



LA MEDECINE DE FAMILLE :

Formation théorique et pratique

Document cadre d'orientation générale du programme de formation des résidents en MF

Conçu par le collège national de médecine de famille- Février 2020

**Révisé par le département de médecine de famille de la faculté de
médecine de famille de Sfax- Janvier 2024**

**Collège National des Médecins de Famille
(CNMF)**

*** Cette version est une mise à jour du document conçu par le CNMF en 2020**

LA MEDECINE DE FAMILLE : formation théorique et pratique

Collège National des Médecins de Famille (CNMF)

La médecine de famille (MF) est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins de santé de base (soins primaires). Sa spécificité, telle que définie par un groupe d'expert de l'OMS, s'articule autour des 10 principes essentiels sous-énumérés.

I - Les fondamentaux de la MF

1. Une approche centrée sur le patient

Le point de départ de la démarche clinique est le patient : ses demandes, ses besoins et sa personnalité. Il est aussi important de s'occuper du vécu de la maladie que de la maladie elle-même, car l'anamnèse centrée sur le patient améliore le résultat final. Le dénominateur commun est la personne, avec ses croyances, ses peurs, ses attentes, ses affections.

Quatre conséquences en découlent :

- la décision résulte d'une négociation avec le patient,
- la prise en compte des aspects personnels demande un travail relationnel et donc une formation adaptée,
- la relation médecin-malade qui procède de cette approche, inclut le médecin dans le processus thérapeutique,
- dans les études épidémiologiques, la primauté du patient nécessite l'utilisation de classifications à plusieurs entrées comme la **Classification Internationale des Soins Primaires** (CISP).

2. La prise en compte de l'environnement du patient

Les rapports entre le patient et son environnement sont permanents. Le cadre de vie, le milieu professionnel, l'origine et les habitudes culturelles, et surtout la famille interfèrent régulièrement sur les problèmes pathologiques. Le patient ne peut être isolé de son contexte et sa prise en charge intègre de multiples facteurs d'influence. Chaque patient a une histoire personnelle et familiale et la maladie prend un sens dans cette histoire. La décision médicale tient compte des conséquences des événements de vie qui traversent l'existence du patient. Centrée sur le patient et ouverte sur son environnement, cette approche globale éclaire la signification des symptômes. La connaissance de l'environnement est facilitée par la proximité sur le terrain, et nécessite une compétence humaine développée.

3. Un champ d'activité défini à partir des besoins et des demandes des patients

La médecine familiale est le recours le plus accessible et le plus courant pour les problèmes de santé. Elle développe un champ d'activité déterminé par les besoins et les demandes des patients. Cette perspective recouvre des domaines variés et nécessite une polyvalence des soins. Il en découle l'acquisition de compétences adaptées et évolutives mais aussi une prise

en charge à géométrie variable, chaque praticien en assurant tout ou partie. De plus, la médecine familiale, placée à l'interface de la population et des structures médico-sociales, tient un rôle déterminant. La gestion simultanée des intérêts individuels et des problématiques collectives maintient un équilibre entre des sollicitations a priori opposées.

4. Une réponse à la majorité des motifs de recours aux soins

Plusieurs études montrent que la plupart des motifs de consultation sont pris en charge en médecine de premier recours. En particulier, un fort pourcentage concerne les maladies endocriniennes et métaboliques (91%), les affections digestives (88%), les atteintes de l'appareil cardio-vasculaire ou respiratoire (87% chacune), les lésions ostéo-articulaires ou traumatiques (86% chacune), les troubles mentaux et du sommeil (65%). Ainsi, la plupart des problèmes de santé de la population, qu'ils soient biomédicaux ou psychiques, sont traités et/ou suivis en médecine de premier recours.

5. Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves

La prévalence est le rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une maladie et l'effectif de la population concernée susceptible d'être atteinte par cette maladie. Pour les pathologies constituées, potentiellement graves ou mortelles, cette prévalence est plus faible en médecine générale qu'à l'hôpital en raison de l'absence de sélection. Or, pour le diagnostic, la valeur prédictive positive ou négative (probabilité d'être atteint ou non de la maladie) d'un signe clinique ou d'un test dépend de la prévalence de la maladie dans la population concernée. Plus cette prévalence est faible, plus la valeur prédictive positive diminue. Le même signe n'a donc pas la même valeur prédictive en ambulatoire et à l'hôpital, ce qui explique les différences de procédures décisionnelles. En médecine de premier contact, la faible prévalence des maladies graves impose une démarche diagnostique probabiliste qui tient compte de cette réalité statistique.

6. Une intervention au stade précoce des maladies

Le patient consulte souvent dès l'émergence des symptômes. À ce stade précoce, il est difficile de faire un diagnostic précis et définitif. A la phase d'état, les signes cliniques sont relativement évocateurs. Il n'en est pas de même pour les signes de début qui sont souvent indifférenciés. Après avoir écarté une évolution grave à court terme, la décision peut être la mise en attente jusqu'au développement éventuel de l'affection. La faible prévalence et le stade précoce des maladies ne permettent pas d'élaborer d'emblée un diagnostic complet. Le "résultat de consultation" proposé par Braun est un diagnostic de situation qui laisse une place au doute. La position diagnostique reste le plus souvent au niveau de signes cardinaux ou de groupe de symptômes, quelquefois au niveau de tableau de maladie, rarement au niveau de diagnostic complet.

7. La gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples

Le patient consulte souvent pour plusieurs motifs ou plaintes. Il présente en moyenne deux motifs de recours et ce chiffre augmente avec l'âge. Les poly pathologies sont fréquentes et concernent particulièrement les personnes âgées. La médecine familiale intègre ces nombreuses sollicitations dans le temps d'un même acte médical. La réponse simultanée à la multiplicité des demandes nécessite une gestion hiérarchisée des problèmes qui tient compte à la fois des priorités du patient et de celles de la médecine.

8. La capacité de suivi au long cours

La médecine familiale développe une approche dans l'instant et dans la durée. Elle offre au patient l'opportunité d'une prise en charge régulière au long cours et la possibilité d'un suivi de la naissance à la mort. Elle assure la continuité des soins grâce à un accompagnement des patients tout au long de leur vie. Le dossier médical jalonne et facilite ce suivi, il en est la trace explicite. Il est la mémoire objective des consultations mais il n'est qu'un élément de l'histoire commune entre le patient et le médecin. La charge affective qui s'accroît souvent au fil des rencontres est un aspect peu étudié de la relation établie : c'est la compagnie d'investissement mutuel de M. Balint.

9. L'aptitude à la coordination des soins

La synthèse des diverses interventions médicales concernant le patient, la circulation de l'information, l'organisation cohérente du circuit de soins reposent sur l'existence même d'un dispositif de coordination. La médecine familiale remplit ce rôle de pivot du système de soins, même si les conditions structurelles ne sont pas toujours réunies. L'accès direct aux spécialistes et aux autres intervenants de santé complique parfois le rôle de coordination. Le développement des filières de soins et des réseaux coordonnés permet d'envisager un travail d'équipe autour du patient, qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

10. Une pratique efficiente

Le traitement des problèmes courants requiert des solutions simples et évite souvent une évolution péjorative, source de prises en charge plus complexes et onéreuses. Un plateau technique léger limite la surenchère des investigations et optimise les coûts. La proximité, la continuité et la coordination des soins, la connaissance du patient améliore la réponse médicale. La médecine familiale limite les coûts à leur réelle nécessité et propose au patient une attitude raisonnée en termes de consommation de soins médicaux. C'est une pratique efficiente, au sens économique du terme anglo-saxon, qui recouvre les concepts de coût/efficacité et de coût/utilité. La faible part de la médecine familiale dans les dépenses de santé, comparée au nombre de patients soignés, atteste de cette réalité.

En somme, les médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes sus-énumérés. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils ont également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la prise en charge des patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, et culturelle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. (WONCA, 2002)

II - Enseignement & Formation

Ceux qui sont appelés à exercer dans le cadre susmentionné, bénéficieront d'une formation orientée vers les différents domaines ayant à voir avec les soins de première ligne. Cet enseignement **comporte trois volets** : les cycles préclinique, clinique (1er et 2ème cycles) et le troisième cycle (cycle de spécialisation), et la formation permanente.

II.1 - le cadre général :

II.1.1- Une **formation initiale adaptée est une forte recommandation** pour tous les responsables pédagogiques. **La MF devrait faire partie intégrante des programmes universitaires préclinique et clinique.** Les étudiants en médecine devraient être mis en contact avec la médecine de première ligne afin qu'ils puissent effectuer ce choix de carrière d'une part et d'apporter les éléments nécessaires pour assurer une bonne coopération au sein du système de soins d'autre part.

En préclinique (1er cycle) :

Phase1. Au tout début de l'enseignement médical, les étudiants sont exposés à la sociologie, la psychologie et la biostatistique pour qu'ils soient familiers avec les aspects démographiques, sociaux, économiques et environnementaux dans les populations ciblées. Les étudiants, répartis en petits groupes, travaillent pendant au moins 2 semaines dans les communautés pour investiguer les déterminants de la santé (les déterminants sociaux surtout). Au terme de ce programme, les étudiants seront capables de faire un **diagnostic communautaire et prioriser les besoins sanitaires de la population.**

En période clinique (2eme cycle) :

Phase 2. Cette phase prend place durant la première année de l'enseignement clinique (c.à.d. DCEM1) et dure pendant deux semaines. L'objectif à cette étape est d'étudier la morbidité, la mortalité et le comportement sanitaire des familles et de donner ainsi à l'étudiant l'opportunité de mettre en pratique les connaissances et les habilités acquises pendant la 1ère phase. Les étudiants sont répartis en groupe et sont appelés à évaluer l'état de santé d'une communauté d'environ 1000 habitants et établir par la suite **un travail de recherche sur l'un des problèmes de santé rencontré** ou bien **de planifier des programmes d'intervention communautaire** afin de répondre aux différents besoins identifiés. Les étudiants sont assistés par des encadreurs de leur Département.

Phase 3. Cette phase prend place durant la dernière année de l'enseignement clinique (DCEM3) et dure pendant quatre semaines. Les étudiants sont formés à **diagnostiquer et traiter les pathologies courantes** sans avoir recours à un équipement sophistiqué. Ils commencent à faire des soins hospitaliers (dans des structures périphériques), demander quelques tests de laboratoire (les tests de

base), faire quelques actes de petite chirurgie, participer aux soins obstétricaux, assister aux accouchements et ***apprendre quand est-ce qu'il faut transférer*** à un hôpital ou à un spécialiste.

Tous ces programmes se terminent par l'évaluation des connaissances et des habiletés des étudiants à l'égard de la santé en milieu populationnel.

II.1.2- La formation spécifique (cycle de spécialisation, 4eme Phase) devrait être une condition requise pour devenir un spécialiste en médecine de famille. La majeure partie de la formation spécifique doit être centrée sur la médecine de première ligne. Des **Centres affiliés à des départements universitaires devraient jouer un rôle primordial dans la formation**. L'étudiant devrait se voir offrir suffisamment d'occasions d'acquérir une plus grande habileté, par exemple en ce qui concerne les contacts avec les patients, la consultation ou la gestion médicale. L'élaboration d'un **référentiel de stage (un portfolio à titre d'exemple)** est obligatoire pour mettre sur pied le dit programme de formation spécifique.

II.1.3- Pour actualiser les compétences des médecins, pour préserver et améliorer la qualité des soins, la **formation permanente** (développement professionnel continue : DPC) est un impératif. Les programmes de **DPC** doivent être conçus pour la pratique de première ligne et basés sur la recherche en soins de santé de premier recours. La responsabilité de la formation permanente est propre aux médecins. Ils utilisent les moyens les plus adéquats pour maintenir leur compétence. Des techniques de formation à distance peuvent être utilisées pour atteindre les médecins isolés.

° Il faudra noter que la formation spécifique du médecin de famille ne peut se faire que si ont été atteints un certain nombre d'objectifs au cours de l'enseignement de base (général). Ceci conduit à préconiser, une évaluation de fin de 2^{ém} cycle portant sur les savoirs indispensables.

II.2 - La formation spécifique en MF

Le programme de formation spécifique de médecine de famille est basé sur les principes tels que définis par l'OMS et traduit en objectifs dans la partie qui suit.

II.2.1 - les objectifs du programme

À l'issue du programme de formation spécifique, le médecin doit pouvoir prouver :

- 1. Qu'il connaît suffisamment les mécanismes pathologiques, notamment ceux des maladies courantes, des maladies chroniques et de celles qui peuvent être mortelles ou entraîner des complications ou des conséquences graves ;*
- 2. Qu'il comprend les possibilités, moyens et limites de la prévention, du diagnostic précoce, de la gestion et de la surveillance des soins sanitaires dans le contexte de la médecine de première ligne ;*

3. *Qu'il comprend comment les relations entre les membres d'une même famille peuvent susciter des problèmes de santé ou en modifier la forme, le cours et les moyens de lutte, tout comme la maladie peut influencer sur les relations familiales ;*
4. *Qu'il comprend le contexte social et le cadre de vie de ses malades et comment ils peuvent affecter le rapport santé-maladie ;*
5. *Qu'il connaît et utilise à bon escient l'éventail des moyens d'action dont il dispose ;*
6. *Qu'il comprend l'éthique de cette profession et son importance pour le malade ;*
7. *Qu'il comprend les méthodes fondamentales de recherche appliquées à la médecine praticienne ;*
8. *Qu'il est en mesure de lier les problèmes de santé et de traitement au développement physique, psychologique et social de l'individu et de sa famille ;*
9. *Qu'il comprend la législation médico-sociale et ses incidences sur le malade et sur la collectivité ;*
10. *Qu'il sait établir un diagnostic qui tienne compte des facteurs d'ordre physique, psychologique et social ;*
11. *Qu'il peut appliquer à son travail de tous les jours les connaissances d'épidémiologie et de probabilité ;*
12. *Qu'il utilise le facteur 'temps' comme un instrument de diagnostic, de thérapeutique et de méthode ;*
13. *Qu'il est en mesure d'identifier les personnes en danger et de prendre les mesures voulues ;*
14. *Qu'il peut prendre dès le départ les décisions opportunes à l'occasion de tout problème qui lui est posé en sa qualité de médecin ;*
15. *Qu'il est capable de collaborer avec des spécialistes médicaux et non médicaux ;*
16. *Qu'il connaît et utilise convenablement les méthodes de son art de praticien ;*
17. *Qu'il est capable de se mettre à la place d'autrui, d'établir avec les malades des relations spécifiques et utiles et de permettre au patient un certain degré d'auto compréhension ;*
18. *Que sa façon de considérer le malade comme un individu unique modifie la façon dont il en obtient des renseignements et formule des hypothèses sur la nature des problèmes du malade et la façon de les traiter ;*
19. *Qu'il est disposé à aider le malade à résoudre ses propres problèmes le cas échéant ;*
20. *Qu'il est prêt à apporter une contribution professionnelle à l'ensemble de la collectivité ;*
21. *Qu'il est désireux et capable de porter un jugement critique sur son propre travail ;*
22. *Qu'il est disposé à parfaire en permanence sa formation et à lire de manière critique les informations médicales.*

II.2.2 - Le programme d'enseignement

Le programme de formation est divisé en **Cinq grands blocs**. Il est fortement recommandé de subdiviser chaque bloc en modules en fonction des programmes enseignés déjà (prérequis) et des ressources disponibles dans chaque établissement.

BLOC 1 : Médecine de famille & son champ d'application

- Santé & la maladie, les déterminants sociaux de la santé & les stratégies d'intervention populationnelle (prévention et promotion de la santé)
- Consultation médicale en 1^{ere} ligne et la classification internationale des soins primaires (CISP)
- Communication & relation médecin Malade : La prise en charge psychothérapeutique, les phénomènes psychosomatiques
- Santé publique. Épidémiologie et prévention, Conseils au voyageur
- Examen médical périodique en pratique de première ligne
- Dépistage & diagnostic des cancers du col utérin, du sein et colorectaux.
- Prévention des IST
- Prévention de l'ostéoporose.
- Maintien à domicile. La dépendance et structures de maintien à domicile des PA, les handicapés, soins palliatifs et patients en fin de vie

BLOC 2 : Situations pathologiques courantes

2.1 Du symptôme à la décision (Dr j'ai des....)

- Le malade qui se plaint de vertiges, de malaise
- Le malade qui se plaint de mal de dos
- Le malade qui se plaint de mal de tête
- Le malade qui se plaint de fatigue
- Le malade qui se plaint de difficultés urinaires (dysurie, brûlures)
- Le malade qui se plaint de troubles digestifs (troubles fonctionnels intestinaux, constipation, épigastralgies, pathologie hémorroïdaire...)
- Le malade qui se plaint de troubles de la circulation.
- Le malade qui se plaint de problèmes oculaires
- Le malade qui se plaint de problèmes de peau

2.2 Le suivi du malade chronique

- Le diabétique.
- L'hypertendu
- Le dyslipidémique
- L'allergique
- L'obèse
- L'asthmatique et l'insuffisant respiratoire
- Le patient atteint par le VIH

2.3 – Pathologies psychiatriques courantes

- Troubles de l'humeur (dépression et autres)
- Troubles anxieux
- Troubles psychotiques aigus et chroniques
- Troubles instinctuels : sommeil, sexuel, alimentaires ...
- Troubles des symptômes somatiques
- Les addictions (tabac, alcool, toxicomanie, cyberaddiction)
- Les pathologies psychiatriques courantes chez l'enfant et l'adolescent : (retard de langage, trouble du déficit de l'attention, trouble du contrôle sphinctérien ...

2.4 L'enfant et l'adolescent

- Affections ORL saisonnières.
- Alimentation du nourrisson
- Difficultés scolaires, problèmes psychologiques.
- Suicide de l'adolescent
- Le calendrier de vaccinations

2.5 La femme

- La contraception.
- La femme enceinte et les GARE
- L'accouchement normale
- Le post partum, l'allaitement
- Les problèmes de couple (hypofertilité, comment parler de sexualité avec les patients, dysfonctionnement érectile, troubles de l'éjaculation, absence de plaisir, dyspareunie.
- La ménopause

2.6 Le vieillissement ou la prise en charge de la personne âgée

- L'évaluation gériatrique standardisée
- Les troubles cognitifs du sujet âgé
- Les chutes et syndromes d'immobilisation
- Déficit sensoriel
- Les problèmes rhumatologiques courants.
- Les problèmes uro-génitaux

2.7 Les urgences en pratique de première ligne

- Urgences à symptomatologie abdominale (douleurs abdominales aiguës, vomissements, hémorragies digestives)
- Urgences à symptomatologie thoracique et respiratoire (douleurs thoraciques aiguës, dyspnée aiguë, hémoptysie)
- Urgences à symptomatologie neurologique (perte de connaissance, convulsions, déficit focal)
- Urgences traumatologiques courantes

- Pathologie accidentelle non traumatique (noyade, électrisation, envenimation, coup de chaleur)
- Arrêt cardiaque
- Intoxication aiguë
- Fièvre aux urgences
- Déséquilibres glycémiques aigus
- Urgences pédiatriques
- Urgences psychiatriques, le malade agité ou dangereux.

BLOC 3 : La recherche, la documentation & stratégies décisionnelles

- Lecture critique d'un article médical, la presse médicale, critères de qualité
- Lire un compte rendu d'essai thérapeutique
- Se documenter : les ressources documentaires sur le web et autres banques de données
- Élaborer un projet de recherche
- Préparer une thèse en MF
- Analyse décisionnelle et EBM, Médecine Bayésienne
- Prescriptions médicamenteuses
 - Iatrogénie
 - Médicaments et grossesse
 - Automédication
 - Observance.
 - Naissance vie et mort d'un médicament (organismes officiels et le médicament)
 - Responsabilité du Médecin dans la prescription du médicament.
 - Gestion de la poly-médication
 - Utilisation des antalgiques.
 - Utilisation des AINS
 - Utilisation des anticoagulants et anti thrombotiques
- Prescriptions non médicamenteuses

BLOC 4 : Exercice professionnel

4.1- Système de soins

- Médecine et assurance maladie
- Recours au spécialiste et hospitalisation
- Place du MF dans les réseaux de veille sanitaire et réseaux sentinelles.

4.2- Organisation et gestion d'une structure de soins

- Gestion d'une structure de soins
- Entreprendre un projet, créer son propre cabinet
- Le dossier médical.
- L'informatisation d'un CSB, un cabinet de MF

4.3- Éthique, Droit et responsabilité médicale

- Secret médical
- L'erreur médicale, l'aléa thérapeutique.
- Certificats médicaux
- Diagnostic médico-légal de la mort
- Médicaments et responsabilité professionnelle
- La maltraitance, le viol

BLOC 5 : Gestes techniques en MF

*Ce bloc est centré essentiellement sur les apprentissages pratiques qui se dérouleront sur les terrains de stages et les centres de simulation ; il comprend de l'ordre de 80 **gestes fortement recommandés** à maîtriser (le portfolio dédié à l'apprentissage en milieu clinique comportera plus de détails sur l'acquisition des gestes :*

5.1- En soins cutanés

1. Anesthésie cutanée
2. Excision des lésions dermiques (ex. abcès superficiel, kyste...)
3. Curetage de molluscum contagiosum, de verrues par azote liquide
4. Soins du pied diabétique
5. Soins d'ulcères de jambe
6. Soins d'escarres
7. Soins de plaies, pansements et bandages, soins de brûlures, orifices de stomie

5.2- En chirurgie

8. Réalisation de points de sutures
9. Extraction d'un corps étranger superficiel des parties molles (ex. hameçon, écharde)
10. Excision d'un panaris
11. Immobilisation provisoire d'un membre suspect de fracture
12. Mise en place d'un bandage en 8
13. Pose d'une écharpe et d'un maillot clinique
14. Réduction des articulations métacarpo & métatarso-phalangiennes, de l'articulation temporo-mandibulaire (manœuvre de Faraboeuf), supination douloureuse de l'enfant
15. Immobilisation provisoire d'un traumatisé grave (plan dur, collier cervical, immobilisations du bassin)
19. immobilisation plâtrée et traction dans le geste portant sur l'immobilisation provisoire d'un membre suspect de fracture

5.3- En ophtalmologie

20. Mesure de l'acuité visuelle
21. Test à la fluorescéine
22. Examen du fond d'œil, photo rétinienne (selon technologie disponible)
23. Application d'un pansement oculaire

5.4- En ORL

24. Prélèvement de gorge
25. Otoscopie
26. Rhinoscopie antérieure
27. Ablation de bouchon de cérumen
28. Ablation d'un corps étranger des fosses nasales, du CAE et du pharynx
29. Tamponnement nasal antérieur
30. Soins et changement d'une canule de trachéotomie

5.5- En gastro-entérologie

19. Mise en place d'une sonde nasogastrique
20. Lavage gastrique
21. Évacuation d'un fécalome et réalisation d'un lavement évacuateur

5.6- En gynécologie obstétrique

22. Réalisation d'un frottis cervical
23. Mise en place d'un DIU et d'un implant hormonal
24. Examen et suivi d'une grossesse : mesure de HU, BDC fœtaux, TV, réalisation et interprétation d'un RCF
25. Accouchement vaginal d'une présentation du sommet (céphalique)
26. Épisiotomie et réparation
27. Réalisation d'une révision utérine de sauvetage et d'un massage utérin en urgence
28. Premiers soins du NN en salle de naissance

5.7- En pneumologie

29. Utilisation de matériel pour nébulisation (aérosol + chambre d'inhalation)
30. Utilisation d'un débitmètre de pointe
31. Utilisation d'un oxymètre de pouls
32. Prélèvement pour gaz du sang

5.8- En rhumatologie

33. Ponctions et infiltrations articulaires (genou)
34. Infiltration d'une épine calcanéenne

5.9- En réanimation / Urgence

35. Libération des voies aériennes supérieures (manœuvres, aspiration)
36. Massage cardiaque externe
37. Oxygénothérapie : dispositifs et techniques, (masques, lunette, ballon auto gonflable, VNI)
38. Insertion d'une canule orale
39. Gestion des VAS : ventilation au ballon auto gonflable, dispositifs supra glottiques...
40. Utilisation d'un respirateur
41. Manœuvres vagales
42. Utilisation d'un défibrillateur manuel et automatisé externe
59. Ponction pleurale
60. Ponction lombaire
61. Ponction d'ascite
62. Exsufflation d'un pneumothorax compressif

5.10- Secourisme

- 63. BLS (Based Life Support)
- 64. ALS (Advanced Life Support).

5.11- Autres Gestes importantes

- 59. Réalisation et lecture d'un ECG
- 60. Pratique et lecture d'une IDR à la tuberculine
- 61. Injections : IM, IV, SC
- 62. Vaccinations
- 63. Techniques d'arrêt d'un saignement (garrot, pansement compressif)
- 64. Mise en place d'un abord veineux périphérique (adulte, pédiatrique)
- 65. Mise en place d'un cathéter veineux profond fémoral
- 66. Mise en place d'une perfusion sous-cutanée
- 67. MAPA (réalisation, interprétation)
- 68. Sérothérapie (antirabique, anti-scorpionique...)
- 69. Stérilisation de matériel médical
- 70. Drainage vésical par sonde
- 71. Cathéter sus pubien
- 72. Hygiène des mains

II.2.3 - Stages en MF

Conformément à l'arrêté du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique et du ministre de la santé du 10 mai 2023, fixant le contenu, les modalités et la durée de formation au troisième cycle des études médicales et paru dans le Journal Officiel de la République Tunisienne du 16 mai 2023, l'enseignement pratique en MF dure trois ans. Le cursus de formation est détaillé dans le tableau I suivant.

Tableau I. Cours de formation pour la spécialité médecine de famille selon l'article 6 de l'arrêté ministériel n° 51 du 10 mai 2023

Spécialité	Stages	
	Obligatoires	
Durée 3 ans		
Médecine de famille	Un (01) semestre	médecine de première ligne
	Deux (02) semestres	médecine de première ou de deuxième ligne
	Un (01) semestre	médecine d'urgence
	Un (01) trimestre	santé mentale
	Un (01) trimestre	oto-rhino- Laryngologie et/ou dermatologie
	Deux (2) trimestres*	médecine interne, maladies infectieuses, carcinologie médicale, nutrition et maladies nutritionnelles, hématologie clinique, endocrinologie, cardiologie, néphrologie, neurologie, pneumologie, rhumatologie, gastro-entérologie, médecine physique, rééducation et réadaptation fonctionnelle, pédiatrie, médecine de travail ou médecine préventive et communautaire.
	* : les stages durant ces deux trimestres doivent avoir lieu dans des spécialités différentes.	

II.3 - Évaluation du programme

La validation de l'ensemble du programme du troisième cycle de médecine de famille (spécialisation en MF) se base sur :

- 1 - **La validation de l'enseignement** qui comprend :
 - Un contrôle continu (travaux personnels, présence dans les cours, staffs et autres activités) qui compte pour 50 % et un examen ECOS à mi-parcours (50 %). ???
 - La validation de tous les stages pratiques avec l'aide d'un Portfolio conçu par le Collège.
- 2 - **La réussite aux épreuves d'évaluation du 3ème cycle** (même période & même règlements de déroulement comme les autres spécialités dans le pays) conçu par le Collège à la fin de l'ensemble de la formation. L'examen final, tant théorique que pratique, portera sur les objectifs et couvrira le contenu des différents blocs sus-énumérés dans ce document.
- 3 - L'attribution du **diplôme de spécialité en médecine de famille** est régie par l'article 44 du décret n° 2019-341 du 10 avril 2019 (validation de l'enseignement théorique et pratique, réussite aux examens de spécialités, soutenance de thèse en MF).

ANNEXE

Examen de spécialités en MF

Liste de thèmes validés par le CNMF

1. Les déterminants de la Santé
2. Promotion, prévention des problèmes de santé
3. Le système de santé : organisation et fonctionnement
4. Qualité et sécurité des soins
5. Surveillance épidémiologique et gestion des épidémies
6. Épidémiologie et prévention des cancers (sein, col de l'utérus, colorectale, ...)
7. Épidémiologie et prévention des maladies cardiovasculaires

8. Prévention et prise en charge de la tuberculose pulmonaire (programme National de lutte contre la tuberculose)
9. Prévention et prise en charge des IST / SIDA (PN_IST/Sida)
10. Les hépatites virales
11. Prévention de la rage humaine et les zoonoses prévalentes

12. La communication interpersonnelle, de groupe & de masse
13. L'approche centrée sur le patient
14. L'éducation pour la santé
15. L'éducation thérapeutique
16. L'annonce de mauvaise nouvelle
17. La notion de risque en soins de santé de première ligne

18. L'arrêt cardio-respiratoire
19. Perte de connaissance
20. Syndrome coronarien
21. Accidents vasculaires cérébraux
22. Insuffisance circulatoire aiguë
23. Déséquilibres glycémiques aigus
24. Douleur thoracique aiguë chez l'adulte
25. Dyspnée aiguë de l'enfant : diagnostic et conduite à tenir
26. Déshydratation aiguë du nourrisson : diagnostic et conduite à tenir
27. Convulsions de l'enfant : diagnostic et conduite à tenir
28. Fièvre aiguë de l'enfant : diagnostic et conduite à tenir
29. Intoxication aiguë
30. Vertige
31. Céphalées
32. Asthénie et amaigrissement
33. Toux chroniques chez l'adulte

34. Hémoptysies
35. Hématémèse
36. Œdèmes des membres inférieurs
37. Anémies
38. Ictères chez l'adulte
39. Lombalgies communes

40. Dermatoses courantes : diagnostic et traitement
41. Ophtalmologies courantes (œil rouge, troubles de la réfraction) : diagnostic et traitement
42. Polytraumatisés et problèmes de traumatologie courants

43. Diabète type 2 chez l'adulte : dépistage, diagnostic, traitement et complications
44. HTA essentielle chez l'adulte : dépistage, diagnostic, traitement et complications
45. Dyslipidémie : diagnostic et prise en charge
46. Arthrose : diagnostic et prise en charge
47. Broncho-pneumopathie chronique obstructive : diagnostic et prise en charge
48. Dysthyroïdie : diagnostic & prise en charge

49. Les troubles psychosomatiques chez l'adulte : diagnostic et prise en charge
50. Dépression chez l'adulte : diagnostic et prise en charge
51. Troubles anxieux chez l'adulte : trouble panique, anxiété généralisée, troubles phobiques
52. Troubles psychotiques aigus et chroniques
53. Les conduites suicidaires chez l'adolescent
54. Les addictions (tabac, alcool, toxicomanie, cyberaddiction)

55. Santé sexuelle et reproductive (contraception & PF)
56. La surveillance de la grossesse et GARE
57. Les problèmes gynécologiques courants
58. Allaitement maternel et diversification du régime alimentaire du nourrisson
59. Développement psychomoteur et croissance
60. Infections respiratoires hautes
61. Diarrhées aiguës et déshydratation chez l'enfant
62. La vaccination de l'enfant en Tunisie

63. Évaluation gériatrique standardisée
64. Les troubles cognitifs du sujet âgé
65. Les chutes et le syndrome d'immobilisation

66. Prescriptions médicamenteuses : les antalgiques, les AINS, les anticoagulants et anti thrombotiques
67. Certificats médicaux (CMI, bonne santé, pré-nuptial, décès)
68. Gestion d'une structure de santé de 1ère ligne (CSB, cabinet)
69. La classification internationale des soins primaires (CISP)
70. La recherche documentaire & élaboration d'un protocole de recherche