadre, les différentes actions qui concourent à l'information et à la formation du patient s'efforcent de prendre en compte sa perspective, fondée sur l'expérience personnelle et des savoirs profanes.

Médecine interne

5^e édition actualisée

R2C

- L'ouvrage officiel réalisé par le Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI) sous l'égide de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI) pour les étudiants du DFASM.
- Conçu et rédigé par près de 100 enseignants de Médecine Interne.
- Tout le programme de connaissances de la spécialité pour la R2C et pour les modules du DFASM.
- Pour chaque item, les objectifs de connaissances hiérarchisés en rang A et rang B (dans un tableau en début d'item et tout au long de l'item grâce à un repérage couleur).
- Toutes les situations de départ en lien avec les différents objectifs de connaissances (tout au long de l'item grâce à un repérage couleur, et à la fin de l'item dans un tableau récapitulatif).
- Une iconographie abondante pour faciliter l'apprentissage.
- Une fiche de synthèse par item pour retenir l'essentiel.

39 € TTC

ISBN : 978-2-84678-341-5



MED-LINE
Editions

www.med-line.fr

