



2014 - 2015

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

Unité d'Introduction à la  
Démarche Clinique

1<sup>re</sup> année Master

**Compétences Cliniques  
et  
Dimension Communautaire**

Cahier de l'étudiant



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

# Unité d'Introduction à la Démarche Clinique

*Section CC et DC*

*1<sup>re</sup> année Master*



# TABLE DES MATIERES

<b>COMPETENCES CLINIQUES .....</b>	<b>1</b>
SEMILOGIE PEDIATRIQUE 1 .....	3
SEMILOGIE PEDIATRIQUE 2 .....	5
EDUCATION DU MALADE: prescrire un traitement au malade .....	7
SEMILOGIE DU DIABETE .....	9
SÉMILOGIE DE LA THYROIDE .....	12
ELECTROCARDIOGRAPHIE CLINIQUE 1 et 2 .....	15
CARDIOLOGIE CLINIQUE.....	17
EVALUATION FONCTIONNELLE: exemple gériatrique.....	21
EXAMEN PHYSIQUE GENERAL DE L'ADULTE .....	23
ANALYSE DES GAZ SANGUINS .....	31
TRANSFUSIONS SANGUINES .....	33
LABORATOIRE 4 .....	35
ANAMNÈSE DU JEUNE ADULTE .....	37
EXAMEN BUCCO-DENTAIRE .....	39
EXAMEN ORL DE BASE .....	41
ATELIER DE GESTES D'URGENCES .....	43
ATELIER DE GESTES TECHNIQUES 1 .....	45
ATELIER DE GESTES TECHNIQUES 2 .....	47

## TABLE DES MATIERES (SUITE)

<b>DIMENSION COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>49</b>
QUALITES DES SOINS .....	51
QUALITE DES SOINS 1.....	53
QUALITE DES SOINS 2.....	54
QUALITE DES SOINS 3 (avec Médecine Légale 2) .....	55
QUALITE DES SOINS 4.....	57
MEDECINE ET SOINS PALLIATIFS.....	59
MEDECINE LEGALE ET ETHIQUE 1 .....	61
MEDECINE LEGALE ET ETHIQUE 2 et QUALITE DES SOINS 3 .....	63
MEDECINE LEGALE 3.....	65
MEDECINE LEGALE 4.....	67
MEDECINE LEGALE 5.....	69

***SECTION CC***  
***COMPETENCES CLINIQUES***



## **SEMIOLOGIE PEDIATRIQUE 1**

### **PERSONNE CONCERNEE**

*Responsable du séminaire*

Dr Daivy Benador, praticien, tél. 022 / 343 50 75

### **THEME DU SEMINAIRE**

- Introduction à l'anamnèse du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire.

### **METHODE D'ENSEIGNEMENT**

- Session de 2h.
- Groupe d'env. 18 étudiants.
- Jeux de rôle.

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Réaliser quelles sont les particularités d'une anamnèse pédiatrique en fonction de l'âge de l'enfant.
- - Connaître les principales caractéristiques de la croissance des nourrissons et des enfants,
  - connaître les grandes étapes de leur développement,
  - connaître les principaux facteurs leur permettant d'avoir une croissance et un développement harmonieux.

### **DEROULEMENT DU SEMINAIRE**

Jeux de rôle permettant aux étudiants d'être confrontés à des moments différents de la vie de l'enfant sain.

Discussion et approfondissement des notions importantes de l'anamnèse selon l'âge de l'enfant.

La première heure est consacrée aux nourrissons, la seconde à l'enfant d'âge préscolaire.



## PREMIERE HEURE

### *SITUATION DU JEU DE ROLE :*

"Un couple de 27 ans amène son enfant âgé de 1 mois chez le pédiatre pour un premier contrôle. Le pédiatre a reçu de la maternité un document contenant entre autre les informations suivantes : mère 1 pare, 1 geste de 27 ans sans antécédent particulier. La grossesse est d'évolution favorable avec un accouchement par voie basse à 40 semaines de gestation. APGAR 9/10/10, poids de naissance 3,2 kg (moyenne), taille 51 cm (+0,5 DS), périmètre crânien 34 cm (moyenne), sexe féminin, les status au premier jour de vie et au 4e jour de vie (moment où l'enfant quitte la maternité) sont dans les limites de la norme. A sa sortie, les mensurations du bébé sont identiques au premier jour de vie pour la taille et le périmètre crânien, son poids est de 3,1 kg."

- Après lecture, les points importants de cet énoncé sont discutés.
- 3 étudiants jouent ensuite les rôles des 2 parents et du pédiatre.
- Discussion sur ce qui a été joué et approfondissement des points et notions importantes de l'anamnèse des enfants de cet âge.

## DEUXIEME HEURE

### *SITUATION DU JEU DE ROLE :*

"Une famille vient de déménager à Genève. Le fils aîné est âgé de 5,5 ans et ses parents l'amènent chez un pédiatre, qui ne connaît pas encore l'enfant, pour un contrôle avant sa prochaine scolarisation. L'enfant est en bonne santé habituelle".

- Même démarche ensuite que pour la première heure.

## LECTURE

- Kliegman RM. **Nelson essentials of pediatrics**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia; Elsevier Saunders, 2006. WS 100 31 ed 5  
*Chap. 1:*  
*Developmental and Behavioral Pediatrics.*

## SEMIOLOGIE PEDIATRIQUE 2

### PERSONNE CONCERNÉE

*Responsable du séminaire*

Dr Daivy Benador, praticien, tél. 022 / 343 50 75

### THEME DU SEMINAIRE

- Introduction à l'anamnèse de l'adolescent.

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Sessions de 2h.
- Groupe d'env. 18 étudiants.
- Jeu de rôle.

### OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Réaliser quelles sont les particularités d'une anamnèse de l'adolescent.
- Les points suivants feront l'objet d'une attention particulière :
  - chronologie des premiers signes de puberté, âge de la ménarche, et comment les changements pubertaires sont vécus,
  - problèmes liés au poids,
  - nutrition,
  - état de scolarisation et projets professionnels,
  - problèmes relationnels avec la famille ou avec les pairs,
  - conduites à risque: tabagisme, relations sexuelles non protégées, drogues,
  - état des connaissances sur les mesures préventives (SIDA, contraception).

## DEROULEMENT DU SEMINAIRE

### *SITUATION DU JEU DE ROLE :*

"Une adolescente de 14 ans vient trouver son pédiatre habituel avec ses parents. La mère est inquiète car sa fille n'est pas encore réglée et le père est inquiet car sa fille fréquente déjà un petit copain. Ils aimeraient savoir si tout cela est normal car depuis quelques mois leur relation avec leur fille s'est détériorée. D'ailleurs, notre adolescente semble agacée, elle hausse souvent les épaules dès qu'un de ses parents dit quelque chose."

- 4 étudiants jouent les rôles des parents, de l'adolescente et du pédiatre.
- Discussion ensuite sur ce qui a été joué et approfondissement des points et notions importantes de l'anamnèse des adolescents.

## LECTURES

- Kliegman RM. **Nelson essentials of pediatrics**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia; Elsevier Saunders, 2006. WS 100 31 ed 5  
*Chap. 1:*  
*Developmental and Behavioral Pediatrics.*
- Alvin P, Marcelli D. **Médecine de l'adolescent**. Pour le praticien. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Masson, 2005 WS 460 3

## **EDUCATION DU MALADE: prescrire un traitement au malade**

### **PERSONNES CONCERNEES**

*Responsables du séminaire*

Prof. Alain Golay, tél. 022 / (37) 29 726

Dre Monique Chambouleyron, tél. 022 / (37) 29 717

### **THEME DU SEMINAIRE**

- Prescrire un traitement au malade.

### **OBJECTIFS**

- Décrire l'ampleur et les conséquences des phénomènes de mauvaise adhésion thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques.
- Identifier l'impact d'une annonce diagnostique et/ou d'une prescription médicamenteuse chez un individu.
- Prescrire un traitement en tenant compte de l'impact possible chez le patient et en respectant les différentes étapes recommandées.

### **METHODE D'ENSEIGNEMENT**

- Session de 2h. avec un collectif d'env. 32 étudiants (soit 4 groupes à la fois).
- Reconstruction d'une modalité de prescription.
- Cas cliniques (situations problèmes).
- Apports théoriques.

## **DEROULEMENT ET OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SEMINAIRE**

Ce séminaire se déroule en trois parties distinctes :

- Une première partie d'apports autour de la notion d'adhésion au traitement.
- Une seconde partie consacrée à la mise en place de comportements et d'attitudes à partir de cas cliniques préparés en sous-groupes. Cette seconde partie se conclut par une synthèse sous forme de brain storming pour mettre en lumière les messages clés.
- Une troisième partie d'apports autour des déterminants de l'observance et des moyens à mettre en œuvre pour comprendre et agir de façon pertinente.

### **PREMIERE PARTIE**

Durant la première partie, présentation d'extraits du rapport OMS « Adherence to long-term therapies – Evidence for action » pour prendre conscience de la réalité du problème et de ses différents déterminants modifiables et non modifiables. Présentation du Health Belief Model (HBM).

### **DEUXIEME PARTIE**

A partir de situations cliniques proposées, individuellement et/ou en binôme, les étudiants devront repérer l'impact d'une annonce diagnostique et/ou d'une prescription médicamenteuse et identifier les besoins / attentes des patients vis-à-vis du médecin.

En sous-groupe, et en tenant compte des éléments identifiés lors de l'étape précédente, les étudiants devront élaborer une séquence de prescription d'un traitement antihypertenseur et la proposer à l'ensemble du groupe.

A partir des éléments mis en évidence au travers des exercices précédents, brain storming pour dégager des étapes et des règles de prescription.

### **TROISIEME PARTIE**

Présentation de nouveaux extraits du rapport OMS « Adherence to long-term therapies – Evidence for action » pour prendre connaissance des déterminants de l'adhésion thérapeutique, modifiables et non modifiables, en lien avec le système de santé, les soignants et les patients. Présentation du Health Belief Model (HBM).

## **LECTURE OBLIGATOIRE**

- Girard, M. Maisonnave, J.P. Assal. **Difficultés du patient dans le suivi de son traitement**. EMC référence, Encyclopédie médico-chirurgicale, 2004, Elsevier
- Golay, M. Nguyen Howles, S. Mateiciuc, T. Bufacchi, F. Amati. **Améliorer l'observance médicamenteuse**. Med Hyg 2004 ; 62 : 909-13

## SEMILOGIE DU DIABETE

### PERSONNES CONCERNEES

*Responsables du séminaire*

Prof. Jacques Philippe, tél. 022 / (37) 29 302

Dr François Jornayvaz, tél. 022 / (37) 29 302

### **Veillez vous munir d'une blouse**

*Dans la mesure du possible, vous aurez l'occasion d'interroger et examiner un patient présentant une complication du diabète.*

### THEME DU SEMINAIRE

Anamnèse diabétologique et examen du pied diabétique.

### OBJECTIFS

- Reconnaître dans l'anamnèse les symptômes suggestifs d'un diabète et identifier les facteurs de risque.
- Reconnaître que le diabète est la plupart du temps une maladie silencieuse.
- Reconnaître dans l'anamnèse les symptômes liés aux complications chroniques du diabète.

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Session de 2h.
- Groupe d'env. 10 étudiants.
- Jeu de rôle.
- Examen du pied diabétique d'un patient souffrant de diabète.

## OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SEMINAIRE

Ce séminaire se déroulera en deux phases.

### PREMIERE PARTIE

Cette partie consistera en un jeu de rôle entre les étudiants représentant le médecin et le formateur qui jouera le rôle du patient.

Le patient est un homme de 68 ans, obèse (98 kg pour 176 cm) affecté d'un diabète depuis l'âge de 52 ans. Il a une hypertension artérielle et une dyslipidémie.

L'anamnèse doit relever les points suivants :

- Anamnèse diabétologique :
  - durée du diabète,
  - traitements successifs,
  - qualité du contrôle métabolique,
  - auto-contrôles sanguins : horaires et fréquences,
  - poids : évolution,
  - régime : anamnèse alimentaire,
  - exercice physique,
  - symptômes d'hyper- et d'hypoglycémie (polyurie, polydipsie, flou visuel, fatigue, et transpirations, tremblements, maux de tête, pâleur, changement de caractère), et antécédents de décompensation ou hypoglycémie sévère.
  - Comorbidités.
- Complications chroniques du diabète (souligner que les symptômes peuvent être souvent absents ou atypiques) :
  - macroangiopathiques :
    - cardiopathie ischémique,
    - insuffisance artérielle périphérique,
    - accidents vasculaires cérébraux.
  - microangiopathiques :
    - présence de rétinopathie :
      - antécédents de traitement au laser,
      - baisse de l'acuité visuelle, épisodes de flou visuel,
    - présence de néphropathie,
    - présence de neuropathie somatique (sensitivo-motrice) :
      - brûlures, crampes, dysesthésie,
      - antécédents d'ulcères au pied,
    - présence de neuropathie du système nerveux autonome :
      - intolérance à l'effort;
      - hypotension orthostatique;
      - gastroparésie;
      - diarrhées, constipation;
      - impuissance;
      - éjaculation rétrograde;
      - sécheresse de la peau (partie inférieure du corps);
      - transpiration excessive (partie supérieure du corps);
      - troubles vésicaux.

- Anamnèse psycho-sociale.
- Facteurs de risque cardio-vasculaire :
  - tabagisme,
  - hypertension artérielle,
  - anamnèse familiale positive,
  - dyslipidémie.
- Anamnèse familiale :
  - diabète,
  - complications chroniques du diabète,
  - cardiopathie ischémique,
  - HTA, dyslipidémie.

## **DEUXIEME PARTIE**

Cette partie se passera au lit d'un patient diabétique de type 2 pour faire l'examen d'un pied diabétique (neuropathie et artériopathie). On insistera sur l'examen de :

- L'arbre artériel : palpation et auscultation des artères :
  - fémorales,
  - poplitées,
  - tibiales postérieures,
  - pédieuses.
- L'examen neurologique :
  - sensibilité touché/piqué,
  - température,
  - pallesthésie,
  - réflexes ostéotendineux (surtout achilléens et rotuliens).
- Les pieds :
  - dilatation veineuse,
  - sécheresse de la peau,
  - hyperkératose, crevasses,
  - déformations ostéo-articulaires,
  - lésions cutanées,
  - mycose interdigitale,
  - onychomycose.

## **POUR EN SAVOIR PLUS**

Clinical Practice recommandations 2014. Standards of Medical Care in Diabetes Diabetes Care (2014) 37: S14-S80.



## SÉMIOLOGIE DE LA THYROÏDE

### PERSONNES CONCERNEES

*Responsables du séminaire*

Prof. Jacques Philippe, tél. 022 / (37) 29 302

Dr Sandra Boehncke, tél. 022 / (37) 29 191

### **Veillez vous munir d'une blouse**

*Dans la mesure du possible, vous aurez l'occasion d'interroger et examiner un patient présentant un problème thyroïdien.*

### THEME DU SEMINAIRE

- Sémiologie des troubles thyroïdiens.

### OBJECTIFS

- Acquisition des connaissances théoriques et pratiques liées aux répercussions fonctionnelles des troubles thyroïdiens.
- Palpation de la glande thyroïde.

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Session de 2h.
- Groupe d'env. 10 étudiants.
- Jeu du rôle.

## **DEROULEMENT DU SEMINAIRE**

Ce séminaire se déroulera en deux phases.

### **PREMIERE PARTIE**

Cette partie doit permettre aux étudiants de développer leurs aptitudes à prendre une anamnèse dirigée sur les troubles fonctionnels liés à une dysthyroïdie. Elle consistera en une prise de l'anamnèse et un examen de la thyroïde par les étudiants lors d'un jeu de rôle, par une critique du formateur (environ 10 minutes) et par une synthèse finale effectuée par le groupe d'étudiants (10 minutes).

#### *PROPOSITION POUR UN JEU DE ROLE*

Patiente qui prend un rendez-vous pour une perte de poids

#### *Histoire du cas*

Patiente de 40 ans qui a perdu 8 kg en 6 mois malgré un bon appétit. Elle se plaint d'être irritable, d'avoir de la peine à s'endormir et de toujours transpirer. Elle n'a pas de traitement.

### **DEUXIEME PARTIE**

Cette phase se résumera à la prise d'une anamnèse d'un patient souffrant réellement d'une hyperthyroïdie ou d'une hypothyroïdie (environ 30 minutes) et d'un examen de la thyroïde. Cette étape sera suivie d'une synthèse des plaintes du patient et de la vraisemblance de ses plaintes à entrer dans le diagnostic des troubles thyroïdiens.

## **OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SEMINAIRE**

### **ANAMNESE**

- Rechercher les symptômes d'une dysthyroïdie :
  - palpitations;
  - variations du poids corporel;
  - troubles : de l'humeur  
                  du sommeil  
                  de la voix  
                  du transit gastro-intestinal  
                  du cycle menstruel
  - changement au niveau : de la peau;  
  des ongles;
  - perte d'énergie, diminution de la force musculaire;
  - changement de la voix;
  - problèmes oculaires;
  - transpiration, tolérance à la chaleur.
  - gêne au niveau du cou ;
- Antécédents personnels et familiaux :
  - thyroïdiens;
  - autres maladies auto-immunes.
- Médicaments, iode.

## EXAMEN DU PATIENT

- Agitation, tremblement, ralentissement ;
- Tension artérielle ;
- Tachycardie ou bradycardie ;
- Force musculaire ;
- Examen des yeux : - signes de Graefe, brillance du regard;  
- ophtalmopathie.
- Onycholyse, dermopathie ;
- Sécheresse de la peau ou transpiration excessive ;
- Examen de la glande thyroïde ;
- Temps de relaxation des réflexes ostéo-tendineux.

## LECTURE OBLIGATOIRE

- Disorders of the thyroid gland ou Dysthyroidies (Hyper- et hypothyroidies) **Harrison** :  
Part 13, Section 1

## **ELECTROCARDIOGRAPHIE CLINIQUE 1 et 2**

### **PERSONNES CONCERNEES**

*Responsable du séminaire*

Dr M. Zimmermann, praticien, 022 / 782 97 78

*Co-responsables* : Dr. H. Burri (HUG), Dr. J. Sztajzel, praticien

### **THEME DU SEMINAIRE**

- Introduction à la lecture systématique de l'ECG.

### **OBJECTIFS GENERAUX**

- Savoir interpréter systématiquement un ECG normal: analyse systématique ; mesures et valeurs normales ; calcul de l'axe électrique du cœur ; définition des extrasystoles et des échappements.
- Savoir reconnaître les principales anomalies ECG : fibrillation auriculaire et flutter auriculaire, bloc auriculo-ventriculaire (1,2 et 3), bloc de branche droit et gauche, hypertrophie ventriculaire, dilatation-hypertrophie auriculaire, ischémie et infarctus, tachycardie supraventriculaire et ventriculaire.

### **METHODE D'ENSEIGNEMENT**

- Session de deux fois 2h.
- Groupes d'env. 20-24 étudiants.
- Pratique de la lecture systématique d'un ECG normal.
- Pratique de la lecture systématique d'ECG anormaux (8 à 12 tracés anormaux).

## **DEROULEMENT ET OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SEMINAIRE**

Le formateur s'assurera en premier lieu que les étudiants connaissent la signification des différentes ondes inscrites sur l'ECG (P, QRS, T) et il procédera à un bref rappel de l'activation électrique normale du cœur.

Les étudiants procéderont à l'analyse systématique d'un ECG normal: technique, rythme, fréquence, onde P (mesure, axe), intervalle PQ, QRS (mesure, axe), segment ST (isoélectrique, sus ou sous-décalé), onde T, intervalle QT, etc.

Les étudiants procéderont ensuite à l'analyse de tracés anormaux, en se concentrant sur la systématique de la lecture ECG:

- fréquence;
- identification des ondes P;
- analyse et mesure de l'onde P;
- identification des QRS;
- analyse et mesure des QRS;
- rapport entre les ondes P et les QRS (intervalle PQ, notion de bloc AV);
- analyse du segment ST et reconnaissance d'une ischémie, sous-endocardique ou transmurale;
- analyse de l'onde T et mesure de l'intervalle QT.

Les problèmes ECG spécifiques (fibrillation et flutter auriculaires, signes ECG d'infarctus aigu du myocarde, hypertrophie ventriculaire gauche, hypertrophie-dilatation auriculaire, bloc auriculo-ventriculaire et blocs de branche, tachycardie supraventriculaire et ventriculaire) seront abordés sur la base de tracés démonstratifs distribués aux étudiants en début de séminaire. Un ou plusieurs de ces tracés ECG pourront être inclus dans les questions d'examen.

## **LIVRES DE REFERENCE POUR L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE DE L'ECG**

- J.-J. Goy, P. Christeler, J. Schlaepfer, Stauffer JC. **ECG – livre et cours interactif de lecture de tracés électrocardiographiques**. Goyman.com
- **Marriott's Practical Electrocardiography**. G.S. Wagner, Editions Williams and Wilkins (*Manuel de référence, en anglais*)
- **ECG diagnosis and self-assessment CD-ROM**. Edward K. Chung, Blackwell science Multimedia Inc. (*CD-ROM de référence*).
- **John R. Hampton**: The ECG made easy. Sixthd Churchill Livingtone. 2003
- **Ebert M.M.** Guide de l'ECG. Maloine éditeur. Paris. 2003

# CARDIOLOGIE CLINIQUE

## PERSONNE CONCERNEE

*Responsable du séminaire*

Prof Marco Roffi, tél 022 / (37) 27 208

## THEME DU SEMINAIRE

- Auscultation cardiaque.

## OBJECTIFS

- Entraîner la technique de l'auscultation cardiaque.
- Approfondir la pratique d'un examen clinique du cœur.
- Reconnaître une auscultation cardiaque pathologique et savoir décrire les phénomènes acoustiques.

## METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Session de 2h.
- Groupes d'env. 9 étudiants par formateur, un formateur supplémentaire pendant la deuxième heure au lit du malade (1/2 groupe par patient et formateur).
- Répétition de l'examen clinique du cœur et de la technique d'auscultation par les étudiants entre eux.
- Simulation d'auscultation pathologique par ordinateur:
  - Auscultation normale.
  - Sténose aortique.
  - Insuffisance mitrale.
  - Insuffisance aortique (éventuellement).
- Examen d'un patient par 4 étudiants:
  - courte anamnèse et pratique de l'inspection et palpation.
  - auscultation.

## **DEROULEMENT ET OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SEMINAIRE**

- Les informations concernant les noms, unités, chambres et diagnostics des deux patients sollicités par groupe pour l'enseignement de l'auscultation sont disponibles au secrétariat du chef de service de la Cardiologie, une demi-heure avant le début du séminaire, afin de permettre aux formateurs de visiter et ausculter le patient avant le séminaire.

### **PREMIERE PARTIE (ENVIRON 60 MINUTES)**

- Le formateur rappelle brièvement les différents éléments de l'examen physique du cœur:
  - Inspection: - couleur de la peau;  
- veines jugulaires;  
- pulsations précordiales, choc de pointe visible;  
- pulsations artérielles.
  - Palpation: - pouls carotidien;  
- choc de pointe;  
- aire précordiale.
  - Auscultation: - foyers d'auscultation;  
- auscultation normale.

*(Pour détails voir CCs "Circulation 2" et "Circulation 4", Unité "Cœur et Circulation", 2<sup>ème</sup> année)*

Par la suite, les étudiants pratiquent l'examen clinique du cœur entre eux.

- La première heure se termine par une démonstration à l'aide de l'ordinateur:
  - de la relation entre les phénomènes acoustiques normaux et les différents événements du cycle cardiaque;
  - de la relation entre l'hémodynamique, la forme et la localisation du souffle dans le cycle cardiaque dans la sténose aortique et l'insuffisance mitrale, ainsi que, si le temps le permet, dans l'insuffisance aortique.

### **DEUXIEME PARTIE (ENVIRON 45 MINUTES)**

- Cette partie est consacrée à l'examen d'un patient qui présente un souffle cardiaque. A ce propos, le groupe est divisé en deux, et quatre étudiants effectuent l'examen d'un patient avec un formateur dans l'unité dans laquelle le patient est hospitalisé.
- Le formateur informe les étudiants qu'il faut faire une courte anamnèse, ciblée sur le système cardiaque; puis passer à l'inspection et la palpation à la recherche des signes d'une affection cardiaque. Ces trois phases initiales peuvent être réparties entre trois étudiants du groupe.
- Par la suite, tous les étudiants du groupe auscultent le cœur. Le formateur discute les observations faites à l'auscultation. Des réflexions sont menées quant au diagnostic. Une répétition de l'auscultation de certains foyers, avec connaissance des phénomènes acoustiques, peut suivre.
- Le choix des objectifs dépend des patients à disposition pour le séminaire. L'accent sera mis sur la technique de l'auscultation et la description des phénomènes acoustiques.

a) *Savoir interpréter les altérations à l'inspection et à la palpation*

Stase jugulaire:	élévation de la pression dans l'oreillette droite	
Pouls carotidien:	pouls tardif pouls ample et bondissant	→ sténose aortique → augmentation du volume d'éjection (insuffisance aortique)
Choc de pointe:	élargi et déplacé vers la gauche	→ surcharge en volume ou insuffisance du myocarde ventriculaire gauche

b) *Pouvoir décrire l'auscultation cardiaque*

Bruits:	intensité	
	fréquence	(haute fréquence: BII)
	rapports chronologiques	(BI avec montée simultanée du pouls carotidien)
	éventuellement timbre	(par ex.: "métallique": prothèse valvulaire)
Souffles:	rapports chronologiques	(systolique, diastolique)
	morphologie	[decrecendo, crescendo-decrecendo (en losange), rectangulaire]
	fréquence	[haute fréquence (insuffisance aortique)]
	intensité	degré 1 = très léger
		degré 2 = léger, mais que l'on entend immédiatement en posant le stéthoscope
		degré 3 = souffle d'intensité moyenne
		degré 4 = souffle d'intensité forte
		degré 5 = souffle très fort, que l'on n'entend plus en éloignant le stéthoscope
		degré 6 = souffle très fort, audible à distance, le stéthoscope ne touchant pas la paroi thoracique
	localisation	(mais : la localisation de l'intensité maximale ne permet souvent pas d'identifier l'origine du souffle)
	irradiation	(irradiation dans la direction du flux sanguin) ; sténose aortique → artères carotides





## **EVALUATION FONCTIONNELLE: exemple gériatrique**

### **PERSONNES CONCERNEES**

*Responsables du séminaire*

Dr Philippe Huber, CC - tél. 079 / 553 83 19

Pr Gabriel Gold - tél. 022 / 305 65 35

### **THEME DU SEMINAIRE**

- Principes de base et utilité de l'évaluation fonctionnelle.

### **OBJECTIFS**

- Comprendre qu'un diagnostic médical ne permet pas, à lui seul, d'évaluer les capacités fonctionnelles d'un individu.
- Comprendre la variabilité du retentissement fonctionnel des maladies sur les individus.
- Savoir évaluer les activités de la vie quotidienne (AVQ): exemple de l'échelle de Katz.
- Savoir évaluer les capacités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ): exemple de l'échelle de Lawton.
- Savoir évaluer le réseau social.

### **METHODE D'ENSEIGNEMENT**

- Groupes d'env. 16 étudiants en parallèle.
- Un médecin, quatre ergothérapeutes et quatre physiothérapeutes par groupe.
- Ateliers permettant d'expérimenter l'impact d'un handicap sur les activités de la vie quotidienne: parcours de réhabilitation, tâches de la vie quotidienne.
- Analyse d'un projet de retour à domicile.
- Présentation d'échelles d'évaluation existantes.

## **DEROULEMENT ET OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SEMINAIRE**

- Les deux objectifs généraux du séminaire sont :
  - 1) de comprendre l'utilité d'une évaluation fonctionnelle lors de la prise en charge d'un malade afin de pouvoir choisir une démarche diagnostique et thérapeutique adaptée.
  - 2) comprendre pourquoi un diagnostic médical ne permet pas, à lui seul, d'évaluer l'impact d'une maladie sur les capacités fonctionnelles d'un individu.
- Afin de pouvoir expérimenter l'impact d'un handicap, les étudiants seront munis d'appareils simulants des handicaps et effectueront un parcours de réhabilitation ou des gestes de la vie quotidienne. Cette expérience sera ultérieurement discutée.
- Dans un deuxième temps, les étudiants travailleront en deux groupes de 16 sur une vignette clinique ayant pour thème « Que faut-il savoir pour organiser le projet de sortie d'un patient hospitalisé ». L'objectif est d'explorer l'évaluation fonctionnelle dans le cadre d'un projet de sortie en évaluant :
  - 1) les activités de base de la vie quotidienne (bain, habillage, toilettes, transfert, continence, repas),
  - 2) les activités instrumentales de la vie quotidienne (téléphone, courses, préparation repas, ménage, lessive, déplacements, prise de médicaments, gestion des finances),
  - 3) le réseau social.
- Dans un dernier temps, des exemples d'échelles validées et communément utilisées comme l'échelle de Katz pour les AVQ, et celle de Lawton pour les IAVQ seront commentées.

## **LECTURES OBLIGATOIRES**

- Katz A. **Index of A.D.L.**  
Sur le site de l'Unité / Chamilo  
  
Lawton MP, Brody EM. **Instrumental activities of daily living scale (I.A.D.L.)**.  
Sur le site de l'Unité / Chamilo

## EXAMEN PHYSIQUE GENERAL DE L'ADULTE

### PERSONNES CONCERNEES

*Responsables du séminaire*

Dr Philippe Huber, CC, tél. 079 553 83 19 ou GSM 38 319

Dr Eduardo Schiffer, PD, tél. 022 382 30 60 ou GSM 32 069

### THEME DU SEMINAIRE

- Examen physique général de l'adulte.

### OBJECTIFS

- Apprendre à réaliser un examen physique général de l'adulte organisé et précis.

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Session de 2h.
- Par demi-volée et répartition par groupes d'environ 8 étudiants.
- Examen physique entre étudiants sous supervision d'étudiants-moniteurs et de cliniciens.

**Veillez vous munir d'une blouse et du matériel nécessaire à l'examen clinique :**

Stéthoscope, marteau-réflexe, lampe, diapason.

### PRE-REQUIS

- Visionner la vidéo de démonstration "Head-to-Toe Examination" du Bickley L.S.  
**Bate's guide to physical examination and history taking.** 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia:  
J.B. Lippincott, 2007

## **DEROULEMENT DU SEMINAIRE**

- Les étudiants se répartissent par groupe de 4.
- En s'aidant de la check-list mise à disposition et du cahier du séminaire, ils s'exercent à réaliser un examen physique général.
- Chaque groupe est encadré par un étudiant-moniteur.
- A la fin de l'exercice, les étudiants remplissent le résumé de l'examen physique.

### *PROPOSITION DE CONTEXTE*

Patient qui prend un rendez-vous pour bilan de santé (« check-up »).

### *Histoire du cas*

Patient de 30 ans en bonne santé habituelle qui a besoin d'un certificat médical pour postuler pour un nouvel emploi.

## **OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SEMINAIRE**

### **Généralités**

L'examen physique général de l'adulte, appelé aussi parfois examen « tête-pieds », est un examen organisé et systématique de tous les systèmes d'organes. On le pratique chez la plupart des nouveaux patients ambulatoires et chez tous les patients hospitalisés. Même si cet examen est systématique, il n'est en aucun cas exhaustif : Toute plainte du patient vous dictera quelle partie de l'examen physique vous serez amené à pratiquer de façon plus approfondie.

La coopération du patient est cruciale et tout doit être fait pour le mettre à l'aise. Vous devez veiller attentivement à son confort physique dans un respect constant de sa dignité et de sa pudeur. Assurez-vous d'un environnement qui respecte la confidentialité et qui vous permet de faire un examen physique dans de bonnes conditions en termes de luminosité, de température ambiante et de tranquillité. Le patient doit pouvoir se déshabiller en privé. L'utilisation réfléchie de draps et d'une chemise « hôpital » permet à la fois d'examiner correctement le patient et de respecter sa dignité. Le principe est de découvrir une partie du corps à la fois. Il est important d'indiquer au patient les changements de phase de l'examen afin qu'il puisse les anticiper. Toute manœuvre potentiellement inconfortable doit être expliquée avant d'être pratiquée.

Acquérir une organisation systématique vous aidera à réaliser un examen physique complet et fiable. Avec le temps, vous développerez votre propre manière de faire et vous apprendrez à vous adapter à l'état du patient et au problème clinique.

Un objectif important est de minimiser les changements de position du patient et de vous-même. Veillez à avoir votre matériel d'examen à portée de main.

Voici un schéma d'organisation, parmi d'autres, qui tente de minimiser l'inconfort tout en respectant les besoins d'un examen physique bien conduit.

1) Patient en position assise :

Tête, cou, thorax postérieur, examen neurologique des nerfs crâniens, examen locomoteur et neurologique des membres supérieurs.

*Pour un patient affaibli, une grande partie de cet examen peut être pratiquée en position couchée.*

2) Patient en position couchée :

Système cardio-vasculaire, abdomen, système urogénital, examen locomoteur et neurologique des membres inférieurs.

3) Patient en position debout :

Examen de la colonne, marche et équilibre.

Il est préférable, même pour les gauchers, de se placer à droite du patient, car cela facilite l'examen de la pression veineuse jugulaire, du cœur et des organes intra-abdominaux.

Dans un système anatomique donné, suivez l'ordre Inspection – Percussion – Palpation - Auscultation, à l'exception de l'examen de l'abdomen où l'auscultation est effectuée avant la percussion ou la palpation, ceci afin de ne pas modifier les bruits intestinaux.

Restez flexible ! Sachez vous adapter ! Par exemple, il est généralement préférable de pratiquer une manœuvre inconfortable ou douloureuse en fin d'examen. Le niveau de profondeur de l'examen physique doit être pertinent par rapport au problème clinique. Par exemple, un patient atteint d'un accident vasculaire cérébral aura besoin d'un examen neurologique très détaillé, ce qui n'est a priori pas le cas d'un patient qui consulte pour une douleur abdominale.

Beaucoup de patients vivent l'examen physique avec une certaine anxiété. Ils se sentent vulnérables et peuvent s'inquiéter d'avoir mal ou de ce que vous pourriez trouver. Ceci requière de vous tact et attention. Au début de votre pratique, vous aurez besoin de plus de temps et il vous faut veiller à ne pas alarmer inutilement le patient. Par exemple, avertissez-le que si vous faites une longue auscultation, cela ne veut pas dire qu'elle est anormale.

Avant l'examen physique, désinfectez-vous les mains et mettez en pratique les principes de précaution primaire. Ajustez la hauteur du lit pour ménager votre dos !

## **A) PATIENT ASSIS**

### **1. INSPECTION GENERALE**

- Le patient présente-t-il des signes de gravité ?  
*Tachypnée, battements des ailes du nez, utilisation de la musculature accessoire, agitation, transpiration, pâleur, douleur*
- Son aspect correspond-il à son âge biologique ?
- Est-il orienté ? Peut-il collaborer ?
- Quel est son état nutritionnel ?
- Ses téguments ont-ils une coloration particulière ?  
*Ictère, cyanose, pâleur*
- Des signes physiques évocateurs sont-ils immédiatement visibles ?  
*Facies cushingoïde, exophtalmie, œdèmes*

### **2. SIGNES VITAUX**

- Pouls radial palpé simultanément ddc
- Pression artérielle humérale ddc
- Fréquence respiratoire
- Température orale ou rectale.  
*Ne pas mesurer la température par voie orale chez un patient agité ou confus. Eviter les boissons chaudes 20 minutes avec une mesure orale.*

### **3. PEAU ET PHANERES**

- Mains, ongles :  
*Cyanose, hippocratisme digital, érythrose palmaire, etc.*
- Face, nuque, tronc, abdomen, membres supérieurs :  
*Altération de la couleur des téguments, pilosité, lésions cutanées, naevi, cicatrices.*

#### 4. TETE

- Scalp :
  - Inspection du scalp et des cheveux, palpation du scalp
- Face :
  - Palpation des sinus frontaux et maxillaires
  - Sensibilité : branches sensibles de V1, V2 et V3
  - Motricité :
    - V moteur : serrer les dents, mouvements latéraux de la mâchoire inférieure),
    - VII moteur : fermer les yeux, sourire, montrer les dents, gonfler les joues
- Yeux :
  - Inspection des sclères et des conjonctives
  - Inspection avec la lampe de la cornée, de l'iris et du cristallin
  - Acuité visuelle (II) : faire porter les lunettes, carte de Snellen, faire lire un œil à la fois
  - Champs visuels au doigt
  - Mouvements oculaires : Technique du H (III, IV, VI) + convergence
  - Réflexe cornéen V – VII)
  - Réflexes pupillaires direct, indirect et d'accommodation (II, III, parasympathique)
  - Examen du fond d'œil : rétine, n optique (II), vaisseaux sanguins
- Nez :
  - Inspection à l'otoscope si symptômes
- Bouche :
  - Enlever les dentiers, lumière adéquate
  - Inspection langue, dents, gencives, muqueuse buccale, palais dur et mou, amygdales, oropharynx
  - Protrusion langue (XII)
  - Elévation du pharynx et du palais mou (IX et X)
  - Réflexe nauséeux (IX et X)
- Oreilles :
  - Voix chuchotée. Test de Weber et de Rinne avec un diapason 512 Hz
  - Examen à l'otoscope

#### 5. Cou

- Mobilité cervicale : flexion, extension, rotation, latérale
- Résistance à la rotation : sternocléidomastoïdiens (XI)
- Ganglions : occipitaux, auriculaires postérieurs, sous-mandibulaire, cervicaux antérieurs et postérieurs, sus-claviculaires
- Palpation thyroïde
- Palpation des glandes parotidiennes
- Localisation de la trachée



## 6. THORAX POSTERIEUR

- Palpation de la colonne vertébrale et de la musculature paraspinale
- Inspection et palpation de la cage thoracique postérieure
- Symétrie des mouvements cage thoracique à l'inspiration
- Percussion : identifier les bases pulmonaire, évaluer l'excursion diaphragmatique
- Auscultation pulmonaire
- Transmission vocale si anomalie à la percussion ou à l'auscultation
- Percussion des loges rénales

## 7. THORAX ANTERIEUR

- Seins : chez la femme, inspection bras relâchés, mains levées, mains pressées sur les hanches
- Ganglions : axillaires

## 8. MEMBRES SUPERIEURS

- Examen des téguments
- Ganglions épitrochléens
- Examen locomoteur des mains, des coudes et des épaules
- Examen neurologique :
  - Masses musculaires,
  - Tonus,
  - Force (serrer les doigts, biceps, triceps)
  - Mingazzini yeux fermés,
  - Sensibilité : douleur, touché, discrimination touché-piqué, vibrations (diapason à 128 Hz), sens des positions. Comparer proximal vs distal, gauche vs droite
  - Réflexes myotatiques : biceps (C5-C6), triceps (C5-C6), stylo-radial (C7)
  - Epreuves de coordination : doigt-nez, mouvements rapides des doigts, marionnettes, frapper alternativement.

## REMARQUE

*Lors d'un examen au lit du malade, comme c'est courant en milieu hospitalier, il n'est pas rare qu'un patient ne puisse pas s'asseoir ou se lever, ce qui impose un changement dans l'organisation de l'examen physique. Il est tout-à-fait possible d'examiner la tête, le cou, le thorax antérieur et les membres supérieurs en position couchée. Aider le patient à se positionner en décubitus latéral pour examiner son dos et ausculter ses poumons.*

## **B) PATIENT COUCHE**

### **9. THORAX ANTERIEUR**

- Inspection, palpation grill costal
- Auscultation pulmonaire antérieure
- Système cardiovasculaire
  - Pouls jugulaire, estimation de la pression veineuse jugulaire, recherche d'un reflux hépatohugulaire
  - Palpation et auscultation des carotides l'une après l'autre, jamais simultanément
  - Inspection et palpation du précordium (thrill)
  - Palpation du choc de pointe, recherche d'un choc D
  - Auscultation cardiaque aux 5 foyers en position couchée. Auscultation de l'apex en décubitus latéral G et du foyer aortique en position assise.
- Palpation des seins chez l'homme et la femme

### **10. ABDOMEN**

- Inspection et auscultation de l'abdomen dans les 4 quadrants
- Percussion dans les 4 quadrants avec mesure de la flèche hépatique
- Palpation superficielle et profonde des 4 quadrants, palpation du bord inférieur du foie
- Palpation et auscultation de l'aorte abdominale et des artères rénales
- Palpation de la rate et des reins
- Touché rectal : *cet examen est souvent pratiqué à la fin de l'examen physique*

### **11. ORGANES GENITAUX EXTERNES ET PERINE**

- Examen des organes génitaux externes. Recherche d'une hernie inguinale

### **12. MEMBRES INFERIEURS**

- Inspection de la peau et des phanères : œdème anomalies trophiques, ulcères, œdèmes, etc
- Système vasculaire périphérique :
  - Palpation et auscultation des a. fémorales, palpation des a. poplitées, tibiales post et pédieuses
  - Palpation des ganglions inguinaux
- Système locomoteur :
  - Inspection des articulations. Si nécessaire, examen articulaire spécifique

- Examen neurologique :
  - Masses musculaires,
  - Tonus,
  - Force (flexion de la hanche = iliopsoas, extension du genou = quadriceps, extension de hanche = grand fessier, dorsiflexion du pied = jambier antérieur, flexion plantaire du pied = jumeau)
  - Manœuvre de Barré
  - Sensibilité : douleur, touché, discrimination touché-piqué, vibrations (diapason à 128 Hz), sens des positions. Comparer proximal vs distal, gauche vs droite
  - Réflexes myotatiques : rotulien (L2,L3,L4) et achilléen (S1-S2)
  - Epreuves de coordination : talon-genou
  - Réflexe cutané plantaire (Babinski)

### **C) PATIENT DEBOUT**

- Système cardiovasculaire
  - Recherche de varices
- Système locomoteur,
  - Alignement de la colonne vertébrale, équilibre du bassin, alignement des membres inférieurs
- Chez l'homme l'examen du pénis, du scrotum et des testicules se pratique mieux en position debout de même que la recherche d'une hernie inguinale
- Système neurologique
  - Marche normale, marche talon-pointe, demi-tour, épreuve du funambule, Romberg yeux ouverts puis fermés

### **LECTURE OBLIGATOIRE**

- Bickley L.S. **Bates' guide to physical examination and history taking.** 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. WB 205 1 pp. 11-15, et 97 à 102.

### **VIDÉO**

- Bickley L.S. **Bates' guide to physical examination and history taking.** 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. WB 205 1. Video "Head-to-Toe Examination"

## **ANALYSE DES GAZ SANGUINS**

### **PERSONNE CONCERNEE**

*Responsable du séminaire*

PD Dr Paolo Merlani –

tél. 022 372 90 96

tél 091 811 61 47

### **THEME DU SEMINAIRE**

Analyses systématique de gazométries artérielles (et veineuses) mélangées à l'aide d'exemple cliniques commentés.

### **METHODE D'ENSEIGNEMENT**

- Groupes d'env. 9 étudiants



## **TRANSFUSIONS SANGUINES**

### **PERSONNES CONCERNEES**

#### *Responsable du séminaire*

Dr Sophie Waldvogel Abramowski – tél. 079 553 47 60

#### *Remplaçant*

Dr Olivier Preynat-Seauve- tel. 079 553 41 35

### **METHODE D'ENSEIGNEMENT**

Par demi-volée

### **OBJECTIFS DU SEMINAIRE**

- Connaître les aspects légaux qui régissent la transfusion.
- Connaître les éléments de base de la qualification biologique des donneurs de sang et des produits.
- Connaître la composition des différents produits sanguins labiles disponibles :
  - Concentrés érythrocytaires
  - Concentrés plaquettaires
  - Plasmas frais congelés
  - Autres (cellules souches hématopoïétiques, concentrés de granulocytes)
- Connaître les indications à l'administration des différents produits sanguins
- Connaître les transformations ou qualifications particulières pour les produits sanguins
  - Test de compatibilité majeur
  - Irradiation
  - Sérologie CMV
  - Immunité HLA ou HPA
  - Inactivation
  - Lavage/déplasmatisation
  - Fractionnement du plasma
- Savoir comment prescrire un produit sanguin labile
  - Information au patient/ consentement
  - Prescription proprement dite

- Connaître les éléments critiques de la procédure transfusionnelle
  - Conditions pré-analytiques
  - Analyses pré-transfusionnelles
  - Contrôle ultime au lit du malade
  - Surveillance péri-transfusionnelle
- Connaître les paramètres permettant de juger de l'efficacité d'une transfusion
- Connaître les principaux effets secondaires de la transfusion
- Hémovigilance

## REFERENCES

- Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPTd)
- Ordonnance sur les autorisations dans le domaine des médicaments (OAMéd)
- Ordonnance sur les médicaments (OMéd)
- Transfusion sanguine, 4ème édition Jean-Jacques Lefrère, Philippe Rouger, Edition Masson

## **LABORATOIRE 4**

### **PERSONNE CONCERNEE**

*Responsable du séminaire*

Dr Nicolas Vuilleumier, tél. 022 / (37) 29 150

### **THEME DU SEMINAIRE**

Laboratoire : Prescriptions d'analyses de laboratoire

### **METHODE D'ENSEIGNEMENT**

Par demi-volée

### **OBJECTIFS**

Ce cours s'adresse aux étudiants qui s'apprêtent à effectuer des stages cliniques ; ils les préparent à la pratique hospitalière et de cabinet.

### **DEROULEMENT ET OBJECTIFS SPECIFIQUES**

Plusieurs volets seront abordés, comprenant des aspects scientifiques, rationnels et humains. Les domaines pré et post-analytiques seront revus dans les grandes lignes.

Des exercices pratiques tirés d'expérience hospitalière montreront les effets d'une sur-prescription ou d'une prescription inadéquate.

Des informations sur les principes d'interprétation des résultats des tests d'analyses biomédicales et de leurs conséquences sur la prescription de ces mêmes analyses, seront communiquées aux étudiants.





## ANAMNÈSE DU JEUNE ADULTE

### PERSONNE CONCERNEE

*Responsable du séminaire*

Dre Anne Meynard, tél. 022 / 372 33 87

### THEME DU SEMINAIRE

- Spécificités de l'entretien avec un patient jeune (selon définition OMS 12-25 ans). Ce séminaire fait suite aux séminaires sur l'entretien avec l'adolescent et se focalise sur les adolescents plus âgés et jeunes adultes.

### OBJECTIFS

- Créer des conditions favorables à l'établissement d'une alliance avec un patient jeune.
- Savoir identifier les spécificités d'un entretien avec un patient jeune (étape de développement, épidémiologie et besoins de santé).

### METHODE

- Session de 2h.
- Groupe d'env. 9 étudiants.
- Entretien avec un patient standardisé supervisé par un formateur.

### OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Savoir instaurer les conditions permettant le déroulement adéquat de l'entretien :
  - Reconnaître l'importance du cadre de la consultation, du rôle des parents (ou autres adultes de référence) et la place de la confidentialité
  - Aborder le patient en fonction de son stade de développement psycho-social
  - Explorer les habitudes de vie et l'anamnèse psychosociale en utilisant le HEADSSS
  - Acquérir des notions d'épidémiologie concernant les comportements de santé des jeunes

### SITUATION (EXEMPLES)

- **Paul**, 21 ans, aime les sports de glisse, ne cache pas fumer du cannabis, consulte souvent pour des entorses ou des contusions...
- **Isabelle**, 18 ans, a souvent mal à la tête...
- **Jonathan**, 16 ans, vient pour un certificat d'apprentissage

## REFERENCES

<b>H.E.A.D.S.S.S</b>	<b>H.E.A.D.S.S.S</b>
<b>L'</b> anamnèse psychosociale chez les adolescents	La <u>CONFIDENTIALITE</u> doit être abordée lors de chaque entretien avec un adolescent et sa famille, y compris les adultes du réseau (éducateurs, assistants sociaux, .....)  <b>Quelques exemples pour débiter, votre style sera toujours plus naturel</b> <b>Utiliser des questions adaptées au stade de développement du jeune</b>
<b>H</b> abitat (logement, situation familiale,...)	<b>H</b> abitat (logement, situation familiale,...) <i>Où habites-tu, avec qui ?...</i>
<b>E</b> ducation (scolarité, travail,..)	<b>E</b> ducation (scolarité, travail,..) <i>Vas-tu à l'école? Quels sont tes points forts à l'école? Comment cela se passe-t-il au travail? Comment t'entends-tu avec les camarades de classe /collègues de travail?</i>
<b>A</b> ctivités/ <b>A</b> limentation (sports et activités de loisirs/ habitudes alimentaires)	<b>A</b> ctivités/ (sports et activités de loisirs) <i>Qu'aimes-tu faire de ton temps libre?</i> <b>A</b> limentation (habitudes alimentaires) <i>A ton âge beaucoup de jeunes sont préoccupés par leur poids. Qu'en penses-tu ?</i>
<b>D</b> rogues (usage et mésusage : tabac, alcool, drogues illicites, médicaments,..)	<b>D</b> rogues (usage et mésusage, tabac, alcool, drogues illicites, médicaments,..) <i>Beaucoup de jeunes essaient l'alcool, les cigarettes, des drogues. Qu'en penses-tu? Est-ce que tes amis ou toi avez déjà essayé?</i>
<b>S</b> exualité (identité, attentes, comportements)	<b>S</b> exualité (identité, attentes, comportements) <i>As-tu déjà été amoureux/se ? On peut être attiré par les filles, par les garçons, par les deux ; qu'en penses-tu ?</i>
<b>S</b> ecurité (prises de risque, prévention des accidents)	<b>S</b> ecurité (prises de risque, prévention des accidents) <i>Comment rentres-tu chez toi après une soirée? Comment te rends-tu à l'école, au travail?</i>
<b>S</b> uicide/Dépression (humeur, anxiété, dépression, conduites suicidaires,..)	<b>S</b> uicide/Dépression (humeur, anxiété, dépression, conduites suicidaires,..) <i>Comment décrirais-tu ton moral ces temps? Y-a-t-il eu des moments dans ta vie où tu t'es senti très triste...où tu as eu envie de mourir/..de te faire du mal ?</i>

Adapté par A. Meynard Unité Santé Jeunes, Département de l'Enfant et de l'Adolescent & Département de Médecine Communautaire et de Premier Recours HUG de Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: an essential update. Contemporary Pediatrics 2004; 21 (1): 64-90.

## LECTURES

- Meynard A., Haller D.M., Navarro C., Narring F. **Prises de risque à l'adolescence : stratégies et outils pour les consultations en médecine de premier recours**. Revue Médicale Suisse. 2008;4(161):1451-5.
- McPherson A. **Adolescents in primary care**. BMJ 2005;330(7489):465-467

## **EXAMEN BUCCO-DENTAIRE**

### **PERSONNES CONCERNEES**

*Responsables du séminaire*  
Pr of. T. Lombardi

### **THEME DU SEMINAIRE**

Apprendre à réaliser systématiquement un examen bucco-dentaire.

### **OBJECTIFS**

Intégrer l'examen bucco-dentaire dans l'examen clinique.

Se familiariser avec les principales affections bucco-dentaires d'origine locale ou générale.

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Connaître l'anatomie topographique de la cavité buccale et les différents aspects de la muqueuse buccale normale.
- Apprendre la technique de réalisation d'un examen bucco-dentaire.
- Savoir évaluer l'hygiène et l'état bucco-dentaire.

### **FORMAT D'ENSEIGNEMENT : MISE EN SITUATION AVEC DES PATIENTS**

- Sessions de 2h, groupes d'env. 9 étudiants
- Présentation orale
- Illustration de quelques affections bucco-dentaires par des diapositives
- Démonstration pratique

## REFERENCES

- Bickley L.S. Bate's guide to physical examination and history taking. 8th ed. Pp 128-131 et 198-207. Philadelphia: J.B. Lippincott, 2002. WB 205 1

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Vaillant L, Machet L. **Muqueuse buccale**. In: J.-H. Saurat. **Dermatologie et infections sexuellement transmissibles**. Paris: Masson, 4e édition pp. 815-827, 1991.
- Pindborg J. J. **Atlas des maladies de la muqueuse buccale**. Paris: Masson, 1994.
- **Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Stomatologie-odontologie**. Editions techniques, Paris.
- Piette E, Reyckler H (eds). **Traité de pathologies buccale et maxillo-faciale**. Bruxelles : De Boeck, 1991. WU 140 29

## EXAMEN ORL DE BASE

### PERSONNES CONCERNEES

*Responsables du séminaire*

Dr Cédric Gillabert, tél. 022 / 879 57 00

Pr Jean-Philippe Guyot, tél 022 / (37) 28 242

Dre Izabel Kos

### THEME DU SEMINAIRE

Examen ORL de base en médecine de premier recours.

### OBJECTIFS DU SEMINAIRE

- Rappel succinct de l'anatomie de la sphère ORL (oreilles; nez et sinus; cavité buccale; région latéro-cervicale).
- Enseigner aux étudiants les principaux signes et symptômes de la sphère ORL.
- Connaissance et maniement de certains instruments de base utilisés en ORL: otoscope et diapason.
- Apprendre à l'étudiant l'examen clinique ORL de base:
  - examen de la face et de la région cervicale;
  - examen de la cavité buccale et de l'oro-pharynx;
  - examen du nez
  - examen du CAE et du tympan avec l'otoscope;
  - acoumétrie clinique (Rinne et Weber).

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Groupes d'env. 9 étudiants.
- Bref rappel sémiologique et anatomique, présentation des instruments.
- Démonstration de l'examen ORL de base par un médecin de premier recours (interniste-généraliste).
- Exercices des étudiants entre eux par groupe de 2. Supervision par le médecin.
- Matériel: 3 otoscopes à disposition par groupe.

### LECTURE OBLIGATOIRE

- M. H. Swartz (2<sup>e</sup> édition) **Manuel de diagnostic clinique: anamnèse et examen.** pp. 179 à 193 ; 263 à 289 et 291 à 320.



## **ATELIER DE GESTES D'URGENCES**

### **PERSONNES CONCERNÉES**

*Responsable du séminaire*

Dr Marc Niquille, tél 022 / (37) 28 134

Coordination : Dre Eva Pfarrwaller, tél 022 / (37) 95 934

### **THÈME DU SÉMINAIRE**

- Réanimation cardio-vasculaire Basic Life Support (BLS), incluant la défibrillation au moyen d'un défibrillateur semi-automatique (DSA)

### **OBJECTIFS**

- Tous les étudiants doivent être capables, avant de débiter leurs stages en milieu clinique, d'initier et de réaliser correctement une séquence complète de réanimation cardio-pulmonaire selon le concept BLS pour les non-professionnels, incluant la défibrillation semi-automatique.
- Cet atelier s'insère dans le programme d'apprentissage longitudinal des gestes techniques et d'urgences. Il doit permettre aux étudiants de pratiquer ces gestes une troisième fois sur un mannequin, avant de débiter les stages en milieu clinique. Il se base donc sur les objectifs des séminaires CC de base (Urgences 1 et 2, Module 2) :
  - Appliquer correctement les étapes d'une réanimation cardio-pulmonaire de base :
    - Séquence de prise en charge adéquate d'un patient sans signes de vie apparents
    - Déclencher l'alarme adéquate
    - Exercer la pratique des compressions thoraciques de qualité
    - Exercer la ventilation bouche à nez/bouche à bouche, avec un masque facial ou un ballon AMBU
  - Exercer l'utilisation du défibrillateur semi-automatique
- Tous les étudiants seront amenés à exercer la séquence complète au moins une fois, seuls ou à deux



## **MÉTHODE D'ENSEIGNEMENT**

- Session de 45 minutes par groupe (2 enseignants par groupe de 10 étudiants)
- Groupes de 5 étudiants par enseignant
- Matériel : 2 mannequins, 2 défibrillateurs semi-automatiques, 2 ballons AMBU

## **DÉROULEMENT ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SÉMINAIRE**

- Pas de rappel théorique, le but de l'atelier étant la pratique de la séquence de réanimation par tous les étudiants.
- Tous les étudiants pratiquent au moins une fois la séquence complète
  - Les scénarii peuvent être variés par l'enseignant
  - Faire travailler les étudiants seuls et en équipe
  - Favoriser l'observation et le feedback entre étudiants (sur la base de la checklist/grille d'évaluation)

## **RÉFÉRENCES ASSOCIÉES**

- Lectures associées au séminaire de base « Urgences 2 », Unité de Synthèse du module 2 (disponibles sur Chamilo) :
  - Algorithme BLS-AED, directives de réanimation 2010, Swiss Resuscitation Council
  - *Pour en savoir plus* : Directives de réanimation de l'American Heart Association : Circulation 2010, Vol 122, Issue 18 suppl 3
- Checklist/grille d'évaluation distribuée au début de l'unité

## ATELIER DE GESTES TECHNIQUES 1

### PERSONNES CONCERNEES

- Dre Scheherazade Fischberg  
Programme des compétences cliniques – Faculté de médecine UDREM – UNIGE  
Tél. 022.379.59.34 – [Scheherazade.Fischberg@unige.ch](mailto:Scheherazade.Fischberg@unige.ch)  
Médecin CDC - qualité-sécurité des soins – Service de Médecine de Premier Recours – HUG  
Tél. 022.372.96.77 – [Scheherazade.Fischberg@hcuge.ch](mailto:Scheherazade.Fischberg@hcuge.ch)
- M. Bruno Corneau  
Coordinateur – responsable des séminaires *Gestes techniques*  
Chargé de formation – Direction des soins – HUG  
Tél. 022.305.42.56 – [Bruno.Corneau@hcuge.ch](mailto:Bruno.Corneau@hcuge.ch)

### THEMES DU SEMINAIRE

- Principes de base de la préparation d'injections
- Injections intradermique et sous-cutanée chez l'adulte et l'enfant
- Injections intramusculaire et intraveineuse chez l'adulte et l'enfant
- Prise de sang veineuse avec système « vacutainer » chez l'adulte et l'enfant

### OBJECTIFS

Cet atelier s'insère dans le programme d'apprentissage longitudinal des gestes techniques ; en ce sens, il doit permettre aux étudiants de pratiquer les gestes mentionnés une troisième fois sur un mannequin avant de débiter les stages en milieu clinique.

De manière plus focale, au cours de l'atelier, les étudiants revisiteront :

- Les bases fondamentales nécessaires à la préparation de médicaments injectables et à l'administration d'injections ; les attitudes à avoir face au patient nécessitant une injection, la manière de l'informer et le type d'information à lui transmettre ; le matériel d'injection et les principaux modes de conditionnement des médicaments injectables
- Le matériel utilisé lors de prises de sang veineuse et capillaire ; les attitudes à avoir face au patient nécessitant une prise de sang veineuse, la manière de l'informer et le type d'information à lui transmettre ; les principes à respecter concernant les échantillons sanguins ; les surveillances et les précautions à respecter après la réalisation de ce geste

Puis réaliseront, en respectant les principes d'hygiène, d'asepsie, de sécurité et de confort, et sous supervision :

- La dilution de produits injectables
- Des injections intradermique, sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse sur un mannequin (adulte)
- Des prises de sang veineuses sur un mannequin (adulte)

## **MODALITES PEDAGOGIQUES**

- Session de 1h30 (12h30-14h)
- Groupes de 5 à 6 étudiants conduits par un étudiant moniteur
- Méthode ouverte, active, centrée sur le renforcement des compétences à travers : la pratique des gestes sur mannequin ; les échanges et les feedback des moniteurs et des autres étudiants ; la supervision d'un(e) enseignant(e) des CC de gestes techniques

## **DEROULEMENT**

- Injections intradermique, sous-cutanée et intramusculaire (environ 45 minutes) :
  - Tous les étudiants du groupe préparent une seringue d'injection, sous supervision du moniteur
  - Puis chaque étudiant pratique les trois types d'injections sur le mannequin
- Injection intraveineuse et ponction veineuse (environ 45 minutes) :
  - Chaque étudiant pratique l'injection intraveineuse sur le mannequin
  - Puis chaque étudiant pratique la ponction veineuse sur le mannequin en utilisant les dispositifs « aiguille » et « butterfly » avec le système « vacutainer »

## **REFERENCES ASSOCIEES**

Se référer aux documents relatifs aux séminaires de base :

- Unité « Reproduction » pour la prise de sang veineuse avec système « vacutainer » chez l'adulte et l'enfant
- Unité « Synthèse du Module 1 » pour les principes de base de la préparation d'injections et les injections intradermique et sous-cutanée chez l'adulte et l'enfant
- Unité « Synthèse du Module 2 » pour les injections intramusculaire et intraveineuse chez l'adulte et l'enfant

## ATELIER DE GESTES TECHNIQUES 2

### PERSONNES CONCERNEES

- Dre Scheherazade Fischberg  
Programme des compétences cliniques – Faculté de médecine UDREM – UNIGE  
Tél. 022.379.59.34 – [Scheherazade.Fischberg@unige.ch](mailto:Scheherazade.Fischberg@unige.ch)  
Médecin CDC - qualité-sécurité des soins – Service de Médecine de Premier Recours – HUG  
Tél. 022.372.96.77 – [Scheherazade.Fischberg@hcuge.ch](mailto:Scheherazade.Fischberg@hcuge.ch)
- M. Bruno Corneau  
Coordinateur – responsable des séminaires *Gestes techniques*  
Chargé de formation – Direction des soins – HUG  
Tél. 022.305.42.56 – [Bruno.Corneau@hcuge.ch](mailto:Bruno.Corneau@hcuge.ch)

### THEMES DU SEMINAIRE

- Réfection de pansement – Soins de plaie simple
- Principes de base de la pose de voie veineuse périphérique (VVP)

### OBJECTIFS

Cet atelier s'insère dans le programme d'apprentissage longitudinal des gestes techniques ; en ce sens, il doit permettre aux étudiants de pratiquer les gestes mentionnés une troisième fois sur un mannequin avant de débiter les stages en milieu clinique.

De manière plus focale, au cours de l'atelier, les étudiants revisiteront :

- Les bases fondamentales permettant d'identifier une plaie simple ; de savoir reconnaître les signes de gravité de la plaie ; et de choisir un protocole de pansement adapté à l'état de la plaie et au patient
- Les attitudes à avoir face au patient visant à l'informer sur l'état et l'évolution de sa plaie de même que sur le choix du pansement ; et le conseiller sur la conduite à tenir pour la prise en charge de sa plaie
- Le matériel et les produits utilisés lors d'un pansement

- Le matériel utilisé lors la pose d'une voie veineuse périphérique
- Les attitudes à avoir face au patient nécessitant la pose d'une voie veineuse périphérique, la manière de l'informer et le type d'information à lui transmettre
- L'utilisation des dispositifs associés (perfusion, rallonge, robinet, tubulure, matériel de pansement) et les habiletés manuelles nécessaires à la réalisation de ce geste technique

Puis réaliseront, en respectant les principes d'hygiène, d'asepsie, de sécurité et de confort, et sous supervision :

- Des pansements de plaie sur eux-mêmes
- La pose d'une voie veineuse périphérique sur un mannequin (adulte)

### **MODALITES PEDAGOGIQUES**

- Session de 1h30 (12h30-14h)
- Groupes de 5 à 6 étudiants conduits par un étudiant moniteur
- Méthode ouverte, active, centrée sur le renforcement des compétences à travers : la pratique des gestes ; les échanges et les feedback des moniteurs et des autres étudiants ; la supervision d'un(e) enseignant(e) des CC de gestes techniques

### **DEROULEMENT**

- Soins de plaie simple et pansement (environ 45 minutes) réalisés sur les étudiants eux-mêmes :
  - Bref rappel théorique groupal (observation d'une plaie ; signes de gravité ; vaccin antitétanique)
  - Puis exercice pratique en groupes de 2 étudiants sous supervision du moniteur : un étudiant fait l'exercice, l'autre l'observe et donne son feedback en veillant surtout au respect des principes de stérilité
  - Puis échange des rôles
- Pose de voie veineuse périphérique réalisée sur mannequin (adulte) :
  - Tous les étudiants du groupe préparent le matériel nécessaire sous supervision du moniteur
  - Puis chaque étudiant pratique la pose d'une voie veineuse périphérique sur le mannequin

### **REFERENCES ASSOCIEES**

Se référer aux documents relatifs aux séminaires de base :

- Unité « Croissance et vieillissement cellulaires » pour la réfection de pansement – soins de plaie simple
- Unité « Défenses et immunité » les principes de base de la pose de voie veineuse périphérique

# ***SECTION DC***

## ***DIMENSION COMMUNAUTAIRE***



## **Séminaires interactifs**

# **QUALITES DES SOINS**

## **QUATRE SÉMINAIRES INTERACTIFS**

### **OBJECTIF**

Comprendre les approches actuelles et les enjeux de la gestion et de l'amélioration de la qualité des soins, en particulier les aspects qui concernent les médecins cliniciens





# QUALITE DES SOINS 1

## PERSONNE CONCERNEE

*Responsable du séminaire*

Dr Pierre Chopard, tél. 022 / (37) 29 013

## THEME DU SEMINAIRE

- Groupes d'env. 18 étudiants
- Notions de base de la qualité des soins

## OBJECTIFS

Présentation du cycle de séminaires « Qualité des soins »

Nommer les dimensions importantes de la qualité des soins et en comprendre les relations

Comprendre la nature systémique des soins

Comprendre la notion de boucle d'amélioration

## METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Exercice et discussion

## DEROULEMENT DE LA SESSION

Déroulement: exercice type Méta-plan et débat en groupe

## LECTURE ASSOCIEE AU SEMINAIRE (sur le site de l'Unité)

- Garnerin P, Bovier P, Chamot E, Chastonay P, Chopard P, Herrmann F, Perneger T. **Qualité des soins**. Bulletin médecins suisses 2001;82;2020-4.
- Donabedian, The quality of care, JAMA 1988-Vol. 260, N° 12

## QUALITE DES SOINS 2

### PERSONNE CONCERNEE

*Responsable du séminaire*

Dr Pierre Chopard, 022/(37) 29 013

### THEME DU SEMINAIRE

Cultures (valeurs, représentations) des professionnels de soins concernant la qualité et la sécurité des soins

### OBJECTIFS

Comprendre les implications que peuvent avoir les valeurs/représentations des professionnels de soins dans leurs approches de la qualité des soins.

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Groupes d'env. 32 étudiants
- Exercice et discussion

### DEROULEMENT DE LA SESSION

A l'aide de vignettes et de 2 extraits vidéo : les étudiants explorent les cultures professionnelles et les mécanismes de coordination entre acteurs.

### LECTURES ASSOCIEES AU SEMINAIRE (sur le site de l'Unité)

- Hudelson, P., A. Cleopas, et al. (2008). What is quality and how is it achieved? Practitioners' views versus quality models. *Qual Saf Health Care* 17(1): 31-6.
- Kingston P. et coll. Attitudes of doctors and nurses toward incident reporting: a qualitative study. *Médical Journal of Australia* 2004; 181:36-39.
- Morey J et al *Health Serv Res.* 2002 37(6): 1553–1581
- Virtanen M et coll. Work Hours, Work Stress, and Collaboration Among Ward Staff in Relation to Risk of Hospital-Associated Infection Among Patients

## **QUALITE DES SOINS 3 (avec Médecine Légale 2)**

### **Médecine légale, Ethique et Qualité des soins**

#### **PERSONNES CONCERNEES**

*Responsables du séminaire*

Prof. Bernice Elger, tél : 022 / (37) 95 589

Prof. Patrice Mangin tél : 022 / (37) 95 594

Prof. Alex Mauron tél : 022 / (37) 93 470

Dr Pierre Chopard, tél : 022 / (37) 29 013

#### **THEMES DU SEMINAIRE**

Sécurité des soins et systèmes d'annonce d'incidents

Erreur médicale : aspects éthiques et juridiques

#### **OBJECTIFS**

- Connaître les exigences légales et réglementaires concernant les systèmes d'annonce d'incidents.
- Savoir quels peuvent être les objectifs poursuivis par les systèmes d'annonce d'incidents.
- Connaître les grandes lignes de la responsabilité civile, pénale et administrative du médecin travaillant dans le secteur privé et dans un établissement public.
- Mise en évidence et discussion des différences entre les procédures liées à la responsabilité médicale et celles relatives à l'analyse d'incidents.

#### **METHODE D'ENSEIGNEMENT**

- Cours ex cathedra / volée entière

#### **DEROULEMENT DU SEMINAIRE**

- Une première partie est consacrée à la problématique de la sécurité des soins. Les finalités des systèmes d'annonce d'incidents seront discutées et illustrées par des exemples de même que les modalités d'investigation d'un incident.
- Une deuxième partie a pour but de présenter des grandes lignes de la responsabilité pénale, civile et administrative du médecin exerçant dans le secteur public et privé.
- En conclusion, les différences et les articulations possibles entre les procédures liées à la responsabilité médicale et celles relatives aux systèmes d'annonce d'incidents seront discutées.

### LECTURES ASSOCIEES AU SÉMINAIRE:

- World alliance for patient safety. **WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning system**;2005 téléchargeable sur le lien [http://www.who.int/patientsafety/reporting\\_and\\_learning/en/](http://www.who.int/patientsafety/reporting_and_learning/en/) p. 16-19/37-38/49-52
- Vincent C., Taylor-Adams S. et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. British Medical Journal 2000;320(7237):777-81.
- Martin-Achard P. **Médecins et responsabilité** In Bertrand D. Harding TW. La Harpe R.Ummel M. Médecin et droit médical. Genève: Médecine et Hygiène. 2003, p. 205- 211.
- An Ethical dilemma. Medical errors in medical culture. Commentaries by Singer PA. Learning to love mistakes; Wu AW. Doctors are obliged to be honest with their patients ; Fazel S, McMillan J. A climate of secrecy undermine public trust. British Medical Journal 2001;322:1236-1240.
- Gallagher T.H., Studdert D., Levinson W. **Disclosing harmful medical errors to patients**. New England Journal of Medicine 2000;356:2713-2719.

### POUR EN SAVOIR PLUS:

- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
- Rabia L. Favre N. Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH - Rapport annuel 2007. Bulletin des médecins suisses 2008;89 :891-894. cf. aussi le site : <http://www.fmh.ch> (cf. rubrique bureau d'expertise)
- Blanchard N. La surveillance des professions de la santé. In Bertrand D. Harding TW. La Harpe R. Ummel M. Médecin et droit médical. Genève : Médecine et Hygiène. 2003. p. 212-221.
- Blanchard N. Commission genevoise de surveillance des professions de la santé : jurisprudence récente. Revue Médicale Suisse 2005;45:2946-2950.
- Wusthoff CJ. Medical Mistakes and Disclosure: The Role of the Medical Student. JAMA 2001;286:1080-1081.
- Fost N. Ethical Issues in Whistleblowing. JAMA 2001;286:1079.

## QUALITE DES SOINS 4

### PERSONNE CONCERNEE

*Responsable du séminaire*

Dr Pierre Chopard, tél. 022 / (37) 29 013

### THEME DU SEMINAIRE

- La sécurité du médicament : de la prescription à l'administration : identification des risques, place du médecin au sein de ce processus à risque.

### OBJECTIFS

- Appréhender le processus médicamenteux dans son ensemble (de la prescription à l'administration).
- Connaître les risques liés aux différentes étapes de ce processus.
- Comprendre les stratégies mises en place dans les hôpitaux pour réduire les risques médicamenteux.
- Etre capable sur un plan individuel d'identifier des situations à risque et de mettre en place des actions de remédiations.
- Intégrer les connaissances acquises dans les 3 premiers séminaires.

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Groupes d'env. 18 étudiants
- Exercices et discussion

### LECTURES ASSOCIEES AU SEMINAIRE (sur le site de l'Unité)

- Leape, L. L., D. W. Bates, et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. Jama.1995;274(1): 35-43.
- Garnerin, P., B. Pellet-Meier, et al. Measuring human-error probabilities in drug preparation: a pilot simulation study.Eur J Clin Pharmacol. 2007;63(8): 769-76.
- P. Garnerin, T. Perneger, P. Chopard et al. Drug selection errors in relation to medication labels: a simulation study Anaesthesia. 2007;62:1090–1094
- Poon, NEJM, 362;18 nejm.org may 6, 2010

### POUR EN SAVOIR PLUS :

- Bonnabry, P., L. Cingria, et al. Use of a systematic risk analysis method to improve safety in the production of paediatric parenteral nutrition solutions. Qual Saf Health Care. 2005;14(2): 93-98



## MEDECINE ET SOINS PALLIATIFS

### PERSONNE CONCERNEE

*Responsable du séminaire*

Dr Gilbert B. Zulian, tél. 022 / 305 75 10

### THEME DU SEMINAIRE

- Situation concrète de prise en soins palliatifs interdisciplinaires

### OBJECTIFS

*A l'issue de ce séminaire, les étudiants devront être capables de:*

- Enoncer les principaux objectifs de la médecine et des soins palliatifs.
- Connaître l'existence du réseau de soins palliatifs dans le canton de Genève.
- Reconnaître les différentes dimensions des symptômes physiques et psychiques.
- Comprendre la nécessité de respecter l'autonomie du patient.
- Percevoir que la maladie s'inscrit dans un parcours de vie.
- Identifier le rôle et la fonction de l'entourage du patient.
- Accepter et comprendre ses propres émotions.

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Groupes d'environ 18 étudiants.
- Présentation des principes de la médecine et des soins palliatifs.
- Illustration de la complexité de la prise en charge d'une situation palliative.
- Projection d'une situation concrète de soins palliatifs en complément et dans la continuité du problème de M. Marcel T. de l'UIDC médecine interne.

### DISCUSSION INTERDISCIPLINAIRE AVEC UN MEDECIN ET UNE INFIRMIERE SPECIALISES EN MEDECINE ET SOINS PALLIATIFS

- Identification du binôme thérapeutique.
- Mise en commun des compétences spécifiques de chaque profession.



## DEROULEMENT ET OBJECTIFS SPECIFIQUES DE LA SESSION

La session se déroule en 2 parties :

- L'une est consacrée à la projection d'un DVD d'environ 20 minutes qui retrace les derniers temps de la vie d'un(e) patient(e) hospitalisé(e) sous la forme d'un discours libre.
- L'autre permet d'ouvrir la discussion avec un médecin et une infirmière spécialisés en soins palliatifs dans le but d'atteindre les objectifs du séminaire.

## LECTURES ASSOCIEES AU SÉMINAIRE

- Parikh RB, Rebecca A. Kirch RA, Smith TJ, Temel JS. Early Specialty Palliative Care — Translating Data in Oncology into Practice. NEJM 2013;369:2347-51.  
*Article illustrant le rôle et le développement des soins palliatifs au cours des plus récentes années avec les résultats potentiellement obtenus dans les différents domaines de la santé.*  
**A lire par toute personne devenant médecin à la suite d'Hippocrate.**
- Pereira JL, Cantin B, Beauverd M, Zulian GB. Compétences en soins palliatifs : que faut-il savoir faire en tant que médecin. Rev Med Suisse 2008; 4: 454-7.  
*Article loco-régional mettant en évidence la problématique à laquelle sont confrontés les patients, les familles et les soignants de Suisse Romande.*  
**A lire par ceux que l'intégration des soins palliatifs en médecine concerne.**

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Neuenschwander H et al. Médecine palliative. Un manuel à l'intention du corps médical. 3<sup>e</sup> édition revue et corrigée. Hans Huber ed, Berne, 2014.  
*Ouvrage extrêmement pratique pour une utilisation quotidienne spécialisée.*  
**A lire par du personnel médical déjà averti et orienté.**
- Hanks GWC, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S and Portenoy RK. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4th edition. Oxford University Press USA, 2011. ISBN-10: 0199693145. ISBN-13: 978-0199693146.  
*Une bible de presque 2000 pages écrites en petits caractères, des commentaires de haut niveau, des tableaux très clairs et toutes les références utiles.*  
**A ne jamais lire mais à toujours avoir sous la main.**
- <http://www.palliative.ch>  
*Le site web de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (palliative.ch)*  
**A consulter face aux questions sur les soins palliatifs en Suisse et ailleurs.**

## MEDECINE LEGALE ET ETHIQUE 1

### Catalogue suisse des objectifs d'apprentissage

G ME 2, 4, 8, 13, 15, 16, 22, 24, 29, 31

G PR 8

S 15, 18, 19, 42

C PH 88

C FM 37, 54

### PERSONNES CONCERNEES

Responsables : Pre B. Elger (Tél : 37 95 589), Pre S. Hurst (Tél : 37 94 601), Pr A. P. Mangin (Tél : 37 95 594) et Pr A. Mauron (Tél : 37 94 608)

### THEME

Prise de décision et capacité de discernement

### OBJECTIFS

1. Connaissance des notions de consentement libre et éclairé y compris la notion de capacité de discernement
2. Connaissance de la procédure de décision concernant les patients incapables de discernement

- Directives anticipées
- Connaissance de la personne qui prendra la décision pour le patient (médecin, proches, représentant thérapeutique ou représentant légal, s'il existe et s'il est présent)
- Présentation succincte des mesures de protection de l'adulte

3. Connaissance de la procédure de décision en situation d'urgence
4. Information quant au nouveau droit de la protection de l'adulte (entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013)

## METHODE D'ENSEIGNEMENT

Cours ex cathedra

Nombre d'étudiants : demi-volée

## DEROULEMENT DU SEMINAIRE

Les aspects légaux et éthiques de la prise de décision pour un patient capable et incapable de discernement seront présentés de même que leur mise en œuvre en clinique. Deux tuteurs animeront le séminaire, l'un provenant de la médecine clinique l'autre ayant une formation en éthique ou dans le domaine de droit.

## LECTURES ASSOCIEES AU SEMINAIRE:

Manai D. **L'autodétermination du patient** (Chapitre II) et **La protection du patient privé de discernement** (Chapitre VIII). In **Droits du patient et biomédecine**. Berne Stämpfli, 2013. p. 33-64 et 195-216

Hochmann Favre M., Martin-Achard P. **Le médecin et le patient incapable de discernement**. Quels changements apporte le nouveau droit de la protection de l'adulte? Revue Médicale Suisse 2013;9:1791-1793.

Académie suisse des sciences médicales ASSM. Directives médico-éthiques relatives aux

- **Directives anticipées** 2009 (mise à jour 2012) ;
- **Décisions de réanimation** 2008 (mise à jour 2012) ;
- **Mesures de soins intensifs** 2013

Dispositions légales:

Code civil suisse, art. 11-19 et 370 ss.

Dispositions cantonales:

Loi genevoise sur la santé et patients (K.1.03), en particulier art. 45-49.

## POUR EN SAVOIR PLUS

Appelbaum PS. **Assessment of patients' competence to consent to treatment**. New England Journal of Medicine 2007;357:1834-1840.

Meier P, Lukic S. **Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte**. Schulthess. 2011.

Brauer S. **Les directives anticipées et la démence : considérations éthiques sur le nouveau droit de la protection de l'adulte**. In Jusletter 29 août 2011.

**Nouveau droit de la protection de l'adulte** Cf. site de l'Office fédéral de la justice : [http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/fr/home/themen/gesellschaft/ref\\_gesetzgebung/ref\\_vor\\_mundschaft.html](http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/fr/home/themen/gesellschaft/ref_gesetzgebung/ref_vor_mundschaft.html).

## **MEDECINE LEGALE ET ETHIQUE 2 et QUALITE DES SOINS 3**

### **CATALOGUE SUISSE DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE**

G ME 35, 37, 42

G MA 15

G PR 21

C PH 89

### **PERSONNES CONCERNEES**

Responsables du séminaire :

Pre Bernice Elger, tél. 37 95 589

Pre Samia Hurst, tél. 37 94 601

Pr Patrice Mangin, tél. 37 95 594

Pr Alexandre Mauron, tél. 37 94 608

Dr Pierre Chopard, médecin-adjoint, tél : 37 29 013

### **THEMES**

Sécurité des soins et systèmes d'annonce d'incidents

Erreur médicale : aspects éthiques et juridiques

### **OBJECTIFS**

- Connaître les exigences légales et réglementaires concernant les systèmes d'annonce d'incidents.
- Savoir quels peuvent être les objectifs poursuivis par les systèmes d'annonce d'incidents
- Connaître les grandes lignes de la responsabilité civile, pénale et administrative du médecin travaillant dans le secteur privé et dans un établissement public.
- Mise en évidence et discussion des différences entre les procédures liées à la responsabilité médicale et celles relatives à l'analyse d'incidents.

### **METHODE D'ENSEIGNEMENT**

Cours ex cathedra volée entière

## **DEROULEMENT DU SEMINAIRE :**

Une première partie est consacrée à la problématique de la sécurité des soins. Les finalités des systèmes d'annonce d'incidents seront discutées et illustrées par des exemples de même que les modalités d'investigation d'un incident.

Une deuxième partie a pour but de présenter des grandes lignes de la responsabilité pénale, civile et administrative du médecin exerçant dans le secteur public et privé.

En conclusion, les différences et les articulations possibles entre les procédures liées à la responsabilité médicale et celles relatives aux systèmes d'annonce d'incidents seront discutées.

## **LECTURES ASSOCIEES AU SÉMINAIRE:**

- World alliance for patient safety. **WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning system** (2005), téléchargeable sur le lien [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/en/index.html) p. 16-19 / 37-38 / 49-52
- Vincent C., Taylor-Adams S. et al. **How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol**. British Medical Journal 2000;320(7237):777-81.
- Chopard P. **Le système d'annonce des incidents**. In La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène 2014.
- Martin-Achard P. **Soignants et responsabilité : généralités** In La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.F. Droit de la santé et médecine légale. Genève: Médecine et Hygiène. 2014.
- Fost N. **Ethical Issues in Whistleblowing**. JAMA 2001;286:1079.
- Gallagher T.H., Studdert D., Levinson W. **Disclosing harmful medical errors to patients**. New England Journal of Medicine 2007;356:2713-2719.

## **POUR EN SAVOIR PLUS:**

- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. **To err is human: Building a safer health system**. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
- Rothhardt V. **Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH - Rapport annuel 2012**. Bulletin des médecins suisses 2013;94(27/28):1061-1065. cf. aussi le site : <http://www.fmh.ch/fr/index.html> (rubrique Services/Bureau d'expertises extrajudiciaires)
- Gerber M. **La surveillance des professionnels de la santé et des institutions sanitaires**. In La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.F. Droit de la santé et médecine légale.. Genève : Médecine et Hygiène. 2014. .
- Wusthoff CJ. **Medical Mistakes and Disclosure: The Role of the Medical Student**. JAMA 2001;286:1080-1081.
- Helmreich RL. **On error management: lessons from aviation**. British Medical Journal 2000;320:781-785.

## MEDECINE LEGALE 3

### PERSONNES CONCERNEES

Responsables du séminaire :

Dr Romano La Harpe

Dr Tony Fracasso

Pr Patrice Mangin, tél. 022 / (37) 95 616

### THEME DU SEMINAIRES

Classification des causes de décès 1 : la mort naturelle  
la mort violente (1)

### OBJECTIFS

- Apprendre à faire la distinction entre mort naturelle et mort violente.
- Parmi les morts naturelles, se familiariser avec la notion de mort subite de l'adulte et du nourrisson.
- Parmi les morts violentes, se familiariser avec les morts violentes d'origine traumatiques par agent vulnérant (contondant, tranchant, piquant) et par armes à feu.

### *Catalogue suisse des objectifs*

C FM

4, 5, 6, 7, 8, 9

10, 11, 12, 13, 14

23, 24

44, 45, 46

52, 57, 58, 59, 60

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Session de 2h.
- Groupe d'env. 20 étudiants par formateur.

En salle de séminaire, une *vignette* est présentée aux étudiant(e)s et les notions médico-légales suivantes sont développées :

- Evaluation de la cause de décès, basée sur les données cliniques (anamnèse, examens macroscopique et microscopique, pathologie moléculaire) et statistiques.
- Connaître les caractéristiques de la mort subite de l'adulte, même sportif et de la mort subite du nourrisson qui est un diagnostic d'exclusion, à distinguer d'une pathologie caractérisée ou d'une mort liée à l'intervention d'une tierce personne (maltraitance, homicide) ou encore d'une mort accidentelle.
- Connaître les caractéristiques des différents types de plaies (dermabrasions, ecchymoses, plaies).
- Connaître les caractéristiques des orifices d'entrée et de sortie en fonction du type de projectiles et de la distance de tir, ainsi que la notion de trajectoire.

**ENONCE DE SEMINAIRE**

Vous êtes médecin interniste installé en ville et vous participez à des gardes à domicile. Vous êtes appelé par un mari, dont vous êtes le médecin-traitant qui vous demande d'aller rapidement à son domicile, car il vient de découvrir, de retour de son travail, sa femme, âgée de 58 ans, inconsciente sur le sol du salon.

A votre arrivée, vous constatez que la personne est décédée. L'examen du corps que vous effectuez ne montre rien de particulier, à l'exception de pétéchies des conjonctives, de quelques ecchymoses de couleur rouge-violacé au niveau des deux mains et des avant-bras et d'une rigidité cadavérique déjà bien installée. Le mari vous explique qu'elle souffrait d'un cancer du sein et de graves problèmes cardiaques, et que les ecchymoses des mains sont dues à une chute qu'elle a fait il y a trois jours.

Quelle est votre attitude ?

**LECTURES ASSOCIEES AU SEMINAIRE**

- Beauthier J.-P. **Traité de médecine légale**. 2<sup>e</sup> édition. Bruxelles : De Boeck. 2011.
- Saukko P., Knight B. **Knight's Forensic Pathology**. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford, England : Oxford University Press, 2004.
- La Harpe R., Fryc O., Burkhardt S. **Certificat et constat de décès**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 669-673.
- La Harpe R., Rotman S., Burkhardt S. **La levée de corps**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 675-679.
- La Harpe R., Lardi C., Shiferaw K., Burkhardt S. **Constatations médico-légales lors de la découverte d'un cadavre**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 681-686.
- Egger, C. Fracasso, T. **Autopsie**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 687 – 693.

**POUR EN SAVOIR PLUS**

- Législation cantonale genevoise : Règlement sur le sort du cadavre et la sépulture du 22 août 2006 (K 1 55.08) ; Loi sur les cimetières du 20 septembre 1876 (K 1 65) ; Règlement d'exécution de la Loi sur les cimetières du 16 juin 1956 (K 1 65.01).

## MEDECINE LEGALE 4

### PERSONNES CONCERNEES

Responsables du séminaire :  
Dr Romano La Harpe  
Dr Tony Fracasso  
Pr Patrice Mangin tél. 022 (37) 95 616

### THEME DU SEMINAIRES

Classification des causes de décès 2 : - la mort violente (2)

### OBJECTIFS

- Savoir reconnaître les différents types d'asphyxies rencontrées en médecine légale (pendaison, strangulation, noyade, suffocation).

### *Catalogue suisse des objectifs*

C FM  
15, 16, 17, 18,

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Session de 2h.
- Groupe de 20 étudiants par formateur.

En salle de séminaire, une *vignette* est présentée aux étudiant(e)s et les notions médico-légales suivantes sont développées :

- La classification et la physiopathologie des asphyxies (anoxie cérébrale, arrêt cardiaque réflexe...).
- La reconnaissance des principaux signes anatomopathologiques des différents types d'asphyxie.



## ENONCE DE SEMINAIRE

Cf. l'énoncé du séminaire Médecine légale 3

## LECTURES ASSOCIEES AU SEMINAIRE

- Beauthier J.-P. **Traité de médecine légale**. 2<sup>e</sup> édition. Bruxelles : De Boeck. 2011.
- Saukko P., Knight B. **Knight's Forensic Pathology**. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford, England : Oxford University Press, 2004.
- La Harpe R., Fryc O., Burkhardt S. **Certificat et constat de décès**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 669-673.
- La Harpe R., Rotman S., Burkhardt S. **La levée de corps**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 675-679.
- La Harpe R., Lardi C., Shiferaw K., Burkhardt S. **Constatations médico-légales lors de la découverte d'un cadavre**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 681-686.
- Egger, C. Fracasso, T. **Autopsie**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 687 – 693.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Législation cantonale genevoise : Règlement sur le sort du cadavre et la sépulture du 22 août 2006 (K 1 55.08) ; Loi sur les cimetières du 20 septembre 1876 (K 1 65) ; Règlement d'exécution de la Loi sur les cimetières du 16 juin 1956 (K 1 65.01).

## MEDECINE LEGALE 5

### PERSONNES CONCERNEES

Responsables du séminaire :

Dr Romano La Harpe

Dr Tony Fracasso

Pr Patrice Mangin, tél. 022 (37) 95 616

### THEME DU SEMINAIRES

Classification des causes de décès 3 : - la mort violente (3)

### OBJECTIFS

- Connaître les différents patterns lésionnels rencontrés en matière d'accidents de circulation routière (y compris les aspects biomécaniques).
- Connaître les différents types de lésions dues à une électrisation (électrocution et fulguration).
- Connaître les différents types de lésions dues à une hypothermie ou une hyperthermie.
- Se familiariser avec les principales intoxications rencontrées en médecine légale et leur méthode de caractérisation.

### *Catalogue suisse des objectifs*

C FM

19, 20

21, 22, 29

30, 31, 32, 33

42,

57

### METHODE D'ENSEIGNEMENT

- Session de 2h.
- Groupe d'env. 20 étudiants par formateur.

En salle de séminaire, une *vignette* est présentée aux étudiant(e)s et les notions médico-légales suivantes sont développées :

- La connaissance des principales caractéristiques des lésions présentées par les victimes d'un accident (occupants d'un véhicule : chauffeur et passagers ; motard, cycliste et piéton heurté par un véhicule).
- La connaissance des principaux agents toxiques (médicaments psychotropes ou non, agents chimiques, stupéfiants, pesticides...) rencontrés en médecine légale.
- Les modalités de caractérisation des intoxications par les données anatomo-pathologiques et l'analyse toxicologique.
- Les mécanismes physiopathologiques des décès par intoxication.

### ENONCE DE SEMINAIRE

Cf. l'énoncé du séminaire Médecine légale 3

### LECTURES ASSOCIEES AU SEMINAIRE

- Beauthier J.-P. **Traité de médecine légale**. 2<sup>e</sup> édition. Bruxelles : De Boeck. 2011.
- Saukko P., Knight B. **Knight's Forensic Pathology**. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford, England : Oxford University Press, 2004.
- Kintz P. **Toxicologie et pharmacologie médico-légales**. Paris : Elsevier. 1998.
- La Harpe R., Fryc O., Burkhardt S. **Certificat et constat de décès**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 669-673.
- La Harpe R., Rotman S., Burkhardt S. **La levée de corps**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 675-679.
- La Harpe R., Lardi C., Shiferaw K., Burkhardt S. **Constatactions médico-légales lors de la découverte d'un cadavre**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 681-686.
- Egger, C. Fracasso, T. **Autopsie**. In : La Harpe R., Ummel M., Dumoulin J.-F. Droit de la santé et médecine légale. Genève : Médecine et Hygiène. 2014, p. 687 – 693.

### POUR EN SAVOIR PLUS

- Législation cantonale genevoise : Règlement sur le sort du cadavre et la sépulture du 22 août 2006 (K 1 55.08) ; Loi sur les cimetières du 20 septembre 1876 (K 1 65) ; Règlement d'exécution de la Loi sur les cimetières du 16 juin 1956 (K 1 65.01).