

CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE PARIS ILE-DE-FRANCE

DIPLOME DE DIDACTIQUE DE FRANÇAIS SUR OBJECTIFS SPECIFIQUES
DDIFOS

Formation au français des psychiatres non-francophones

André Leblanc

Université de Dalécarlie (Suède)

2020

I. VOLET DIDACTIQUE

Le volet didactique vise à présenter la situation de formation / d'enseignement en lien avec le programme de formation mis en place.

1. ANALYSE DE LA DEMANDE

1. CONTEXTE DE LA DEMANDE

Commanditaire, demande exprimée

Depuis plusieurs années, un manque criant de médecins se fait sentir en France. Cette pénurie est principalement la conséquence du trop faible nombre de jeunes médecins formés ces dernières décennies et du départ à la retraite des praticiens les plus âgés. Cette situation n'est pas unique à la France : dans la plupart des pays occidentaux, les gouvernements ont voulu maîtriser les dépenses de santé en diminuant l'offre de soins, ce qui s'est traduit par la fermeture de plusieurs lits d'hôpitaux, voire d'établissements entiers, et par la diminution du nombre de médecins. Sans se prononcer sur sa pertinence sur les finances publiques, force est de constater que cette politique menée dans de nombreux pays a provoqué une pénurie de médecins, en particulier dans les spécialités telles la radiologie et l'anesthésie. Conscients de cette situation, les états, plutôt que de former en plus grand nombre des jeunes médecins, ont préféré, pour des raisons pratiques et financières, faire appel à des praticiens déjà formés à l'étranger. Ce mouvement a été amplifié depuis l'adoption de la directive 2005/36/CE mise en œuvre à la fin de 2007 qui permet à tout ressortissant communautaire d'exercer n'importe où dans l'Union à condition d'être inscrit à l'ordre professionnel du pays d'exercice.

La psychiatrie est elle aussi touchée par la pénurie de ses praticiens en France (voir les interventions de Berrebi-Bonin (2017) et de Cortès (2018)), à tel point que les autorités de santé ont encouragé le transfert de plusieurs patients nécessitant des soins psychiatriques vers les psychologues de ville, moins onéreux pour les finances publiques, mais qui ne peuvent pas prescrire et dont la cure se limite à la psychothérapie. Les cas les plus lourds sont mal ou peu pris en charge et tôt ou tard, le recours à des médecins-psychiatres est inéluctable, d'où le besoin de faire appel à des praticiens étrangers, à l'instar de nombreuses autres spécialités médicales. C'est ainsi qu'aux Maghrébins qui pratiquent en France depuis quelques décennies selon des modalités spécifiques, se sont adjoints depuis la fin des années 2000 des psychiatres ressortissants communautaires non-francophones, essentiellement des Espagnols et des Roumains, mais aussi d'autres praticiens venant des pays d'Europe centrale et de l'Est.

Face au nombre grandissant de médecins non-francophones s'établissant en France, les éditeurs ont commencé à publier des manuels de FLE-FOS orientés vers la médecine, dont le plus connu est *Le français des médecins* (2008) qui est

largement utilisé dans les centres de formation. Cet ouvrage, organisé autour d'activités de communication en milieu hospitalier, n'aborde cependant aucunement la problématique des soins psychiatriques. Or, ceux-ci exigent de la part du praticien une maîtrise des actes de parole spécifiques à la psychiatrie et non-adaptables à partir des manuels didactiques actuellement sur le marché.

2. ANALYSE DU PUBLIC

Contexte d'apprentissage, formation, niveau d'entrée, besoins exprimés lors de l'enquête terrain (tâches, savoir-faire langagiers)...

-Le mode de recrutement de la plupart des médecins étrangers fait en sorte que l'établissement en cabinet de ville, surtout pour ce qui concerne la psychiatrie, est difficile, du moins dans un premier temps. La pratique psychiatrique en cabinet exige de bien connaître le réseau des services de santé locaux et une relation de confiance avec les patients ambulatoires qui met toujours un certain temps à s'établir, même pour les médecins français. Mais surtout, la majorité des médecins étrangers sont sélectionnés par des agences de recrutement ayant des contrats plus ou moins exclusifs avec les centres hospitaliers. Comme il est question d'un investissement coûteux pour l'institution d'accueil comme pour le médecin candidat intéressé à travailler en France, le plus souvent celui-ci est invité, aux frais de l'établissement ou de l'agence, à rencontrer sur place l'équipe médicale durant plusieurs jours. Une batterie de tests psychologiques et d'entretiens professionnels est aussi effectuée pour s'assurer du sérieux de l'engagement tant du candidat que de la structure d'accueil. Cela permet de vérifier le niveau des compétences professionnelles et linguistiques et d'établir un lien de confiance. Une des agences de recrutement les plus importantes d'Europe avec laquelle nous nous sommes entretenus a souligné l'importance de ce lien et aussi la nécessité d'un accompagnement sur plusieurs mois, tant au niveau linguistique que psycho-social. Toutes ces mesures sont difficilement transposables à un cabinet privé ou à une commune voulant étoffer son offre de soins dans sa maison de santé ou son dispensaire.

En principe, il suffit à l'établissement hospitalier, pour embaucher des praticiens communautaires, de vérifier leur niveau linguistique, en plus d'exiger qu'ils s'inscrivent au tableau de l'Ordre des médecins départemental. Dans les faits, plusieurs centres hospitaliers exigent une formation linguistique complémentaire afin de faciliter l'intégration de leurs nouvelles recrues et assurer la qualité des soins dispensés. Très rarement l'hôpital prend en charge directement cette formation linguistique, celle-ci étant déléguée à une école de langues ou à l'agence de recrutement elle-même. C'est ce dernier cas de figure qui sera l'objet de la présente proposition. En l'état de nos connaissances, aucune des trois principales agences de recrutement de personnel médical actives en France n'offre une formation linguistique complète et adaptée aux tâches professionnelles d'un praticien. Médicis Consult se contente de certifier que le niveau de langue est atteint et de diriger les candidats-médecins vers le site d'une professeure de FLE général basée à Toulouse offrant des cours en ligne (www.timetospeakfrench.com); Euromotion

Medical offre une formation linguistique de 480 heures maximum ou jusqu'au niveau B2 qui, selon cette agence, est suffisant pour exercer; AgiSanté offre des cours en ligne et aussi dans son académie de formation à Budapest où l'accent est surtout mis sur les lexiques médicaux.

Or, vu les spécificités de l'exercice de la psychiatrie qui demande une compétence linguistique étendue (capacité d'écoute, compréhension de l'oral, expression orale fine et précise en plus de la production de rapports médicaux circonstanciés – comptes rendus et anamnèses - qui est commune à toutes les disciplines médicales), le niveau d'entrée devra être plus élevé que celui que ces agences de recrutement préconisent.

Niveau d'entrée : B2

-Le public concerné sera uniquement des médecins-psychiatres ayant plusieurs années de pratique.

Les besoins pour mener à bien une thérapie en milieu hospitalier sont :

- Comprendre les propos d'un patient (activité langagière préférentielle : compréhension orale)
- Interroger un patient (activité langagière préférentielle : interaction orale)
- Faire un rapport médical (compte rendu et anamnèse) (activité langagière préférentielle : production écrite)
- Prescrire un traitement (activité langagière préférentielle : interaction orale (vis-à-vis du patient / production écrite (vis-à-vis de l'institution médicale)

3. DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE TERRAIN ET SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Ma démarche

Une étude des conditions d'exercice de la psychiatrie en France a permis de déterminer le public cible de cette offre de formation. Plusieurs cadres de soins coexistent: l'hospitalisation en hôpital psychiatrique public (sectorisé), avec ou sans l'avis d'un médecin référent (dans ce dernier cas, on parle d'hospitalisation libre) ; les soins dans les dispensaires liés aux hôpitaux, sur recommandation d'une infirmière d'orientation (alors, le patient n'a souvent pas le choix du psychiatre); l'hospitalisation privée en clinique pour des individus moins désinsérés socialement et en fonction de leur état; enfin les consultations en cabinet privé, ou médecine de ville, effectuées par des médecins libéraux pour les patients ambulatoires.

En général, les pathologies les plus sévères sont prises en charge par l'hôpital, même si elles peuvent aussi être traitées dans les cliniques si les patients sont consentants aux soins. On retrouvera aussi en clinique des patients en séjour de rupture (afin d'être soustraits à un environnement professionnel et/ou affectif trop stressant) ou encore des patients soignés pour des troubles addictifs. Beaucoup de patients psychiatriques sont suivis en ambulatoire dans des services rattachés administrativement à un hôpital spécialisé ou général: centres médico-

psychologique (CMP), centres d'accueil à temps partiel (CATTP), hôpitaux de jour, centres d'accueil et de crise, centres de postcure, appartements thérapeutiques et unités d'hospitalisation. Enfin, les médecins de ville traiteront les pathologies les plus courantes : dépressions, accidents de la vie, surmenages, affections bipolaires ou schizophréniques équilibrées. Il arrive que certains patients consultant un médecin libéral soient en phase de décompensation aiguë et aient besoin d'être hospitalisés.

L'hospitalisation psychiatrique est régie par des règles précises, elle est libre ou sans consentement. Dans ce dernier cas, elle est soit demandée par un proche du patient ou par une assistante sociale sur les conseils d'un médecin-psychiatre (on parle alors de SDT – Soins à la Demande d'un Tiers), soit demandée, dans une situation d'urgence, par le maire (à Paris, par le préfet de police) et le préfet (il s'agit alors de SDRE – Soins sur Décision d'un Représentant de l'Etat).

Il ressort de ce survol des conditions d'exercice qu'il semble plus aisé d'établir la présente proposition de formation autour de la pratique psychiatrique en milieu hospitalier, surtout public, mais aussi privé, et ceci pour plusieurs raisons :

-Le médecin-psychiatre est alors assisté par le personnel médical dont il peut, le cas échéant, prendre l'avis et avec lequel il peut confronter ses perceptions cliniques du patient.

-Le travail dans un cadre institutionnel permet de mieux maîtriser les risques d'ordre médico-légaux inhérents à l'exercice de la psychiatrie.

L'entretien avec un médecin-psychiatre (voir annexes, Entretien avec le Dr. Patrick Stoessel) a permis de constater que la pratique en cabinet de ville crée un cadre thérapeutique plus intime et personnalisé, propice à la liberté de parole du patient. Cette liberté de parole constitue alors un préalable à la conduite de psychothérapies (littéralement, *traitements par la parole*) selon diverses approches théoriques. Cela dit, les consultations en CMP, avec des psychologues, peuvent aussi offrir un cadre proche de celui du cabinet médical dont les principaux traits se retrouvent également dans la pratique institutionnalisée, quoique de manière plus condensée. A l'hôpital, il peut arriver que l'état du patient soit si sévère que la psychothérapie est impossible dans un premier temps, les échanges langagiers étant parfois très limités à cause de la décompensation ou du délire. Le praticien se doit alors de parer au plus pressé en donnant des instructions précises et techniques au personnel soignant. Malgré ces situations assez tendues, le psychiatre de garde prend le temps de s'entretenir le temps nécessaire avec le patient. Si le besoin s'en fait sentir, il doit interpréter les signes cliniques non-langagiers (mimiques, gestes, attitudes). Il procède aussi à des entretiens avec l'entourage du patient.

Le médecin-psychiatre exerçant en milieu hospitalier doit aussi faire des comptes rendus d'hospitalisation. Ceux-ci doivent permettre aux autres intervenants de connaître l'état du patient. Ils doivent donc être assez complets, mais peuvent être aussi lus par ce dernier en vertu de la loi sur les droits du patient (Loi 2002-303), ce

qui exige aussi qu'ils soient écrits dans une langue compréhensible par le plus grand nombre et sans allusions blessantes.

Mais l'essentiel des interventions des praticiens en milieu psychiatrique se concentre autour de la psychothérapie qui, de par sa nature, a le langage comme principal vecteur. L'enquête de terrain auprès des praticiens francophones comme non-francophones a montré que les paroles prononcées par le soignant au moment des phases critiques de la psychothérapie constituaient l'élément le plus difficile à gérer. Le traitement des affections psychologiques passant beaucoup par les mots (et pas seulement par la médication), la maîtrise du langage peut avoir plus d'importance que celle de la pharmacopée. Un mot malheureux prononcé lors d'une crise de larmes peut entacher durablement la relation de confiance entre le thérapeute et son patient et entraîner des conséquences fâcheuses.

Il ressort de ces observations que cette proposition de formation doit comporter plus de temps consacré aux savoir-faire langagiers reliés aux phases d'interrogation et de prescription du traitement qu'aux deux autres besoins précédemment dégagés. Ces savoir-faire langagiers peuvent cependant diverger selon les approches thérapeutiques adoptées par les cliniciens dont les principales sont les approches psychodynamiques, cognitivo-comportementales, humanistes.

-La thérapie dynamique, ou psychodynamique, se référant principalement à la psychanalyse, attribue un rôle primordial à l'inconscient. Pour cette approche, les difficultés actuelles ressenties par le patient prennent leurs origines dans les conflits irrésolus de l'enfance, ce qui implique que le thérapeute dynamique se consacrera essentiellement à interpréter le discours du patient pour que celui-ci prenne conscience de l'importance des conflits inconscients sur son état mental avant qu'il ne puisse s'en dégager.

-Les thérapies comportementales et cognitives (ou TCC) rassemblent plusieurs types de traitements à court terme des troubles psychiatriques qui fondent leurs actions sur l'observation et la régulation des liens entre les émotions, les pensées et les comportements. Les processus mentaux (ou cognitifs), conscients ou non, étant considérés par les TCC comme à l'origine des émotions et de leurs désordres, il s'agit pour les thérapeutes adeptes de cette approche d'élaborer des exercices pratiques au vu des troubles observés et d'accompagner le patient.

-L'approche humaniste s'appuie sur la volonté de l'individu de s'épanouir en utilisant au mieux ses capacités psychologiques. La psychothérapie humaniste part de la situation présente et, par le jeu d'un dialogue approfondi entre le soignant et le patient, vise à rendre celui-ci conscient de ses difficultés, ce qui le poussera à trouver ses propres solutions et adopter les changements nécessaires. Cette approche donne une place prépondérante à l'empathie et vise à créer une relation égalitaire et non hiérarchique entre le patient et son thérapeute.

Cette brève présentation des trois principales approches thérapeutiques en vigueur en France montre à quel point les paroles des patients peuvent faire l'objet d'interprétations divergentes résultant en des actes thérapeutiques, et donc des

actes de parole, très différents d'un soignant à l'autre. Mais il faut passer outre à ces divergences qui rendraient presque impossibles l'élaboration d'un programme centré sur les mesures thérapeutiques pour se concentrer sur les activités langagières communes à toutes les approches (comprendre, interroger, rapporter et prescrire). Certes, il y aura des divergences d'opinion fortement ancrées sur plusieurs années de pratique entre les apprenants, mais le pari est pris que ces divergences feront l'objet de discussions animées qui mettront en lumière les actes de parole essentiels à la pratique du métier de psychiatre en France.

[Insérer en annexe, le cas échéant, compte-rendu d'entretiens, document(s) complété(s) par les apprenants : fiche, questionnaire]

Synthèse des résultats et définition des besoins du public (tâches, savoir-faire langagiers...)

- savoir comprendre les propos (parfois incohérents) d'un patient
- savoir interroger un patient
- savoir rédiger un compte rendu médical (en plus de l'anamnèse)
- savoir communiquer un traitement, une prescription (auprès du patient et du personnel médical)

4. ORGANISATION DE LA FORMATION

Durée du programme	Quatre semaines, Soixante heures
Rythme des séances	Dix par semaine
Effectif	3-5
Lieu de formation	Centre de formation

5. DESCRIPTION DES CONDITIONS MATÉRIELLES DE LA FORMATION

Locaux, matériel...

- Lieu : Centre de formation (école de langues ou agence de recrutement) disposant de tables, chaises, tableau blanc et marqueurs.
- Accès à internet et un projecteur
- Matériel : textes de loi (voir bibliographie), manuels de formation des psychiatres français, enregistrements de consultation (simulée ou réelle).

2. DESCRIPTIF DU PROGRAMME DE FORMATION

1. DÉFINITION DES OBJECTIFS DE LA FORMATION

Objectifs de communication spécialisée, objectifs socioculturels et/ou interculturels

Donner les outils linguistiques pour que les psychiatres

- arrivent à comprendre le mal-être des patients en psychiatrie
- interrogent un patient et communiquent avec lui
- fassent un compte rendu (anamnèse)
- prescrivent et assurent le suivi d'un traitement psychothérapeutique

2. PROGRAMME DE LA FORMATION

Il s'agit ici d'un exemple de programme : le nombre de séquences et de séances est à déterminer en fonction de votre contexte.

***Nota : griser la séquence qui sera travaillée dans le Volet pédagogique.**

Tâches professionnelles	Savoir-faire langagiers	Outils linguistiques	Documents supports	Repères professionnels et interculturels
Séquence 1 : Comprendre le patient				Durée : 15 heures
Séance 1 : Comprendre le langage pathologique courant	-Comprendre un discours pathologique et pouvoir le résumer à l'oral	-Reconnaissance des expressions liées aux troubles psychologiques -Rappel des modalités du discours indirect	-Dialogue avec une patiente aux prises avec un TOC : <i>Vie croisée</i> , W9 : « Sandra, t'es sûre, hein ? » https://www.youtube.com/watch?v=x3gfERflalQ	Niveaux de langue Intonation Modalités du discours pathologique (impatience, inquiétude, angoisse, énervement...)
Séance 2 : Comprendre le langage pathologique courant	-Comprendre un discours pathologique et pouvoir le résumer à l'écrit	-Techniques de prise de notes adaptées au français médical – abréviations couramment en usage dans les professions médicales	-Dialogue avec une patiente aux prises avec un TOC : <i>Vie croisée</i> , W9 : « Sandra, t'es sûre, hein ? » https://www.youtube.com/watch?v=x3gfERflalQ -Revue des abréviations courantes en psychiatrie : http://abreviationsmedicales.ch/type/psychiatrie - <i>Le français des médecins</i> , (Fassier/Talavera-Goy), p. 40#4 ; p. 43#10 ; p. 104-105#2	Niveaux de langue Abréviations, structuration des notes afin de s'assurer de leur lisibilité par le personnel médical
Séance 3 : Comprendre le langage des patients conscients de leurs difficultés	-Comprendre et savoir détecter les symptômes pathologiques lors d'un	-Révision du lexique de la plainte, de l'angoisse et de l'anxiété	- <i>Premier entretien</i> (Monfort et Koskas), p. 34-39, p. 81-94 -Visionnement d'un extrait vidéo tiré du site de l'Association pour l'Enseignement de la Sémiologie	Détection des marqueurs linguistiques liés à l'angoisse et l'anxiété, aux obsessions, aux

	entretien semi-structuré ou libre		Psychiatrique (AESP) : http://www.asso-aesp.fr/semiologie/videos-2/videos-de-1er-et-2eme-cycles/aspects-semiologiques-des-syndromes-positif-negatif-et-de-desorganisation/ (de 1:26 à 2 :56)	phobies et aux troubles de l'humeur
Séance 4 : Comprendre le langage pathologique des patients conscients de leurs difficultés	-Comprendre et savoir détecter les symptômes pathologiques lors d'un entretien semi-structuré ou libre	-Révision du lexique de l'obsession, des phobies et des troubles de l'humeur	- <i>Premier entretien</i> (Monfort et Koskas), p. 94-107 -AESP : http://www.asso-aesp.fr/semiologie/videos-2/videos/semiologie-du-trouble-obsessionnel-compulsif-toc/ (de 0:54-3:13)	Détection des marqueurs linguistiques liés à l'obsession, aux phobies et aux troubles de l'humeur
Séance 5 : Comprendre le langage pathologique des patients conscients de leurs difficultés	-Comprendre et savoir détecter les symptômes pathologiques lors d'un entretien semi-structuré ou libre	-Révision du lexique de la dépression	- <i>Premier entretien</i> (Monfort et Koskas), p. 111-126	Détection des marqueurs linguistiques liés à la douleur morale et à l'indifférence
Séance 6 : Comprendre le langage pathologique des patients conscients de leurs difficultés	-Comprendre et savoir détecter les symptômes pathologiques lors d'un entretien semi-structuré ou libre	-Révision du lexique de la dépression	- <i>Premier entretien</i> (Monfort et Koskas), p. 127-141 -AESP: http://www.asso-aesp.fr/semiologie/videos-2/videos-de-1er-et-2eme-cycles/aspects-semiologiques-des-syndromes-depressifs-et-maniaques/ (de 1:13 à 3:20)	Détection des marqueurs linguistiques liés à la mélancolie, l'auto-accusation, le sentiment de culpabilité et le ralentissement
Séance 7 : Comprendre le langage pathologique des patients n'ayant pas conscience d'être malades et/ou ne demandant pas d'aide	-Comprendre et savoir détecter les symptômes pathologiques lors d'un entretien semi-structuré ou libre	-Révision des expressions liées au délire	- <i>Premier entretien</i> (Monfort et Koskas), p. 153-161 -Visionnement d'un extrait de <i>Je vis avec un schizophrène</i> (Paganelli/Lebas) : https://www.youtube.com/watch?v=rGuwoKTjhBo	Détection des marqueurs linguistiques liés aux différents types de délire : idée de

			(de 2:44 à 3:30)	persécution, de jalousie, de mégalomanie
Séance 8: Comprendre le langage pathologique des patients n'ayant pas conscience d'être malades et/ou ne demandant pas d'aide	-Comprendre et savoir détecter les symptômes pathologiques du sentiment d'étrangeté et de la perte de contact	-Révision des expressions liées à la dépersonnalisation et à la déréalisation	- <i>Premier entretien</i> (Monfort et Koskas), p. 163-172 -AESP : http://www.asso-aesp.fr/semiologie/videos-2/videos-de-1er-et-2eme-cycles/aspects-semiologiques-des-syndromes-depressifs-et-maniaques/ (de 3:43 à 5:08)	Détection des marqueurs linguistiques liés à la dépersonnalisation: indifférence, impuissance, idées suicidaires ; à la déréalisation : sentiment de perte, d'étrangeté, d'hostilité du monde, idées de persécution, de perte de contact avec le monde
Séance 9: Comprendre le langage pathologique des patients n'ayant pas conscience d'être malades et/ou ne demandant pas d'aide	-Comprendre et savoir détecter les expressions causées par les hallucinations	-Révision du lexique des différentes hallucinations	- <i>Premier entretien</i> (Monfort et Koskas), p. 173-182 -Visionnement d'un extrait de <i>Je vis avec un malade mental</i> (Paganelli/Lebas): https://www.youtube.com/watch?v=FMPPUXweApI (de 1:52 à 2:55)	Détection des marqueurs linguistiques liés aux hallucinations auditives, visuelles, olfactives, gustatives, cénesthésiques
Séance 10 : Comprendre le langage pathologique des patients n'ayant pas conscience d'être	-Utiliser les expressions liées à la sphère instinctive	-Révision du lexique lié à l'agressivité, l'ambivalence, la vie affective et sexuelle	- <i>Premier entretien</i> (Monfort et Koskas), p. 183-197 -Visionnement d'un extrait de <i>Je vis avec un schizophrène</i> (Paganelli/Lebas) : https://www.youtube.com/watch?v=rGuwoKTjhBo	Détection des marqueurs linguistiques liés à l'agressivité,

malades et/ou ne demandant pas d'aide			(de 0 :09 à 1 :51)	l'ambivalence, la vie affective et sexuelle
Tâches professionnelles	Savoir-faire langagiers	Outils linguistiques	Documents supports	Repères professionnels et interculturels
Séquence 2 : Interroger un patient				Durée : 13,5 heures
Séance 1 : Mise en place de la consultation et faire le point sur le type de questions	-Saluer et se présenter -Savoir faire la différence entre les différents types de questions : 1) ouvertes ou fermées 2) exploratoires ou non 3) orientées sur des faits ou sur des opinions 4) structurées ou non	-Revue des formules de politesse et de présentation -Revue de la syntaxe des questions	-Questionnaire pour le patient in <i>Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie</i> (Carlat), p. 324-329	Tout en posant des questions pertinentes, mettre le patient à l'aise et l'inciter à se présenter au deuxième rendez-vous
Séance 2 : Questionner le patient sur ses antécédents	-Poser des questions précises et pertinentes	-Utilisation des questions de base de l'interrogatoire	- <i>Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie</i> (Carlat), p. 19-22	Faire en sorte que le patient parle au moins quelques minutes dès le début de la thérapie (Certains types de questions ne sont pas appropriés pour les patients psychotiques et paranoïdes)
Séance 3 : Mettre à l'aise	-Poser des questions dans le but d'établir une relation de confiance	-Revue des questions sur les sentiments, la vie du	- <i>Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie</i> (Carlat), p. 22-27	Savoir moduler les questions en fonction du patient afin de ne pas le

		patient, la nature de l'entretien		bousculer ou l'insulter (en cas d'abus de drogues et/ou d'alcool, de comportements réprouvés par la société...)
Séance 4 : Questions visant la normalisation	-Poser des questions pour obtenir des données sensibles ou gênantes	-questions visant la normalisation : « Cela arrive souvent dans tel ou tel cas de faire ceci ou cela. Est-ce le cas pour vous ? Est-ce votre cas ? » -questions de confirmation : « C'est bien cela ? Vous prenez cinq, six bières chaque soir ?... »	<i>-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 28-30</i>	Utiliser des questions qui mettront le patient en état de préciser son comportement
Séance 5 : Poser des questions diminuant la culpabilité	-Poser des questions afin de diminuer la culpabilité du patient	-questions neutres exploratoires, indirectes et/ou faisant appel à l'induction	<i>-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 30-32</i>	Utiliser des questions qui feront en sorte de désinhiber le patient afin qu'il donne une idée plus exacte de ce qu'il a fait
Séance 6 : Poser des questions pour susciter les souvenirs	-Poser des questions afin d'aider à retrouver la ligne chronologique des symptômes	-questions temporelles -questions à choix multiples - temps du passé	<i>-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 33-35</i>	Poser des questions qui seront reliées aux souvenirs du patient

Séance 7 : Poser des questions pour augmenter le flux d'informations	-Susciter le discours du patient par des questions	-questions et demandes ouvertes -techniques de continuation	<i>-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 39-42</i>	Poser des questions pour faire parler le patient peu bavard
Séance 8: Savoir restreindre le discours	-Restreindre le discours du patient trop expansif	-questions fermées et à choix multiples	<i>-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 43-46</i>	Limiter le flux de paroles sans passer pour insensible et impatient. Ne pas heurter un patient bavard par des interventions trop dirigistes, ce qui aurait tendance à le renfermer
Séance 9 : Poser des questions face aux patients simulateurs	-Poser des questions judicieuses pour détecter un patient simulateur	-selon les cas, questions fermées, ouvertes ou précises	<i>-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 47-51</i>	Détecter à temps des patients simulateur recherchant soit des substances légales, soit un congé d'invalidité
Tâches professionnelles	Savoir-faire langagiers	Outils linguistiques	Documents supports	Repères professionnels et interculturels
Séquence 3 : Faire un compte rendu				Durée : 12 heures
Séance 1 : Rédiger une observation clinique	-Prendre des notes pour soi et ses collègues -Retranscrire des propos oraux	-Phrases nominatives -Temps verbaux : présent, passé-composé et imparfait	<i>-Le français des médecins, (Fassier/Talavera-Goy), Annexe 1, p. 257-263, p. 103-104#1-2, p. 106-107#4-5</i>	-Clarté, précision et fidélité aux propos originaux -Impartialité

		-Expressions temporelles -Mots de liaison logique	-Exercice : écoute d'un dialogue reconstitué : cas de dépression masquée par des douleurs (voir Annexes 4 et 5)	
Séance 2 : Décrire la plainte principale	-Rédiger des notes à la fois pour soi et pour les collègues -Retranscrire des propos oraux	-Temps verbaux : présent, passé-composé/imparfait, passé proche -Expressions temporelles -Mots de liaison logique	-Enregistrement de la retranscription d'un entretien psychiatrique : <i>La Conduite de l'entretien psychiatrique</i> (Shea), p. 611-614 - <i>Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie</i> (Carlat), p. 296-298 ; p. 299	-Reprendre les propres mots du patient -Etre cohérent dans le compte rendu de la plainte et des symptômes
Séance 3 : Décrire les antécédents psychiatriques	-Rédiger des notes à la fois pour soi et pour les collègues	-Expressions de la cause, de la conséquence, du but et de la concession	-Enregistrement de la retranscription d'un entretien psychiatrique : <i>La Conduite de l'entretien psychiatrique</i> (Shea), p. 614-616 - <i>Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie</i> (Carlat), p. 298-299	-Faire le point sur les traitements psychiatriques reçus dans le passé de manière précise et détaillée
Séance 4 : Décrire les antécédents familiaux, sociaux et médicaux	-Rédiger des notes à la fois pour soi et pour ses collègues -Rédiger un génogramme	-Expressions de la cause, de la conséquence, du but et de la concession	-Enregistrement de la retranscription d'un entretien psychiatrique : <i>La Conduite de l'entretien psychiatrique</i> (Shea), p. 619-621 (Carlat), p. 299-301	-Retracer l'histoire personnelle, familiale, sociale et médicale avec précision et clarté
Séance 5 : Examen de l'état mental	-Rédiger un texte cohérent à la fois pour soi et pour ses collègues	-Jargon du statut médical compréhensible principalement par les intervenants en santé mentale	-Partir du cas de M. Whitman dans <i>La Conduite de l'entretien psychiatrique</i> (Shea), p. 611-620 ou d'un cas réel repris par les apprenants - <i>Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie</i> (Carlat), p. 301-303	-Décrire minutieusement le patient de sorte qu'il soit reconnu à partir de la seule description

Séance 6 : Faire un bilan et un plan de traitement	-Récapituler le tableau clinique et discuter les possibles diagnostics	-Résumé au présent -Révision des adjectifs et adverbes liés aux principaux états mentaux	-Partir du cas de M. Whitman dans <i>La Conduite de l'entretien psychiatrique</i> (Shea), p. 611-620 ou d'un cas réel repris par les apprenants - <i>Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie</i> (Carlat), p. 303-305	-Etre concis et fournir des informations utiles (puisque'il s'agit de la conclusion du dossier médical)
Séance 7 : Communiquer avec le personnel médical	-Expliquer le traitement au personnel médical, donner son avis et demander son avis à un autre médecin	-Révision de l'impératif -Expressions « faire faire » et « se faire faire » -Imparfait et conditionnel de politesse	- <i>Le français des médecins</i> (Fassier/Talavera-Goy), p. 111-114#11-12-13-14 - <i>Le français des médecins</i> , (Fassier/Talavera-Goy), p. 118-120#19	-Etre précis et concis tout en faisant une synthèse du cas -Savoir motiver son point de vue
Séance 8 : Communiquer avec l'entourage	-Expliquer l'état du patient et le traitement à l'entourage familial	-Le passif -La narration au passé (passé composé, plus-que-parfait) -L'hypothèse avec <i>si</i> -Subjonctif (suggestion, nécessité, volonté)	- <i>Le français des médecins</i> , (Fassier/Talavera-Goy), p. 199-200#4-5 - <i>Le français des médecins</i> , (Fassier/Talavera-Goy), p. 202-207#9-11-13-14 (à adapter à la psychiatrie)	-Etre clair et concret -Savoir faire montre d'empathie
Tâches professionnelles	Savoir-faire langagiers	Outils linguistiques	Documents supports	Repères professionnels et interculturels
Séquence 4 : Prescrire un traitement				Durée : 19,5 heures
Séance 1 : Développer l'empathie : transmettre ses sentiments	-Transmettre ses sentiments au patient	-Formules d'empathie élémentaire (exprimant l'incertitude) : « c'est	- <i>La Conduite de l'entretien psychiatrique</i> (Shea), p. 19-20	-Savoir déterminer quelles réactions adopter selon l'état du patient :

	pour établir une relation de confiance	<p>comme si ; il me semble que ; vous devez être fatigué... »</p> <p>-Formules d'empathie complexe (exprimant la certitude) : « c'est douloureux de perdre quelqu'un de cher ; vous ressentiez alors que votre univers s'écroulait ; vous vous êtes senti trahi... »</p>	-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 40-41	empathie élémentaire ou complexe
Séance 2 : Développer l'empathie : réagir à la dépression A	-Parler au patient déprimé et atone	-Formulations élémentaires et complexes	<p>-Etudes de cas : entretiens reconstitués :</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=UA_9thv9LZ8&t=74s</p> <p>-La conduite de l'entretien psychiatrique (Shea), p. 296-297</p>	-Investiguer l'anhédonie et convaincre le patient de poursuivre la cure
Séance 3 : Développer l'empathie : réagir à la dépression B	-Parler au patient déprimé et souvent irrité	-Formulations élémentaires et complexes	<p>-Transcription d'entretiens réels ou fictifs, par exemple <i>Favoriser l'émergence de l'empathie dans l'entretien psychiatrique</i> (Gruet-Coquet), p. 120-122</p> <p>-La Conduite de l'entretien psychiatrique (Shea), p. 255-261. Etude du cas de M. White</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=m4WNmfuLdLc</p>	-Détecter l'anhédonie et faire face à l'éventuelle irritation du patient
Séance 4 : Développer l'empathie : le patient en larmes	-Faire face oralement aux larmes	-Questions sur les causes des larmes : « je vois que vous êtes ému. Quelle est la cause de ces pleurs ? ; Dites-moi pourquoi vous avez mal ?... »	-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 77-78	-Adapter le discours selon les patients et la situation clinique pour que le lien thérapeutique soit durable

Parcours certifiant en DIDACTIQUE DU FOS

Dossier pédagogique

		-Paroles de réconfort médical : « Ce n'est pas grave, c'est une façon que le corps a de s'exprimer, les pleurs sont le premier pas vers la guérison... »		
Séance 5 : Développer l'empathie : réagir aux réactions hostiles	-Répondre aux réactions du patient hostile paranoïde	-Recours à des mots apaisants -Expressions d'autodérision et humoristiques	- <i>Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie</i> (Carlat), p. 74	-Apprendre à contrecarrer les projections paranoïdes des patients méfiants par des paroles appropriées
Séance 6 : Développer l'empathie : le patient addict	-Exprimer les caractéristiques attribuées au patient	-Questions et demandes ouvertes	-Comptes rendus d'entretiens réels ou fictifs : - <i>Favoriser l'émergence de l'empathie dans l'entretien psychiatrique</i> (Gruet-Coquet) p. 128-138	-Savoir choisir les mots pour mettre en confiance le patient
Séance 7 : Réduire l'anxiété : absence de jugement	-Utiliser les paroles convenables pour calmer le patient	-Formules montrant le respect et la considération (varient selon les situations)	- <i>Urgences psychiatriques 1/2</i> (Paganelli/Lebas): https://www.youtube.com/watch?v=t5K_IJ9aRKY&t=2794s (de 01:44 à 02:55 et de 06:42 à 08:42) - <i>La Conduite de l'entretien psychiatrique</i> (Shea), p. 59-60 - <i>Je vis avec un schizophrène</i> (Paganelli/Lebas): https://www.youtube.com/watch?v=rGuwoKTjhBo (de 3:45 à 6:08)	-Savoir choisir les mots pour calmer et mettre en confiance le patient sans juger moralement ni provoquer inutilement

Séance 8 : Réduire l'anxiété	-Manier l'humour	-Formules d'ironie, d'autodérision	-Comptes rendus d'entretiens réels ou fictifs <i>-La Conduite de l'entretien psychiatrique (Shea), p. 60-61 ; p. 418-419</i>	-Savoir choisir les mots pour mettre en confiance le patient
Séance 9 : Réduire l'anxiété : sollicitude	-Exprimer la sollicitude	-Expressions de compassion	-Comptes rendus d'entretiens réels ou fictifs <i>-Favoriser l'émergence de l'empathie dans l'entretien psychiatrique (Gruet-Coquet), p. 139-148</i>	-S'assurer que le patient viendra au rendez-vous suivant
Séance 10 : Gérer le transfert négatif	-Répondre aux attaques et insinuations du patient méfiant	-Réponses appropriées, neutres et visant à maintenir le lien thérapeutique	<i>-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 81-84</i>	-S'assurer que le patient viendra au rendez-vous suivant
Séance 11 : Expliquer le traitement	-Exposer un plan de traitement	-Expressions d'obligation : il faut/il ne faut pas -Expression de la cause et de la conséquence -Conditionnel (« Ce serait mieux si ; vous vous sentiriez mieux si... »)	-Exemples de cas choisis par les apprenants ou fictifs <i>-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 290-292</i>	-Négocier le plan de traitement en se mettant d'accord sur la nature du problème -S'adapter aux attentes du patient
Séance 12 : Expliquer la prise de médicaments	-Expliquer comment prendre les médicaments -Présenter les effets secondaires	-Poser des questions de confirmation (« Etes-vous conscient des effets secondaires ? Avez-vous	-Exemples de cas choisis par les apprenants ou fictifs <i>-Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie (Carlat), p. 293</i>	-Obtenir l'adhésion du patient au protocole -Demander au patient de répéter la prescription afin qu'il se la rappelle

Parcours certifiant en DIDACTIQUE DU FOS

Dossier pédagogique

		<p>compris les effets secondaires ?</p> <p>-Reformulation des prescriptions dans une langue plus simple</p>		
<p>Séance 13 : Donner espoir : avenir</p>	<p>-Expressions d'encouragement</p>	<p>-Formulations au futur et au conditionnel</p>	<p>-Enregistrements de consultations</p> <p><i>-Le Conduite de l'entretien psychiatrique (Shea), p. 655 ; p.661-663</i></p>	<p>-Adaptation à la capacité de compréhension du patient</p> <p>-Laisser entrevoir un avenir</p>

3. DESCRIPTIF DE LA SÉQUENCE PÉDAGOGIQUE

Séquence : Prescrire un traitement	
Tâches professionnelles :	Développer l'empathie : réagir à la dépression Réduire l'anxiété : absence de jugement
Durée :	3 heures
Niveau :	B2

SÉANCE 1 : Développer l'empathie 1,5 heure			
Savoir-faire langagiers	Outils linguistiques	Repères professionnels et interculturels	Documents supports
	<i>Linguistiques</i> : grammaire, lexique, phonétique <i>Discursifs</i> : cohésion, mots-lien, schéma interactionnel...		
-Parler au patient déprimé et atone	-Formulations élémentaires et complexes	-Investiguer l'anhédonie et convaincre le patient de poursuivre la cure	-Etudes de cas : entretiens reconstitués : https://www.youtube.com/watch?v=UA_9thv9LZ8&t=74s -La conduite de l'entretien psychiatrique (Shea), p. 296-297
Réinvestissement	Jeu de rôle entre les participants à partir du cas de la dépression		

SÉANCE 2 : Réduire l'anxiété 1,5 heure			
Savoir-faire langagiers	Outils linguistiques	Repères professionnels et interculturels	Documents supports
	<i>Linguistiques</i> : grammaire, lexique, phonétique <i>Discursifs</i> : cohésion, mots-lien, schéma interactionnel...		
-Utiliser les paroles convenables pour calmer le patient	-Formules montrant le respect et la considération (varient selon les situations)	-Savoir choisir les mots pour calmer et mettre en confiance le patient sans juger moralement ni provoquer inutilement	-Urgences psychiatriques 1/2 (Paganelli/Lebas): https://www.youtube.com/watch?v=t5K_IJ9aRKY&t=2794s (de 01:44 à 02:55 et de 06:42 à 08:42) -La Conduite de l'entretien psychiatrique (Shea), p. 59-60 -Je vis avec un schizophrène (Paganelli/Lebas): https://www.youtube.com/watch?v=rGuwoKTjhBo (de 3:45 à 6:08)

Réinvestissement	Jeu de rôle entre les participants à propos des angoissés et des dépendants
Tâche finale	Jeu de rôles (faire une consultation à partir d'un cas réel filmé – 5 à 10 minutes) -Les trois aspects suivants de la relation thérapeutique doivent se retrouver dans le jeu de rôle : 1-établissement d'un lien empathique 2-diminution de l'angoisse 3-calmer sans juger

II. VOLET PÉDAGOGIQUE

Le volet pédagogique vise à présenter les séances de la séquence pédagogique, élaborées en vue d'atteindre les objectifs.

*Nota : chaque séance comporte un descriptif de l'activité pour l'enseignant (indications sur les modalités de présentation et d'animation des activités, transcriptions, corrigés, grille d'évaluation) les informations pour l'apprenant (consigne, activité, documents supports)

1. SÉANCE 1 Développer l'empathie

1. DESCRIPTIF DE LA SÉANCE

Tâche professionnelle :	<i>Développer l'empathie</i>
Durée :	<i>1,5 heure</i>
Niveau :	<i>B2</i>
Savoir-faire langagiers:	<i>Parler au patient déprimé et atone</i>
Outils linguistiques :	<i>Formulations élémentaires et complexes</i>
Repères professionnels et interculturels :	<i>Investiguer l'anhédonie et convaincre le patient de poursuivre la cure</i>
Documents supports :	-Études de cas : entretiens reconstitués : https://www.youtube.com/watch?v=UA_9thv9LZ8&t=74s -La conduite de l'entretien psychiatrique (Shea), p. 296-297

2. ÉTAPES DE LA SÉANCE

Étape	Activités	Dispositif pédagogique <i>Individuel – Binômes Sous-groupe – Groupe-classe</i>
1° <i>Déclencheur/découverte</i> pour susciter l'intérêt, faciliter l'accès au sens	Activité 1 : Visionnement d'une reconstitution d'une séance de psychothérapie avec un dépressif : https://www.youtube.com/watch?v=UA_9thv9LZ8&t=74s	Individuel

2° Conceptualisation pour comprendre, apprendre et structurer	Activité 2 : Repérage des expressions et mots-clés et discuter leur pertinence	Individuel et groupe-classe
3° Systématisation pour appliquer de manière systématique	Activité 3 : Voir les différents cas de figure pour apprendre quelles expressions utiliser	Binômes et groupe-classe
4° Réinvestissement en contexte, pour automatiser	Activité 4 : Jeu de rôle : un apprenant joue le patient, un autre joue le soignant	Binômes

2. ACTIVITÉS DE LA SÉANCE

*Nota : chaque étape peut comporter une ou plusieurs activités/consignes.

Précisez la source des documents supports authentiques, et la transcription le cas échéant.

Étape 1 - DÉCLENCHEUR

Mise en route

Découvrez !

Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Faire écouter la reconstitution d'une séance chez le psychothérapeute (de 00:44 à 07:15) et demander aux apprenants d'être en particulier attentifs aux expressions d'empathie utilisées par la clinicienne pour mettre à l'aise le patient et l'encourager à poursuivre sa thérapie. Après l'écoute, s'assurer que tout l'extrait a été compris (revenir sur les mots au besoin, le patient ne prononçant pas toujours bien).

Consigne pour l'apprenant :

Écouter et relever par écrit les expressions d'empathie.



Étape 2 - CONCEPTUALISATION

Comment ça marche ?
Repérez, observez et réfléchissez !

A-Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Donner les questions suivantes aux apprenants et, après avoir obtenu les réponses, faire un rappel sur les questions ouvertes et fermées (voir Séquence 2, Séance 1) :

Répondez aux questions suivantes :

- 1-Quel est l'enjeu de cette séquence vidéo ?
- 2-Quelles sont les expressions utilisées par la clinicienne les plus propres à susciter l'empathie?
- 3-Quelle est l'intervention de la clinicienne qui finalement pousse le patient à davantage parler?
- 4-Quel type de questions semble les plus efficaces ?

Corrigé :

1 : Dire au moins une idée noire

2 : Comment allez-vous aujourd'hui ?/ Vous n'êtes pas à l'aise ?/ Ca ne sera répété à personne/ Pouvoir vous exprimer, ça peut vous aider/ C'est pas évident, je vous comprends bien/ Je pourrai vous apporter mon aide/ Vous entendez quoi par souffrance ?

3 : Donnez-moi une idée noire

4 : les questions ouvertes (au besoin, rappelle de la séance 1 de la séquence 2

B-Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Faire lire les courts dialogues suivants et demandez aux apprenants de réfléchir aux implications structurelles et sémantiques entre les deux variantes :

Consigne pour l'apprenant :

Lire les courts dialogues suivants et réfléchir aux implications des différences entre les deux variantes dans chacun des deux cas :

1-Pt. : Quand ma femme m'a quitté, c'est comme si une étoile avait implosé. Tout semblait si vide... elle n'était plus qu'un souvenir, ma vie a commencé à se désagréger. Peu de temps après, je me suis senti très déprimé, j'avais toujours envie de pleurer.

Clin. : C'est comme si votre univers s'écroulait tout autour de vous.

Clin. : Vous ressentiez alors que votre univers s'écroulait tout autour de vous.

2-Pt. : Quand ma femme m'a quitté, c'est comme si une étoile avait implosé. Tout semblait si vide... elle n'était plus qu'un souvenir, ma vie a commencé à se désagréger. Peu de temps après, je me suis senti très déprimé, j'avais toujours envie de pleurer.

Clin. : Il me semble que vous devez être en proie à des émotions douloureuses et intenses.

Clin. : C'est douloureux de perdre quelqu'un comme elle.

Corrigé :

« C'est comme si » et « il me semble que vous que vous devez être en proie à des émotions douloureuses et intenses », d'une part et, d'autre part, « Vous ressentiez alors que » et « C'est douloureux de perdre quelqu'un comme elle » n'ont pas le même effet. La première paire d'expressions constituent des formulations d'empathie élémentaire car elles expriment de manière générale les impressions du psychologue sans impliquer le patient par des pronoms personnels qui lui sont adressés en premier lieu.

En revanche, la deuxième paire de formulations sont des formulations d'empathie complexe car elles impliquent davantage le patient par l'usage de pronoms, de participes passés et d'adjectifs possessifs qui le concernent.

Le tableau suivant, inspiré de Shea (p. 18-23)

Degré d'empathie

Formulations élémentaires	C'est comme si ; il semble que
Formulations complexes	Vous ressentiez alors ; vous vous sentez très blessé

Niveau d'intimité émotionnelle

Formulations élémentaires	Il me semble que vous devez ; quel malheur
Formulations complexes	C'est douloureux de perdre quelqu'un comme elle ; C'est effrayant d'être toujours observé ; je pense que je serais effrayé si j'étais à votre place

Degré d'expression des caractéristiques attribués au patient

Formulations élémentaires	C'est comme si votre vie avait commencé ; Tout est à reprendre depuis le début
Formulations complexes	Cette perte si soudaine est épouvantable pour vous ; Vous devez essayer de passer à autre chose malgré ce malheur

Une fois ces distinctions établies, la question des avantages et des inconvénients des formulations simples et complexes peut être posée aux apprenants si d'eux-mêmes ils n'ont pas émis une opinion au cours de l'exercice.

La discussion devrait tourner autour du rôle des formulations simples qui améliorent l'engagement des patients confiants aussi bien que défensifs alors que les formulations complexes sont encore plus productives pour les patients confiants car elles indiquent un partage plus profond de leur vision des choses, mais elles risquent de rompre l'engagement d'un patient défensif qui n'apprécie pas qu'on lui dise qu'il ressent. (voir Shea, p. 19).

Étape 3 - SYSTÉMATISATION

Entraînez-vous !

Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Demander aux apprenants d'associer les formulations aux différentes affections du patient et d'indiquer s'il s'agit d'une formulation élémentaire ou complexe.

Consigne pour l'apprenant :

Associez les formulations de la colonne de droite avec les différentes affections du patient énumérées dans la colonne de gauche et indiquer s'il s'agit d'une formulation élémentaire ou complexe.

Etat du patient	Formulations
-En pleurs	a-En ce moment précis, vous avez l'air triste
-Peu bavard	b-Dites-moi ce qui ne va pas
-Anhédonique	c-Appréciez-vous être en famille ou avec des amis ?
	d-Ce n'est pas grave de pleurer, cela arrive à tout le monde
	e- Qu'est-ce qui est si douloureux dans ce que vous voudriez dire ?
	f-Ressentez-vous du plaisir à recevoir des éloges de vos collègues au travail et de votre patron dans l'entreprise XYZ ?
	g-Dites-moi ce qui se passe dans votre tête, même si ce n'est pas beau. Cela ne sortira pas d'ici.

Corrigé :

-En pleurs : a (complexe) et d (simple)

-Peu bavard : b (simple), e (complexe) et g (complexe)

-Anhédonique : c (simple) et f (complexe)

Étape 4 - RÉINVESTISSEMENT

C'est à vous !

Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Organiser un jeu de rôle (5 minutes par paire) au cours duquel sera demandé aux apprenants de faire en binôme (un jouant le malade, l'autre le clinicien) un dialogue au cours duquel il faudra préparer des questions et des réponses appropriées à divers états cliniques : le patient irritable et déprimé, le patient peu bavard, le patient anhédonique. L'accent sera mis sur les paroles du clinicien.

Consigne pour l'apprenant :

Faites un jeu de rôle en binôme au cours duquel le premier jouera le rôle du patient et le second celui du clinicien. Le patient a déjà vu le psychothérapeute plusieurs fois et est réticent à continuer la cure. C'est le psychothérapeute qui parle en premier. Le patient montrera l'un ou l'autre des signes cliniques suivants : le patient irritable et déprimé, le patient peu bavard et le patient anhédonique.

Chacun préparera sa contribution pour soi avant de faire le jeu de rôle devant le groupe.

-Durée du jeu de rôle : 5 minutes

Proposition de correction :

Il est mieux de recourir à des demandes et des questions **courtes** et **ouvertes** (éviter les questions fermées auxquelles il ne peut être répondu que par « oui » ou « non »). Faire des demandes précises en utilisant « qu'est-ce que... », « quel/quelle est... », « dites-moi... », « racontez-moi... » : « Qu'est-ce qui s'est passé ? ».

Les formulations **simples** sont possibles, mais il est mieux, si le patient est coopératif, utiliser des formulations **complexes** comme celles qui ont été vues dans les phases de conceptualisation et de systématisation.

Enfin, il est suggéré de recourir à des **techniques de continuation (associées à un langage corporel)**. Selon Carlat (p. 41), des réponses spontanées et naïves de la part du psychiatre peuvent désarmer le patient et le pousser à parler davantage :

« Allez-y »

« Ah oui »

« Qu'étiez-vous en train de dire ? »

« C'est vrai ? »

« Ah bon ? »

Voici des propositions de formulations qui sont attendues. D'après Carlat (certaines formulations peuvent être adaptées) :

p. 40 : Patient peu bavard :

« Quel type de symptômes a provoqués votre dépression ? »

« Que faisiez-vous quand vous vous êtes senti en état de manie ? »

« Racontez-moi ce que vous avez ressenti hier/ce que vous ressentez maintenant »

« Je souhaite réellement vous aider, mais je ne pourrai le faire que si je comprends ce qui vous est passé par la tête/ce qui se passe dans votre tête »

p. 75 : Patient irritable et déprimé :

« Vous avez l'air en colère, mais je sens qu'il y a une tristesse derrière cette agressivité. »

« Je comprends que vous puissiez être en colère contre moi, mais est-ce qu'il n'y a pas quelque chose qui vous ronge derrière cette colère ? »

p. 75 : Personnalité agressive :

« Pour le bien de notre discussion, que pensez-vous qu'il vient de se passer ? Vous étiez très agressif envers moi, et je me demande pourquoi. »

« J'ai fait (ou dit) quelque chose qui vous a choqué, et j'aimerais savoir ce que c'est pour laisser ça derrière nous et que nous nous attelions au travail plus important qu'il nous reste à faire pour que vous vous sentiez mieux. »

p. 78 : Le patient en larmes :

« Qu'est-ce qui est si douloureux dans ce que vous me dites ? »

« Je vois que vous êtes maintenant très émotif. Pourquoi ces pleurs ? »

« Qu'est-ce qui vous passe par la tête, maintenant que vous pleurez ? »

« Avez-vous beaucoup pleuré pour cette raison ? »

2. SÉANCE 2 Réduire l'anxiété

1. DESCRIPTIF DE LA SÉANCE

Tâche professionnelle :	<i>Réduire l'anxiété</i>
Durée :	<i>1,5 heure</i>
Niveau :	<i>B2</i>
Savoir-faire langagiers:	<i>-Utiliser les paroles convenables pour calmer le patient</i>
Outils linguistiques :	<i>-Formules montrant le respect et la considération (peut varier selon les situations)</i>
Repères professionnels et interculturels :	<i>-Savoir choisir les mots pour calmer et mettre en confiance le patient sans juger moralement ni provoquer inutilement</i>
Documents supports :	<p><i>-Urgences psychiatriques 1/2 (Paganelli/Lebas):</i> https://www.youtube.com/watch?v=t5K_IJ9aRKY&t=2794s (de 01:44 à 02:55 et de 06:42 à 08:42)</p> <p><i>-La Conduite de l'entretien psychiatrique (Shea), p. 59-60</i></p> <p><i>-Je vis avec un schizophrène (Paganelli/Lebas) :</i> https://www.youtube.com/watch?v=rGuwoKTjhBo (de 3:45 à 6:08)</p>

2. ÉTAPES DE LA SÉANCE

Étape	Activités	Dispositif pédagogique Individuel – Binômes Sous-groupe - Groupe-classe
1° Déclencheur/découverte pour susciter l'intérêt, faciliter l'accès au sens	Activité 1 : Visionnement de <i>Urgences psychiatriques 1/2</i> (Paganelli/Lebas): https://www.youtube.com/watch?v=t5K_IJ9aRKY&t=2794s (de 01:44 à 02:55 et de 06:42 à 08:42)	Individuel
2° Conceptualisation pour comprendre, apprendre et structurer	Activité 2 : -Questions sur les expressions visant à calmer le patient	Individuel puis groupe-classe
3° Systématisation pour appliquer de manière systématique	Activité 3 : Exercice à partir des recommandations de Shea (p. 59 et 60)	Binômes et groupe-classe

<p>4° Réinvestissement en contexte, pour automatiser</p>	<p>Activité 4 : Jeu de rôle au cours duquel l'accent sera mis sur les déclarations d'un patient agité lors de son hospitalisation : <i>Je vis avec un schizophrène</i> (Paganelli/Lebas) : https://www.youtube.com/watch?v=rGuwoKTjhBo (de 3:45 à 6:08)</p>	<p>Binômes et groupe-classe</p>
---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

2. ACTIVITÉS DE LA SÉANCE

*Nota : chaque étape peut comporter une ou plusieurs activités/consignes.
Précisez la source des documents supports authentiques, et la transcription le cas échéant.

Étape 1 - DÉCLENCHEUR

Mise en route
Découvrez !

Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Faire écouter deux extraits d'un entretien entre un psychiatre et son patient. Celui-ci est interpellé à deux reprises : une première fois après avoir qu'il a cassé la porte de sa chambre pendant une crise, une seconde fois après que les infirmiers ont découvert qu'il a fumé du cannabis. https://www.youtube.com/watch?v=t5K_IJ9aRKY&t=2794s (de 01:44 à 02:55 et de 06:42 à 08:42)



Consigne pour l'apprenant :

Ecoutez ces deux dialogues entre un patient et son psychiatre. Dans le premier, le patient est interpellé une première fois après qu'il a cassé la porte de sa chambre pendant une crise, une seconde fois après que les infirmiers ont découvert qu'il a fumé du cannabis.

Retrouvez dans cet entretien toutes les paroles du psychiatre tendant à cadrer les propos du patient après le sévère avertissement qu'il a reçu sans provoquer chez lui une crise d'angoisse ou une réaction hostile.

Corrigé :

Premier entretien :

- Chez vous, vous étiez réveillé*
- Vous aviez un comportement tout à fait inadapté*
- Sans même que vous vous en rendiez compte*
- Donc on va réadapter le traitement*
- Ah, l'humour est autorisé heureusement encore*

Deuxième entretien :

- Il semblerait que vous ayez repris des toxiques*
- Il y a des doutes de tout le monde concernant ça*
- C'est incompatible*
- Il faut être cohérent*
- Est-ce que vous êtes d'accord avec moi ?*
- Que vous l'ayez relativement bien supporté, au niveau de vos neurones jusqu'à maintenant, tant mieux !*
- On n'a pas envie que la suite soit négative*
- C'est que pour demain ce soit positif*
- C'est pas pour vous accompagner dans une déchéance*
- Vous êtes d'accord ?*
- Il ne s'agit pas de Gainsbourg, mais de vous*

Eventuellement faire le point sur des aspects de la culture française (référence à Gainsbourg en particulier) qui sont peut-être inconnus des apprenants, mais essentiels à connaître pour bien comprendre les enjeux de ces dialogues.

Étape 2 - CONCEPTUALISATION

Comment ça marche ?
Repérez, observez et réfléchissez !

Activité 2

Compréhension

Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Demander aux apprenants de retrouver les caractéristiques de la prise de parole du psychiatre.

Consigne pour l'apprenant :

Comment le psychiatre s'y prend-il verbalement pour aborder et régler les problèmes posés par le comportement du patient ?

Corrigé :

Ces éléments de réponse doivent se retrouver dans les réactions des apprenants:

- a- **Thème des phrases tournent toujours autour du patient :**
-Chez vous, vous étiez réveillé ; -Il semblerait que vous ayez repris des toxiques
- b- **Usage du pronom vous :**
-pas de tutoiement, plus de la moitié des interventions du psychiatre utilise le pronom *vous* soit comme sujet, soit comme pronom complément (ex. : -**Sans même que vous vous en rendiez compte**)
- c- **Phrases courtes et allant droit au but :**
-Il semblerait que vous ayez repris des toxiques ; -**Donc on va réadapter le traitement ; -C'est incompatible ; -Il faut être cohérent...**
- d- **Utilisation des adjectifs précis pour avertir sévèrement, mais sans blesser :**
-**Comportement tout à fait inadapté ; -C'est incompatible (c'est le comportement qui est inadapté ou incompatible, pas le patient en lui-même)**
- e- **Recours à une certaine forme d'ironie et d'humour :**
-**Ah, l'humour est autorisé heureusement encore ; -Il ne s'agit pas de Gainsbourg, mais de vous**
- f- **Ton rassurant :**
-**Sans même que vous vous en rendiez compte ; -C'est pas pour vous accompagner dans une déchéance ; -Donc on va réadapter le traitement**

g- Empathie :

**-On n'a pas envie que la suite soit négative ; -C'est que pour demain ce soit positif ;
-C'est pas pour vous accompagner dans une déchéance ; -Il ne s'agit pas de
Gainsbourg, mais de vous**

h- S'assurer de l'accord du patient :

-Vous êtes d'accord ?

-Au vu des résultats de cet exercice, six principes de base se dégagent, eux-mêmes divisés en deux grandes catégories : 1- efficacité de l'entretien ; 2- recherche de l'empathie. On peut voir que le discours du psychiatre dans les deux extraits se structure autour de deux buts : être efficace, d'où la concentration et la précision ; être empathique, ce qui implique à la fois de jouer sur une mise à distance et sur l'humour et l'ironie pour créer un lien thérapeutique.

Concentration → Précision → **Efficacité**

Distanciation ← **Empathie** → Humour et ironie

Thème des phrases tournent toujours autour du patient : CONCENTRATION

Utilisation des adjectifs précis pour avertir sévèrement, mais sans blesser : PRÉCISION

Phrases courtes et allant droit au but : EFFICACITÉ

Usage du pronom vous : DISTANCIATION

Recours à une certaine forme d'ironie et d'humour : HUMOUR ET IRONIE

Ton rassurant : EMPATHIE (dans le ton et la recherche de l'accord du patient)

Étape 3 - SYSTÉMATISATION

Entraînez-vous !

A-Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Faire lire ces deux reconstitutions du début d'un entretien entre un patient et son psychiatre et demander aux apprenants de les évaluer en relevant les expressions adaptées et inadaptées.

Consigne pour l'apprenant :

Lisez ces deux reconstitutions du début d'un entretien entre un patient et son psychiatre évaluez-les en relevant les expressions adaptées et inadaptées.

-Premier entretien*:

[Le clinicien entre en coup de vent et offre au patient une poignée de main vigoureuse. Il ne sourit pas.]

Clin. : Bon, Jean, je suis le docteur Dupond, c'est moi qui vais mener l'entretien. Je crois comprendre que vous avez des problèmes. Racontez-moi.

Pt. : Voyons, je ne sais pas vraiment par où commencer.

Clin. : Pourquoi pas par le commencement ? Je crois comprendre que vous avez eu un comportement un peu bizarre.

Pt. : Qui vous a raconté ça ?

Clin. : Votre femme, mais peu importe pour l'instant. J'ai besoin de connaître l'origine de tout ça.

-Deuxième entretien*:

[Le patient frappe à la porte. Le clinicien dit « Entrez ». Le patient entre dans la pièce. Le clinicien lui adresse un sourire chaleureux et spontané, se dirige vers lui calmement et lui serre la main avec une fermeté courtoise.]

Clin. : Bonjour, je suis le docteur Dupond, l'un des psychiatres seniors de cette clinique. Asseyons-nous par ici, voulez-vous. Au fait, si vous voulez, je peux accrocher votre manteau. [Il montre le mur.]

Pt. : Merci. [Il donne son manteau et s'assoit.]

Clin. : Avez-vous eu du mal à vous garer ?

Pt. : Non, pas vraiment. Ça va encore à ce moment de la journée.

Clin. : Bien. Parfois, les gens ont du mal... Pour commencer, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais vous donner une idée de ce à quoi vous pouvez vous attendre pour aujourd'hui.

Pt. : Ça me va.

Clin. : Tout d'abord, préférez-vous que je vous appelle M. Durand, ou Jean-Jacques, ou JJ ?

Pt. : Je n'aime pas vraiment « Jean-Jacques ». Vous pouvez m'appeler JJ.

Clin. : Bien. Votre femme a appelé plus tôt... vous saviez qu'elle avait déjà appelé ?

Pt. : Eh bien, plus ou moins. Elle m'avait dit qu'elle le ferait, et je lui avais dit d'accord. Je ne savais pas si elle l'avait déjà fait.

Clin. : Permettez-moi de dire en quelques mots quelle impression m'a donné son appel. Nul doute qu'elle a l'air inquiète et troublée par tout ce que vous pensez et ressentez depuis quelque temps. Il semble qu'elle vous sente un peu déprimé. Ce que je souhaiterais, c'est d'abord vous entendre vous, avoir votre point de vue sur ce qui a pu se passer. Peut-être pourriez-vous commencer par me dire un peu comment vous voyez les choses en ce moment.

Pt. : Voyons une seconde que je réfléchisse... eh bien... disons... Pour commencer, je dois admettre que, depuis quelque temps, je me sens abattu, pas déprimé, attention, mais abattu.

Clin. : Mmh.

Pt. : Au boulot, ça ne va pas bien. Mon patron est parti et il a été remplacé par quelqu'un de, comment dire, plus difficile à vivre, voilà. Résultat, j'aime beaucoup moins mon travail qu'avant.

Clin. : Où travaillez-vous donc ?

Pt. : À la menuiserie en bas.

Clin. : [Sur un ton courtois.] Poursuivez.

Pt. : Eh bien, voici 3 semaines, j'ai fait quelque chose qui ne m'était jamais arrivé en 20 ans de travail... [Silence.] [Le clinicien attend.] Je me suis fait porter malade alors que ça n'était même pas vrai.

Clin. : Mmh.

Pt. : Ce genre de comportement, ça ne me ressemble pas.

Clin. : D'accord.

*Ces entretiens, tirés de Shea (p. 59), ont été adaptés au contexte français.

Corrigé :

Premier entretien : outre le comportement du psychiatre qui peut être jugé incorrect (entrée en coup de vent, poignée de main vigoureuse, absence de sourire), les passages soulignés suivants sont des exemples d'actes de parole à proscrire :

Clin. : Bon, Jean, je suis le docteur Dupond, c'est moi qui vais mener l'entretien. Je crois comprendre que vous avez des problèmes. Racontez-moi.

Clin. : Pourquoi pas par le commencement ? Je crois comprendre que vous avez eu un comportement un peu bizarre.

Clin. : Votre femme, mais peu importe pour l'instant. J'ai besoin de connaître l'origine de tout ça.

Deuxième entretien : en plus du comportement du psychiatre qui peut être considéré comme plus adapté (sourire, poignée de main ferme mais courtoise...), les passages soulignés suivants sont des exemples d'actes de parole à conseiller :

Clin. : Bonjour, je suis le docteur Dupond, l'un des psychiatres seniors de cette clinique. Asseyons-nous par ici, voulez-vous. Au fait, si vous voulez, je peux accrocher votre manteau.

Clin. : Avez-vous eu du mal à vous garer ?

Clin. : Bien. Parfois, les gens ont du mal... Pour commencer, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais vous donner une idée de ce à quoi vous pouvez vous attendre pour aujourd'hui.

Clin. : Tout d'abord, préférez-vous que je vous appelle M. Durand, ou Jean-Jacques, ou JJ ?

Clin. : Bien. Votre femme a appelé plus tôt... vous saviez qu'elle avait déjà appelé ?

Clin. : Permettez-moi de dire en quelques mots quelle impression m'a donné son appel. Nul doute qu'elle a l'air inquiète et troublée par tout ce que vous pensez et ressentez depuis quelque temps. Il semble qu'elle vous sente un peu déprimé. Ce que je souhaiterais, c'est d'abord vous entendre vous, avoir votre point de vue sur ce qui a pu se passer. Peut-être pourriez-vous commencer par me dire un peu comment vous voyez les choses en ce moment.

Clin. : Mmh.

Clin. : Où travaillez-vous donc ?

Clin. : [Sur un ton courtois.] Poursuivez.

Clin. : Mmh.

Clin. : D'accord.

Au vu des résultats de cet exercice, les apprenants doivent pouvoir relier ces expressions avec les schémas sur la prise en charge de l'anxiété du patient vus en A.

B-Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Faire lire les deux extraits d'entretien suivants et demander quelles sont les formules humoristiques, d'ironie et d'autodérision qui ont été utilisées :

-Premier entretien*: face à un patient bien intégré mais très anxieux :

Clin. : Qu'est-ce que ça vous fait de venir aux urgences aujourd'hui ?

Pt. : C'est pour le moins perturbant. Je me sens très mal à l'aise ici, comme si j'étais vulnérable. En toute franchise, j'ai eu de très mauvaises expériences avec les médecins, alors, je ne les aime pas.

Clin. : Je vois... Eh bien, à moi aussi, ils me fichent la trouille, [il sourit pour signaler la drôlerie de son commentaire.]

Pt. : [Rire léger.] Mais je croyais que vous étiez docteur.

Clin. : C'est vrai. [Silence, il sourit.] Et c'est bien ça qui me fait peur.

Pt. : [Il rit et sourit.]

Clin. : Racontez-moi un peu mieux certaines de vos mauvaises expériences avec les médecins parce que je veux m'assurer de ne pas agir d'une manière qui vous dérange ou vous effraie. Ce serait la dernière chose que je souhaiterais.

Pt. : Bon, ça fait plaisir à entendre. Mon dernier médecin se souciait comme d'une guigne de ce que je lui racontais, en plus il utilisait toujours des grands mots.

-Deuxième entretien*: face à une patiente très anxieuse qui a honte d'avoir volé une barre chocolatée alors qu'elle avait 10 ans :

Clin. : Par le passé, avez-vous eu des problèmes avec la loi ou été arrêtée ?

Pt. : Je n'ai jamais été arrêtée. [Silence, elle baisse un court instant les yeux.] Mais il m'est arrivé de voler quelque chose. Je sais que c'était mal.

Clin. : Oh, qu'avez-vous volé ?

Pt. : J'ai volé une barre chocolatée. J'avais environ 10 ans. Je m'en veux. Je sais que ce n'était pas bien. [Elle a vraiment l'air gênée et elle s'empresse d'ajouter...] Depuis, je n'ai plus rien volé.

Clin. : Bon, mettons les choses au point. À l'âge de 10 ans, vous êtes entrée dans un magasin, vous avez sorti un couteau, volé pour 200 dollars de vêtements, empoché pour 500 dollars de bijoux et, en partant, vous avez donné un coup de pied au chat à moitié aveugle du patron. [Le clinicien sourit.]

Pt. : [Elle a l'air complètement consternée.] Oh, mon Dieu, non ! (...) Bien sûr que non. [Elle sourit d'un air penaud.] Après tout, je pense que ça n'était pas si grave que ça.

Clin. : Pas grave ! [Dit sur un ton de feinte sévérité.] Allons donc, vous avez volé une barre Milky Way, hein ? Et une grande barre, en plus, je parie. Sapristi, j'ai bien envie d'appeler la police tout de suite, mais le délai de prescription doit être dépassé maintenant.

Pt. : [Elle rit et sourit.] Ça va, ça va, j'ai compris. Des fois, je prends les choses trop au sérieux. [Elle continue de rire doucement.]

Clin. : [Il reprend une voix normale.] Vous savez, Jane, si vous me le permettez, je vais me risquer à dire quelque chose. Je parie que vous avez tendance à ne pas vous faire beaucoup de cadeaux.

Pt. : Eh bien, je pense qu'on peut dire les choses comme ça. [Elle sourit.]

Clin. : Nous pourrions peut-être voir cela en thérapie. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles vous êtes tellement anxieuse. Cela vous semble-t-il une bonne idée ?

Pt. : Oui. Je pense que ce serait une très bonne chose à faire. Même si je le redoute un peu.

Corrigé :

Ont été surlignés en jaune les formules d'humour, en bleu les formules d'ironie et en gris les formules d'autodérision.

Humour

Premier entretien :

Clin. : *Qu'est-ce que ça vous fait de venir aux urgences aujourd'hui ?*

Clin. : *Je vois... Eh bien, à moi aussi, ils me fichent la trouille, [il sourit pour signaler la drôlerie de son commentaire.]*

Clin. : *C'est vrai. [Silence, il sourit.] Et c'est bien ça qui me fait peur.*

Clin. : *Racontez-moi un peu mieux certaines de vos mauvaises expériences avec les médecins parce que je veux m'assurer de ne pas agir d'une manière qui vous dérange ou vous effraie. Ce serait la dernière chose que je souhaiterais.*

Deuxième entretien :

Clin. : *Par le passé, avez-vous eu des problèmes avec la loi ou été arrêtée ?*

Clin. : *Oh, qu'avez-vous volé ?*

Clin. : *Bon, mettons les choses au point. À l'âge de 10 ans, vous êtes entrée dans un magasin, vous avez sorti un couteau, volé pour 200 dollars de vêtements, empoché pour 500 dollars de bijoux et, en partant, vous avez donné un coup de pied au chat à moitié aveugle du patron. [Le clinicien sourit.]*

Clin. : *Pas grave ! [Dit sur un ton de feinte sévérité.] Allons donc, vous avez volé une barre Milky Way, hein ? Et une grande barre, en plus, je parie. Sapristi, j'ai bien envie d'appeler la police tout de suite, mais le délai de prescription doit être dépassé maintenant.*

Clin. : *[Il reprend une voix normale.] Vous savez, Jane, si vous me le permettez, je vais me risquer à dire quelque chose. Je parie que vous avez tendance à ne pas vous faire beaucoup de cadeaux.*

Clin. : *Nous pourrions peut-être voir cela en thérapie. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles vous êtes tellement anxieuse. Cela vous semble-t-il une bonne idée ?*

C-Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Demandez à faire la liste des expressions humoristiques et d'auto-ironie que les apprenants utilisent dans leur pratique et essayez de les rendre correctement en français.

Étape 4 - RÉINVESTISSEMENT

C'est à vous !

Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

-Organiser un jeu de rôle à partir d'un extrait d'une vidéo dans lequel est relatée l'hospitalisation d'un patient (Pierre) très agité et tenant des propos inappropriés au personnel infirmer. Le but est d'imaginer l'entretien entre le psychiatre et Pierre au vu du rapport que les infirmiers auront fait.

Consigne pour l'apprenant :

-Ecouter l'extrait de la vidéo suivante au cours duquel Pierre, un patient agité et suicidaire, tient des propos inappropriés au personnel infirmier. Imaginez l'entretien (5 minutes) que le psychiatre aura avec Pierre suite aux événements qui ont été filmés et au vu du rapport que les infirmiers vont écrire. Tenir compte des faits relatés.

-Travailler par paire, l'un jouant le rôle du psychiatre, l'autre le patient, mais vous devez préparer le jeu de rôle chacun de votre côté sans vous consulter.

Je vis avec un schizophrène (Paganelli/Lebas) :

<https://www.youtube.com/watch?v=rGuwoKTjhBo> (de 3:45 à 6:08)

Proposition de correction :

-Les apprenants adopteront sans doute différentes approches du traitement, mais il faudra contrôler que les paroles proférées lors de l'hospitalisation soient prises en compte par le psychiatre (en particulier l'incident à propos du rasoir).

Paroles du patient qui ont été rapportées au psychiatre (à propos du rasoir) :

« C'est pour me tailler les veines » ; « Je vais me tailler les veines devant ta gueule » ; « je rigole... » ; « j'ai été méchant » ; « je m'en veux ».

-Les interventions des apprenants jouant le rôle du psychiatre devraient se structurer autour des points du schéma présenté en A :

Concentration → Précision → Efficacité

Distanciation ← Empathie → Humour et ironie

Thème des phrases tournent toujours autour du patient : CONCENTRATION

Utilisation des adjectifs précis pour avertir sévèrement, mais sans blesser : PRÉCISION

Phrases courtes et allant droit au but : EFFICACITÉ

Usage du pronom vous : DISTANCIATION

Recours à une certaine forme d'ironie et d'humour : HUMOUR ET IRONIE

Ton rassurant : EMPATHIE (dans le ton et la recherche de l'accord du patient)

Propositions d'expressions :

CONCENTRATION : Alors, on m'a rapporté que vous vouliez vous ouvrir les veines ?; Vous avez menacé les infirmiers de vous tuer devant eux ?

PRÉCISION : C'est un comportement inacceptable ; Ce ne se fait pas ; Vous êtes venu à l'hôpital de votre propre chef.

EFFICACITÉ : On va vous mettre sous observation, mais pour le moment, on va vous éloigner de tout objet dangereux à votre portée.

DISTANCIATION : *Toujours vouvoyer*

HUMOUR ET IRONIE : Cela vous arrive souvent de vous raser les veines ?; Vous dites que vous avez été méchant, mais c'est plutôt de la provocation ou bien je me trompe ?

EMPATHIE : Qu'est-ce qui vous a poussé à venir nous voir ? On est là pour vous aider ; vous avez de bonnes intentions

3. TÂCHE FINALE

1. ÉTAPES DE LA TÂCHE FINALE

Étape	Activités / Supports	Dispositif pédagogique <i>Individuel – Binômes</i> <i>Sous-groupe - Groupe-classe</i>
1° Préparation	<p>-Visionner une séquence de la vidéo relatant l'hospitalisation d'un patient agité suicidaire : <i>Je vis avec un schizophrène</i> (Paganelli/Lebas) https://www.youtube.com/watch?v=rGuwoKTjhBo (de 13:03 à 17:38)</p> <p>-Instructions : imaginez et jouez le premier entretien avec le psychiatre suite à l'hospitalisation.</p> <p>-Les trois aspects suivants doivent se retrouver dans la consultation :</p> <p>1-établissement d'un lien empathique</p> <p>2-diminution de l'angoisse</p> <p>3-présentation de la thérapie à venir</p>	-Individuel
2° Réalisation	-Jeu de rôles : une consultation	-Binôme

3° Modalités d'évaluation	-La consultation (jeu de rôle) dure de 10 à 15 minutes précédées de 5 minutes pour le visionnement de la vidéo, 30 minutes de préparation pour le jeu de rôle.	
----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2. ACTIVITÉS

Étape 1 - Préparation

Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Situation : Un patient suicidaire au gaz est amené de nuit aux urgences psychiatriques par les pompiers et les policiers.

Tâche : Après visionnement de la vidéo, préparez un jeu de rôle au cours duquel vous vous entretenez avec le patient. Il est important que les trois points suivants se retrouvent dans votre intervention : établissement d'un lien empathique ; diminution de l'angoisse et présentation de la thérapie à venir.

Vidéo : <https://www.youtube.com/watch?v=ABiWEyHaKNU&t=739s>, de13:03 à 17:38

Étape 2 - Réalisation

Descriptif de l'activité pour l'enseignant:

Consigne : L'enseignant jouera le rôle du patient. Le jeu de rôle durera entre 10 et 15 minutes. L'apprenant disposera de 30 minutes pour préparer le jeu de rôle.

Étape 3 - Évaluation

Grille d'évaluation de la tâche finale

DEGRE DE REALISATION DE LA TACHE	Réalisation de la tâche insuffisante	Réalisation de la tâche suffisante	Réalisation de la tâche complète
Posture professionnelle	<i>Le discours ne correspond pas à ce qui est attendu d'un médecin-psychiatre lors d'un entretien (par exemple familiarité, incompréhension des troubles du patient...)</i>	<i>La posture est adaptée à un examen clinique : sérieux et politesse, respect du patient, prise en compte des particularités du patient.</i>	<i>La posture est tout à fait adaptée à un examen clinique : sérieux et politesse, respect du patient, prise en compte des particularités du patient.</i>
Pertinence et exhaustivité du discours selon les instructions	<i>Plusieurs informations essentielles pour accomplir la tâche professionnelle sont manquantes ou incorrectes, par exemple au moins l'un des aspects requis (empathie, diminution de l'anxiété et communication de l'espoir sont absents)</i>	<i>Le discours tenu contient les trois aspects demandés (empathie, diminution de l'anxiété et communication de l'espoir)</i>	<i>Le discours tenu contient les aspects demandés (empathie, diminution de l'anxiété et communication de l'espoir) de manière convaincante.</i>
Organisation du discours	<i>L'interaction avec le patient est compromise en raison du manque d'organisation du discours du psychiatre ou bien le discours manque de cohérence</i>	<i>Le discours est suffisamment bien organisé pour que les interventions du psychiatre soient comprises par le patient</i>	<i>Le discours est bien organisé. Le propos est cohérent et des éléments de cohésion font que le discours psychiatrique est efficace et clair</i>

DEGRE DE MAITRISE DES COMPETENCES LINGUISTIQUES	Ne correspond pas au niveau visé	Suffisant pour le niveau visé	Correspond pleinement au niveau visé
Lexique et expressions adéquates	<i>Lexique trop basique pour que les patients comprennent sans problème</i>	<i>Il peut y avoir des erreurs de grammaire, mais le propos est compréhensible</i>	<i>La langue utilisée est nuancée et ne contient que très peu d'erreurs</i>
Clarté de l'énonciation	<i>Plusieurs mots, surtout les plus importants, ne sont pas bien compris en raison de leur mauvaise prononciation</i>	<i>Malgré des irrégularités ou des erreurs de prononciation ne provoquent pas d'incompréhensions graves</i>	<i>La prononciation et le flux des paroles correspondent complètement au niveau demandé</i>
Syntaxe et correction grammaticale	<i>Il y a de nombreuses erreurs qui rendent la compréhension des propos problématique</i>	<i>Malgré quelques erreurs et approximations, le texte est compréhensible</i>	<i>Très peu ou pas d'erreurs. Aucun problème d'interprétation.</i>

III. BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAPHIE

Ouvrages :

CARLAT, Daniel J., Techniques d'entretien et d'évaluation en psychiatrie, Maloine, 2017 (2018 pour la traduction française), 350 p.)

FASSIER, Thomas, TALAVERA-GOY, Solange, *Le français des médecins*, PUG, 2008, 331 p.

GRUET-COQUET, Noémie, *Favoriser l'émergence de l'empathie dans l'entretien psychiatrique. Création d'un support audiovisuel à visée d'enseignement*, Thèse pour le diplôme de docteur en médecine, DES de psychiatrie, Université de Nantes, 2014, 170 p.

MONFORT, Jean-Claude, KOSKAS, Pierre, *Premier entretien, Symptômes et vocabulaire des patients ayant des difficultés psychologiques et psychiatriques*, Editions Heures de France, 1996, 236 p.

SHEA, Shawn Christopher, *La Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension*, Elsevier, 1998 (2005 pour la traduction française), 721 p.

Sites Internet :

AgiSanté. Agisanté Healthcare Recruitment Kft., 2016, [consulté 09-03-2020], <http://www.agisante.com/fr>.

Euromotion Medical. Société Euromotion Medical, 2013, [consulté 09-03-2020], <http://www.euromotion-medical.com>.

Medicis Consult. Medicis Consult, 2018, [consulté 09-03-2020], <http://www.medicis-consult.com>.

Pages de site Internet :

-Association des établissements du service public de santé mentale, 06-04-2016, [consulté 09-03-2020]. « Soins à la demande d'un tiers... ». <http://www.adesm.fr/soins-a-la-demande-dun-tiers-sortie-requise-quelle-conduite-tenir-a-la-suite-dune-demande-de-sortie-requise-concernant-une-personne-admise-en-soins-a-la-demande-dun-tiers/>

- Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique [consulté 09-03-2019].
<http://www.asso-aesp.fr/site-de-laesp/>
- Berrebi-Bonin, Sandy. Egora.fr, 10-02-2017, [consulté 09-03-2020]. « La France est un désert psychiatrique ». <https://www.egora.fr/actus-pro/sante-publique/22132-la-france-est-un-desert-psychiatrique-cela-entraîne-plus-de-passages>
- Cortès, Marie-José. Francetvinfo.fr, 10-01-2018, [consulté 09-03-2020]. « La Crise de la psychiatrie est nationale et profonde ». https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/la-crise-de-la-psychiatrie-est-nationale-et-profonde_2554991.html
- Glossaire des abréviations médicales courantes en Suisse, [consulté 09-03-20320].
<http://abreviationsmedicales.ch/type/psychiatrie>
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [consulté 09-03-2020]. « Information du patient dans la loi du 4 mars 2002 : accès aux informations de santé ».
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, 06-07-2011, [consulté 09-03-2020].
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>
- Paganelli, Dominique/Lebas, Aude. *Urgences psychiatriques 1/2*, [consulté 09-03-2020].
https://www.youtube.com/watch?v=t5K_IJ9aRKY&t=2794s
- Paganelli, Dominique/Lebas, Aude. *Je vis avec un schizophrène*, [consulté 09-03-2020].
<https://www.youtube.com/watch?v=rGuwoKTjhBo>
- Psycom. Soins psychiatriques et consentement, [consulté 09-03-2020].
<http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Soins-psychiatriques-et-consentement>
- Scialom, Philippe. 3 Dépression 1 : Monsieur Durand veut arrêter sa psychothérapie, [consulté 09-03-2020]. https://www.youtube.com/watch?v=UA_9thv9LZ8&t=195s
- Scialom, Philippe. 4 Dépression 2 inversion rôles : Contournement de la résistance, [consulté 09-03-2020]. <https://www.youtube.com/watch?v=m4WNmfuLdLc&t=158s>
- Vie croisée*, W9 : « Sandra, t'es sûre, hein ? » [consulté 09-03-2020].
<https://www.youtube.com/watch?v=x3gfERflaIQ>

IV. ANNEXES

1- ► ENTRETIEN AVEC LE DR PATRICK STOESSEL, PSYCHIATRE À PARIS

5 avril 2018 :

Présentation générale : psychiatre à Paris, surtout en cabinet privé, depuis près de trente ans.

Est-ce qu'il y a des différences fondamentales entre l'exercice de la psychiatrie en cabinet et celle pratiquée en milieu hospitalier?

-Sur le plan clinique : à l'hôpital : pathologies plus lourdes qu'en ville.

S'ils viennent de la ville, ils sont souvent en décompensation. Hospitalisation nécessaire.

1-Pathologies lourdes : psychoses

2-Patients ambulatoires : pathologie de ville décompensée

-En ville : plus courantes, plus sévères, accidents de la vie, surmenage. Quelques troubles bi-polaires et schizophrènes, mais équilibrés. Peuvent être envoyés en hospitalisation sans consentement (Même hospitalisation (SDT : Soins à la Demande d'un Tiers – proche, patient, à la limite une assistante-sociale – peut être suscités par le médecin-psychiatre). Exceptionnel en cabinet, tout de même.

Ou SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat. Souvent une situation d'urgence. Plusieurs aspects légaux.

-En France, en milieu urbain, il faut distinguer plusieurs cadres de soin : hospitalisation en hôpital psychiatrique public (sectorisé) – gratuit et pas besoin d'un médecin (hospitalisation libre).

Dispensaires liés aux hôpitaux, sur recommandation d'une infirmière d'orientation. Souvent le patient n'a pas le choix du psychiatre.

-hospitalisation privée : cliniques, soins hospitaliers pour des personnes moins désinsérées qu'à l'hôpital. Pathologies sévères mais uniquement pour des patients consentants aux soins. Cas lourds, mais consentants. Les patients savent qu'ils seront mieux pris en charge (niveau de confort).

Aussi en clinique : séjours de rupture : le patient, hospitalisé, va être soustrait à un environnement professionnel et/ou affectif stressant.

Souvent les cliniques privées prennent en compte les troubles addictifs.

-Manque généralisé de psychiatre, partout en France, en cliniques comme à l'hôpital. Manque de formation des psychiatres (comme tous les médecins – faute de prévision de l'état qui a causé une pénurie de moyens pour réduire les dépenses). Pour la psychiatrie, il y a un transfert vers les psychologues de ville, mais les psychologues ne peuvent pas prescrire (peut virer au charlatanisme). Limité à la psychothérapie.

-Il y a des psychiatres étrangers qui soignent des patients parlant la même langue.

-Mais pour la population française, il y a depuis longtemps des Maghrébins, mais aussi des Roumains (Europe centrale), des Portugais, des Espagnols.

-Important : courants de psychothérapies en usage en France ; aspects médico-légaux ; régimes de la curatelle, de la tutelle. Cadre juridique : site internet : curatelle-tutelle, Légi-France.

Plus précisément, au cours de la cure, y a-t-il des actes de parole différents dans la mesure où le contact avec le patient n'est peut-être pas le même ?

-en cabinet : entretien, écoute, psychothérapie, histoire familiale...

-en hôpital : état si sévère que la psychothérapie est impossible dans un premier temps, pas d'échanges langagiers parfois à cause de la décompensation ou du délire. Plus technique. Urgences psychiatriques, patients envoyés par les pompiers, psychiatre de garde. Celui-ci prend le temps de parler (jusqu'à une heure). La formation se fait en assistant aux entretiens réels. Signes cliniques peuvent être aussi en dehors du langage (mimique, gestes, attitudes). Entretien avec l'entourage est aussi important.

-urgences psychiatriques en France : seulement de l'orientation, en général, après 72h (règlement d'un hôpital, par exemple). Interné. Internet : modes d'internement en psychiatrie en France.

J'imagine que dans un cabinet, le patient est beaucoup plus volontaire et prêt à collaborer, ce qui implique que les actes de parole sont plus libres que dans un centre hospitalier où certains patients se sentiraient contraints d'être là. Mais peut-être que je suis complètement à côté de la plaque.

Est-ce qu'un médecin-psychiatre fait des anamnèses comme un autre médecin ?

-Compte rendu d'hospitalisation. Loi sur l'accès à l'information. Mais seulement conseillé, pas obligatoire.

Modalités de la prise en charge des patients psychiatriques.

Spécificités légales de l'exercice de la psychiatrie. Langage psychiatrique.

2-ENTRETIEN AVEC CATHARINA ROSÉN, EX-PSYCHOLOGUE À L'HÔPITAL DE VILLE-LA-GRAND

23 juin 2018 :

Présentation générale:

-Suédoise qui a fait une formation de psychologue de cinq ans et un stage clinique à Genève à la fin des années 90 et au début des années 2000.

Catharina Rosén (CR) a exercé deux ans dans un hôpital psychiatrique privé français (Ville-la-Grand) spécialisé dans les problèmes d'anxiété et de dépression (pas de patients psychotiques). CR a fait des séances de psychothérapie/traitements psychologiques sous la surveillance d'un psychiatre. A fait des comptes rendus médicaux, mais pas d'anamnèse ni de diagnostic. Elle s'est concentrée surtout sur le traitement.

CR avait fait quelques cours de psychologie en Suède avant de s'installer en Suisse. Elle n'a jamais pratiqué en Suède.

Points importants de l'entretien:

Elle souligne d'emblée qu'il est plus facile de faire un entretien psychiatrique qu'une psychothérapie. L'anamnèse psychiatrique est relativement facile car plus cadrée et plus structurée: symptômes, histoire de la maladie, événements personnels, histoire de la famille... Les questions posées sont structurantes et les réponses aident à faire le bilan. L'orientation de celui-ci dépend de la théorie employée. Il y en a deux principalement: psychodynamique et thérapie cognitivo-comportementale.

a)-Thérapie Psychodynamique: tradition européenne et d'inspiration freudienne même si plusieurs paramètres du cadre psychanalytique sont modifiés. Ce courant est très présent en France vue l'influence considérable de la psychanalyse dans ce pays.

b)-Thérapie Cognitivo-comportementale (TCC): vient des Etats-Unis. En vogue en Suède et dans les pays du Nord de l'Europe qui ont subi une forte influence américaine, mais pas en Suisse ou en France. Elle se base essentiellement sur les faits et leurs représentations par l'individu. Cette approche se divise elle-même en deux branches:

1-purement comportementaliste: se concentre sur l'observation du comportement du patient et sur les faits.

2-purement cognitiviste, plus proche du freudisme car elle s'intéresse aux représentations conscientes et inconscientes de l'individu, mais sans recourir à la notion d'inconscient (plutôt schéma mental plus ou moins conscient).

A l'hôpital où CR a exercé, il y avait des praticiens venant des deux écoles, psychodynamique et cognitivo-comportementale.

Il y a aussi d'autres écoles: -approche rogerienne (Carl Rogers) ou approche centrée sur la personne; approche systémique (Thérapie de la famille – pas d'introspection, mais voir les comportements entre les membres d'une famille – la famille est le patient et non l'individu; interaction...)

-Réflexion sur les actes de parole au cours d'une psychothérapie:

-Prise de contact: facile en général. Peu de problèmes de compréhension entre le patient et CR, mais en revanche, l'expression était difficile. Si c'était un paysan des Alpes, elle n'avait pas peur, mais quand il s'agissait d'un juriste ou d'un intellectuel travaillant pour un organisme international, il y avait un problème de confiance et de crainte. Crainte que le patient intellectuel ne se sente pas en sécurité vu les fautes de français qu'elle pouvait commettre. Mais ces craintes n'étaient pas fondées. Même, CR avait moins de problèmes de contact que les francophones de naissance car son expérience internationale a fait qu'elle pouvait comprendre un public varié. Manière de tirer avantage d'un handicap.

-Compréhension orale: aucun problème puisqu'elle avait vécu dans un pays francophone.

Son problème : faire face à un dépressif était difficile, car chaque mot est important. C'est lorsque l'on va en profondeur dans le traitement que les mots mal choisis peuvent avoir des conséquences catastrophiques: détruire, blesser, engendrer la méfiance. Très délicat. C'est le déroulement thérapeutique qui est délicat.

Dans une crise de larmes, les mots sont importants et l'expression doit être très fine et subtile de la part du psychothérapeute.

Pour contrer cela, elle faisait des jeux de rôles avec ces collègues praticiens à partir des cas réels. On pouvait avoir des confrontations des théories réelles. Pas besoin d'avoir recours aux rapports médicaux.

Les notes personnelles ne sont pas des dossiers médicaux. Les premières sont vraiment personnelles, mais elles sont brûlées après le traitement.

-Distinguo à faire entre un psychiatre qui est uniquement psychiatre (qui fait une anamnèse, pose un diagnostic, prescrit un traitement et fait le suivi du patient) et un psychiatre faisant

aussi de la psychothérapie. C'est une formation complémentaire de trois ans et les praticiens sont alors mieux rémunérés.

Résumé des points essentiels de l'entretien avec CR:

-Le psychiatre étranger doit être conscient de l'importance de la psychodynamique et de la psychanalyse en France. Plus grande finesse qu'en Suède: finesse dans l'approche psychothérapeutique qui est beaucoup plus humaniste qu'en Suède ou aux Etats-Unis.

-Le traitement touche à des moments très délicats de la vie du patient et le patient devient sensible. C'est là où il faut savoir gérer très finement la langue.

-On ne fait pas de vraies psychothérapies avec les psychotiques. C'est avec les dépressifs, les angoissés et les troubles de personnalité (hystériques, cas limites, schizoïdes, narcissistes, dépendants ...) qu'une psychothérapie est possible.

3-ENTRETIEN AVEC CATHARINA RINGER, RESPONSABLE PÉDAGOGIQUE DE PARAGONA (VARSOVIE)

18 avril 2018

Paragona (Cabinet de recrutement de médecins situé en Pologne et faisant affaires avec de nombreux pays européens).

-Le besoin de psychiatres se fait de plus en plus sentir. Chez Paragona, on a pris l'habitude de commencer avec la langue psychiatrique assez tôt, en parallèle avec la langue standard.

-Paragona n'a pas formé beaucoup de psychiatres pour la France, mais plusieurs pour la Suède où les autorités de tutelle veulent que les psychiatres atteignent le niveau C1 avant de pouvoir pleinement exercer. Paragona les recrute au niveau B2 quand ils commencent la formation qui se fait le plus souvent en ligne (au début).

-Les hôpitaux suédois contactent directement l'agence. Celle-ci rend public la vacance du poste. Elle fait ensuite tester les candidats par un psychologue afin de s'assurer qu'ils sont prêts à opérer un changement important dans leur vie : ils doivent quitter leur pays, et on doit s'assurer qu'ils sont mentalement stables. De plus, on vérifie qu'ils ont un casier judiciaire vierge et ne sont pas défavorablement notés par le conseil de l'ordre des médecins de leur pays d'origine. Mais ce sont les hôpitaux en Scandinavie, qui ont invité les candidats à passer quelques jours, qui prennent la décision finale de les déclarer admissibles au poste.

-En moyenne, il y a huit candidats pour seulement 5 places. Une fois sélectionnés, les médecins commencent leur formation en ligne avant de la poursuivre au centre de formation de Paragona à Varsovie.

-Comme il s'agit d'un recrutement qui coûte cher, tous les acteurs impliqués doivent s'engager sérieusement.

-Les candidats se rendent à l'hôpital durant leur formation linguistique. Ils ne commencent pas à travailler tout de suite, mais sont peu à peu instruits dans leur nouvelle fonction. C'est du moins le cas avec les hôpitaux scandinaves alors qu'en France, où Paragona a tenté d'envoyer des médecins, les hôpitaux pensent que le médecin peut commencer à travailler dès son installation. Mais cela ne fonctionne pas.

-Il y a des règles spécifiques pour la psychiatrie d'un pays à l'autre et il faut s'y soumettre, mais le plus important est qu'il doit y avoir une bonne collaboration entre les hôpitaux et l'agence vu l'importance des sommes investies.

-Paragona s'inspire de la documentation que les agences de santé régionale en Suède ont produite et les transforme en matériel pédagogique.

4-Retranscription de deux dialogues servant d'appui à l'anamnèse

Première consultation :

M – Bonjour, Madame.

P – Bonjour, Docteur.

M- Alors qu'est-ce qui vous amène?

P- Depuis quelques temps j'ai des picotements et des sensations de brûlure le long du bras gauche. Vous voyez là tout le long. Ca part du cou et ça descend jusqu'au poignet.

M- Comment est-ce apparu?

P- Je ne saurais pas dire. Il me semble que c'est apparu progressivement il y a un mois environ.

M- Et dans quelle position cela vous le fait-il? Est-ce que c'est permanent ou à certains moments?

P- Ca me le fait surtout la nuit et ça m'empêche de dormir. Mais de toute façon, ça fait déjà quelques temps que je dors mal.

M- Ah bon? c'est-à-dire?

P- Eh bien j'ai du mal à m'endormir et je me réveille vers 4h du matin et j'ai du mal à me rendormir. Parfois je ne me rendors pas du tout. Ça fait bien un mois un mois et demi maintenant; depuis que je suis rentrée de vacances.

M- Mais ces brûlures est-ce qu'elles sont apparues après un faux- mouvement, une secousse violente ou quelque chose de ce genre?

P- ... non je ne vois pas.

M- Vous avez des antécédents? Des traumatismes, chute, accidents de voiture?

P- Non je ne vois pas.

M- Vous pratiquez un sport?

P- Oui, je fais de la gymnastique une fois par semaine dans un club, mais vous savez, Docteur, je fais ça avec un entraîneur et il ne me fait jamais faire de mouvement brusque; et puis de la natation une fois par semaine aussi.

M- Vous prenez des médicaments ?

P- A part la pilule, non rien.

M- Vous n'avez pas pris de somnifères ou des médicaments contre la douleur ?

P-Non.

M- Vous avez quel âge ?

P- 40 ans.

M- Vous faites quoi comme métier ?

P- Je suis assistante de direction dans une compagnie d'assurance ; je travaille au service de la DRH au siège social à La Défense.

M- Je suppose que vous travaillez beaucoup sur ordinateur ? Vous êtes bien installée à votre bureau ?

P- Oui j'ai un ordinateur mais je n'y passe pas tout mon temps et nos bureaux sont très modernes. Ils ont été refaits l'an dernier et on a acheté du mobilier très ergonomique.

M- Et vous êtes mariée ; vous avez des enfants ?

P- Oui, j'ai deux enfants qui ont 6 et 9 ans.

M- Vous ne portez pas de charges lourdes, quand vous faites les courses par exemple ?

P- Non j'achète toutes les courses lourdes sur internet et je me fais livrer.

M- Est-ce que vous avez des maux de tête ?

P- Euh... oui ça m'arrive de temps en temps depuis quelques années. Ca arrive souvent au moment des règles et je prends un ou deux Advil et ça passe parfois ; et puis quand je suis fatiguée ou que j'ai eu du stress au boulot.

M- Vous avez maigri récemment ? ou une perte d'appétit ?

P- Non je ne crois pas.

M- Bien, je vais vous examiner ; défaites-vous un peu et allongez-vous sur la table.

M- Est-ce que ça fait mal là ?

P- Non.

M- Et là ?

P- Non plus ;

M- Bien asseyez-vous maintenant.

-

M- Je vais vous prendre la tension ... 12/7 bien.

(L'examen clinique est normal)

M- Bien c'est parfait. Vous pouvez-vous rhabiller. Tout est normal. On va faire quelques examens : voilà une ordonnance pour une prise de sang vous allez faire une numération, une VS, un bilan phospho-calcique, urée, créatinine, ionogramme et puis vous allez faire des radios et puis vous reviendrez me voir. En attendant je vais vous prescrire un antalgique : Doliprane un comprimé trois fois par jour. Voulez-vous que je vous prescrive un somnifère ?

P- Je ne sais pas, j'ai peur de ne pas arriver à me réveiller le matin mais pourquoi pas?

M- Je vais vous donner du Stilnox, c'est un somnifère d'action rapide et vous ne devriez pas avoir de problème. Prenez un demi-comprimé, une demi-heure avant de vous coucher. Vous n'êtes pas obligée de le prendre tous les soirs.

P- D'accord...merci Docteur...au revoir.

M- Au revoir, Madame

Deuxième consultation :

P- Bonjour, Docteur.

M- Bonjour, Madame. Alors comment allez-vous ?

P- Eh bien c'est pas terrible. J'ai toujours mal et les somnifères me rendent molle dans la journée. Je suis somnolente toute la matinée et je manque d'entrain. Mes maux de tête ont augmenté ; j'en ai presque un jour sur deux. J'ai fait les examens que vous m'aviez demandé de faire... (elle cherche dans son sac) les voilà.

M- Oui, merci ; j'avais reçu vos résultats de prise de sang par internet : tout est rigoureusement normal. Vous avez les radios ?

P- Oui les voici :

M- Merci ; voyons ça... (il regarde les radios sur son négatoscope) ... hum ...bon. Mais c'est très bien tout ça. Non tout est bien il n'y a aucune lésion sur le rachis cervical ni problème de disque inter-vertébral. Tout est normal.

P- Ca ne résout pas mon problème... (Elle se met à pleurer discrètement)

M- ... ça ne va pas ? Vous n'avez pas le moral ? Vous avez du mal à vous concentrer en ce moment ?

5-Corrigé de l'exercice sur l'anamnèse

Exercice: Ecoutez le dialogue et notez toutes les informations relatives à la situation du patient.

Motif de la visite:

Symptômes subjectifs : plaintes exprimées de sensations de brûlures et de picotements le long du bras gauche (membre supérieur gauche, du cou au poignet).

Antécédents :

- familiaux : aucun, non signalés
- médicaux : céphalées occasionnelles traitées par ADVIL[®]
- chirurgicaux : aucun
- allergiques : aucun
- gynéco-obstétricaux : deux grossesses normales.

Traitement habituel :

Pilule contraceptive (oestro-progestative)

Advil

Mode de vie:

Mariée deux enfants

Profession : assistante de Direction à la DRH d'une compagnie d'assurance à la Défense.

Anamnèse : Apparition progressive il y a une quinzaine de jours de douleurs du membre supérieur gauche à type de picotements (paresthésies) et de sensations de brûlure survenant essentiellement la nuit avec retentissement sur le sommeil. Ces symptômes ont été précédés depuis quelques temps par l'apparition de troubles du sommeil (dysomnie) (avec réveils matinaux précoces) depuis environ un mois et demi, c'est-à-dire depuis le retour des vacances.

L'apparition des symptômes n'a pas été provoquée par un traumatisme physique. On note également des céphalées traitées par Advil au moment des menstruations ou en périodes de fatigue. Il existe un contexte de surmenage professionnel d'intensité modérée. On ne note pas d'amaigrissement ni d'anorexie.

Examen clinique :

Normal avec une tension à 12/7.

Pas de douleur provoquée à la manipulation du bras gauche ni de contracture musculaire.

Les articulations ne présentent pas de signes inflammatoires, en particulier ni oedème ni rougeurs cutanées. L'examen cutané est normal. L'examen neurologique est normal avec en particulier réflexes ostéo-tendineux normaux et symétriques et absence de déficit moteur et sensitif.

Auscultation cardiaque est normale (absence de souffle), pouls régulier. L'examen des gros troncs artériels est normal (pouls bien frappé). La palpation de la thyroïde est normale et les aires ganglionnaires sont libres.

Examens complémentaires prescrits : examens biologiques : numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, un bilan phosphore calcique, urée, créatinine, ionogramme. Radiographie : rachis cervical, face et profil. Eventuellement pourra être demandé un scanner du rachis cervical qui ne se justifie pas en première intention.

Traitement prescrit : antalgiques ordinaires : paracétamol, 1 g. 3 à 4 fois par jour. Stillnox, un demi à un comprimé une demi-heure avant le coucher en cas d'insomnie, si possible pas tous les soirs (nom générique du médicament Zolpidem).

6-Formulaire de l'observation médicale

Motif de la visite:

Antécédents : - familiaux :

-médicaux :

-chirurgicaux :

-allergiques :

-gynéco-obstétricaux :

Traitement habituel :

Mode de vie:

Anamnèse :