



Rédiger un rapport de cas: conseils ¹

Travail de diplôme pour l'examen supérieur d'experte Respiratory Care, expert Respiratory Care

1 Introduction	2
2 Avant d'écrire votre manuscrit	3
3 Vérifications du travail	4
4 Vérification finale	5
5 Annexe	6



¹ Adopté par la commission d'examen le 19.05.2020

1 Introduction

1.1 Généralités

L'objectif du travail écrit de diplôme est de tester les connaissances que vous avez acquises au cours de votre formation d'experte / expert Respiratory Care. Cela inclut la réflexion clinique ainsi que les connaissances techniques et autres connaissances professionnelles, qui sont une condition préalable à la prestation responsable de soins aux patients.

Avec ce rapport, seront évaluées vos compétences et votre approche professionnelle concrète sur la base d'un cas tiré de votre pratique quotidienne.

Le rapport de cas doit décrire la situation et les antécédents médicaux d'un patient dont vous vous occupez ou vous êtes occupé dans le cadre de votre travail, un cas que vous superviser, que vous pouvez décrire, mettre en réflexion et avez examiné. Nous vous recommandons de choisir un cas impliquant une maladie, traitée par vous en coordination avec un ou d'autres professionnels impliqués pour conseil, examen ou traitement complémentaire. Nous aimerions par cela pouvoir nous faire une idée de vos compétences interprofessionnelles.

1.2 Particularités des rapports de cas

- Le rapport de cas doit être présenté à la manière d'un texte scientifique, comme il est d'usage dans les revues médicales à orientation clinique.
- L'historique du cas est décrit au passé.
- L'orthographe et la grammaire sont pris en compte.
- Les conclusions et les décisions prises dans le cadre de la prise en charge doivent être justifiées et discutées sur la base de la littérature médicale.
- La description du cas se termine au dernier suivi réalisé par vous-même.
- Ce rapport de cas ne doit être rédigé que par vous. Toutefois, à l'exception des aspects professionnels, vous pouvez consulter une autre personne pour sa correction.

2 Avant d'écrire votre manuscrit

2.1 Avez-vous identifié votre cas ? Voici comment faire:

- Choisissez un cas approprié de votre pratique quotidienne et étudiez en détail les éléments du dossier du patient ;
- Recherchez les informations pertinentes en rapport avec ce cas dans les publications spécialisées, revues professionnelles, sur des sites Internet réputés, etc. et étudiez-les ;
- Quand vous avez choisi votre sujet, prenez contact avec lui (ou elle) et obtenez son consentement écrit pour la publication de données anonymisées (photographies, extraits de rapports médicaux ou de soins, etc. le (ou la) concernant.

2.2 Comment rédiger un rapport de cas

2.2.1 Les 10 sections de la checklist

La checklist CARE contient tous les renseignements qui **devraient être inclus** dans le rapport de cas (cf. Directives du travail de diplôme) :

- Introduction
 - Anamnèse
 - Bilan clinique
 - Axe temporel²
 - Processus diagnostique
 - Intervention thérapeutique
 - Suivi et issue des soins
 - Discussion
 - Point de vue du patient
 - Consentement éclairé
- Matériel et méthodes
- Résultats

² Pour sa création, voir l'annexe au chiffre 5.

2.2.2 Directives formelles pour le rapport

- **Page de couverture:** y figurent : le nom et prénom de l'auteur-e, son adresse, son numéro de téléphone et son adresse électronique. Le titre du rapport de cas et un bref résumé (environ 10 lignes) du rapport de cas, ainsi que les mots clés utilisés.
- **Introduction :** votre rapport doit commencer par une introduction d'un ou deux paragraphes qui fournit des informations générales sur le sujet de l'étude de cas (la maladie, l'évolution de la maladie et le déroulement). Il n'est pas nécessaire de faire une revue de la littérature dans l'introduction, il suffit de nommer les revues et les références dans lesquelles le lecteur peut puiser des informations détaillées. Les références doivent être énumérées comme d'habitude dans la littérature médicale (par exemple dans le Forum médical suisse : <https://medicalforum.ch>). À partir de cette section, les pages doivent être numérotées.
- **Matériel et méthode**³ : Décrivez les visites qui sont pertinentes pour le cas en question. Ne fournissez aucune information qui pourrait permettre d'identifier le patient. La description d'une visite comprend : Historique ou antécédents intermédiaires, état actuel du patient, évaluation des besoins, traitement reçu et prévu, conseil ou coaching du patient et de ses proches et, le cas échéant, informations et suggestions d'autres professionnels.
- La description de la première visite (y compris la date) comprend: Anamnèses (personnelles, familiales et sociales, allergies, habitudes, médicaments et autres traitements, équipement utilisé), les principales plaintes et vos constatations. Évaluation, procédure.
- La documentation comprend tous les examens pertinents, y compris les examens négatifs. Il comprend également les différents traitements et les médicaments prescrits dans les dosages utilisés. Il mentionne également les diagnostics établis.
- Le protocole de traitement doit être présenté chronologiquement en fonction des visites effectuées.
- Si un autre spécialiste a examiné votre patient ou effectué des tests supplémentaires, veuillez joindre une copie du rapport (cave : noircissement des données personnelles du patient).
- Documentez quand et pourquoi **d'autres personnes du domaine de la santé** (par exemple, les travailleurs sociaux, les employés d'aide et soins à domicile, ceux du secteur des appareils et/ou de l'approvisionnement en oxygène) ont été impliquées.
- Faites état de la **coordination** des mesures thérapeutiques résultant du déroulement du parcours de santé du patient.
- **Discussion :** Placez le tableau clinique de votre patient dans le contexte de l'épidémiologie. Discutez des bases de la prise de décision diagnostique et justifiez l'adaptation des mesures thérapeutiques. Expliquez pourquoi des écarts par rapport aux normes de traitement étaient éventuellement nécessaires dans ce cas.
- **Conclusion :** résumez les aspects les plus importants que l'examinatrice /examineur devrait retirer de votre rapport de cas, tant en ce qui concerne le sujet que votre prise en charge du patient.
- **Références :** la dernière page du rapport de cas doit être une bibliographie des références utilisées dans l'élaboration de ce dernier. Les sources peuvent être des manuels, des recherches informatiques, Internet ou en bibliothèque dans des revues spécialisées.

2.2.3 Suivez cet ordre lors de la rédaction de votre manuscrit :

1. Introduction
2. Matériel et méthodes
3. Résultats
4. Discussion
5. Conclusion

³ Sous matériel, il est entendu autant les personnes impliquées que les dispositifs médicaux concernés.

3 Vérifications du travail

Vérifiez si votre travail correspond aux spécifications en termes de contenu et d'exhaustivité.

3.1 Titre⁴

Transmet-il les aspects les plus importants de ce cas, est-il concis, attire-t-il le lectorat ?

3.2 Introduction

L'introduction doit fournir au lecteur des informations générales sur votre cas. De quoi s'agit-il ? Quelles sont les questions les plus importantes qui se posent ? Quelles sont les nouvelles informations fournies par ce cas ?

3.3 Matériels et méthodes

Cette section fournit au lecteur tous les détails sur la façon dont vous avez traité le cas rapporté. Avez-vous :

- utilisé des **sous-titres** pour séparer les différentes méthodologies ?
- décrit les méthodes avec **suffisamment de détails** pour qu'un autre professionnel de santé puisse comprendre comment elles ont été utilisées ?
- inclus les références y afférentes les plus importantes ?
- renseigné **toutes les sections** de la Check-liste CARE ?

3.4 Résultats, Discussion et Conclusion

Les sections Discussion et Conclusion devraient répondre à la question : Que signifient les résultats ?

- Les résultats sont-ils présentés dans un **ordre logique et chronologique** ? Avez-vous utilisé les sous-titres nécessaires pour une meilleure vue d'ensemble ?
- Avez-vous discuté en détail **des forces et des faiblesses** des soins de ce patient ? Avez-vous indiqué la littérature médicale pertinente ?
- Les raisons de la conclusion (y compris l'évaluation des causes et des effets) sont-elles données ?
- Avez-vous rempli **toutes les sections** de la liste de contrôle CARE ?

⁴ À titre d'exemple :

Un fumeur de 74 ans souffrant d'essoufflement à l'effort - un rapport de cas ;
Ventilation non invasive chez un homme de 16 ans

- **Conclusion** - La question "Quelle est la quintessence de l'étude de cas" est-elle répondue ou décrite de manière compréhensible ?

3.5 Résumé et mots-clés

Cette section vise à résumer les principaux éléments des bilans, les examens et conclusions, leur pertinence et leur utilité. Est-ce le cas ?

3.6 Références

Vos sources peuvent être des manuels de formation, des ordinateurs, Internet ou des recherches en bibliothèque dans des revues à comité de lecture. Lorsque vous écrivez, vérifiez que vos références sont :

- **Actuelles**: vous devriez vous efforcer de citer des références qui n'ont pas plus de 10 ans si possible.
- **Pertinentes**: les études que vous citez doivent être étroitement liées à votre questionnement et en lien avec le cas rapporté. Est-ce le cas ?
- **Correctement formatées**.

4 Vérification finale

Passez en revue les **directives du travail de diplôme** établies par la commission d'examen et assurez-vous que votre manuscrit les respecte. Vous avez :

- Respecté toutes les **limites de pages, mots et de caractères** (titres, mots-clés, résumé, texte manuscrit) ?
- Inclus **toutes les sections requises** ?
- Satisfait aux **exigences linguistiques** ?
- Inséré les **figures** au bon endroit ?
- Formaté correctement les **références** ?
- Utilisé le bon **format de fichier** pour l'envoi ?
- Joint le **consentement** du patient/de la patiente ?

- un rapport de cas ;
Retraité de 72 ans sous oxygénothérapie de longue durée
- un rapport de cas.

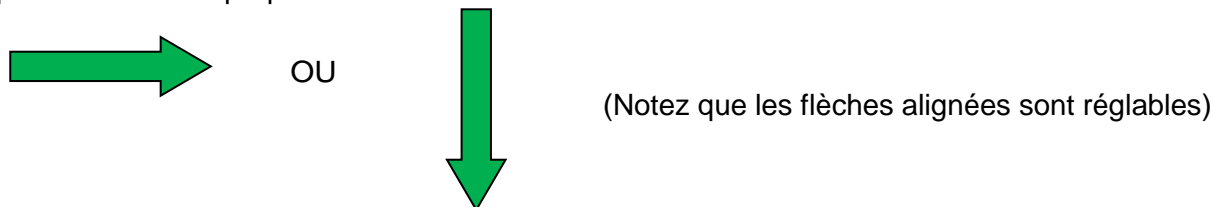
5. Annexe aux conseils de rédaction du travail de diplôme

Créer une chronologie du rapport de cas dans Microsoft Word

La création d'un calendrier n'a pas besoin d'être difficile. Voici des moyens de créer une chronologie à l'aide de Microsoft Word

A. Créer une figure chronologique :

1. Si vous ne désirez pas insérer un graphique SmartArt de type chronologie simple, allez dans le menu "Accueil", sélectionnez "Insertion" puis "Formes" sur le côté droit du menu. Ouvrez une des "Flèches pleines" proposées et sélectionnez celle appropriée. Nous vous proposons l'une d'entre elles :

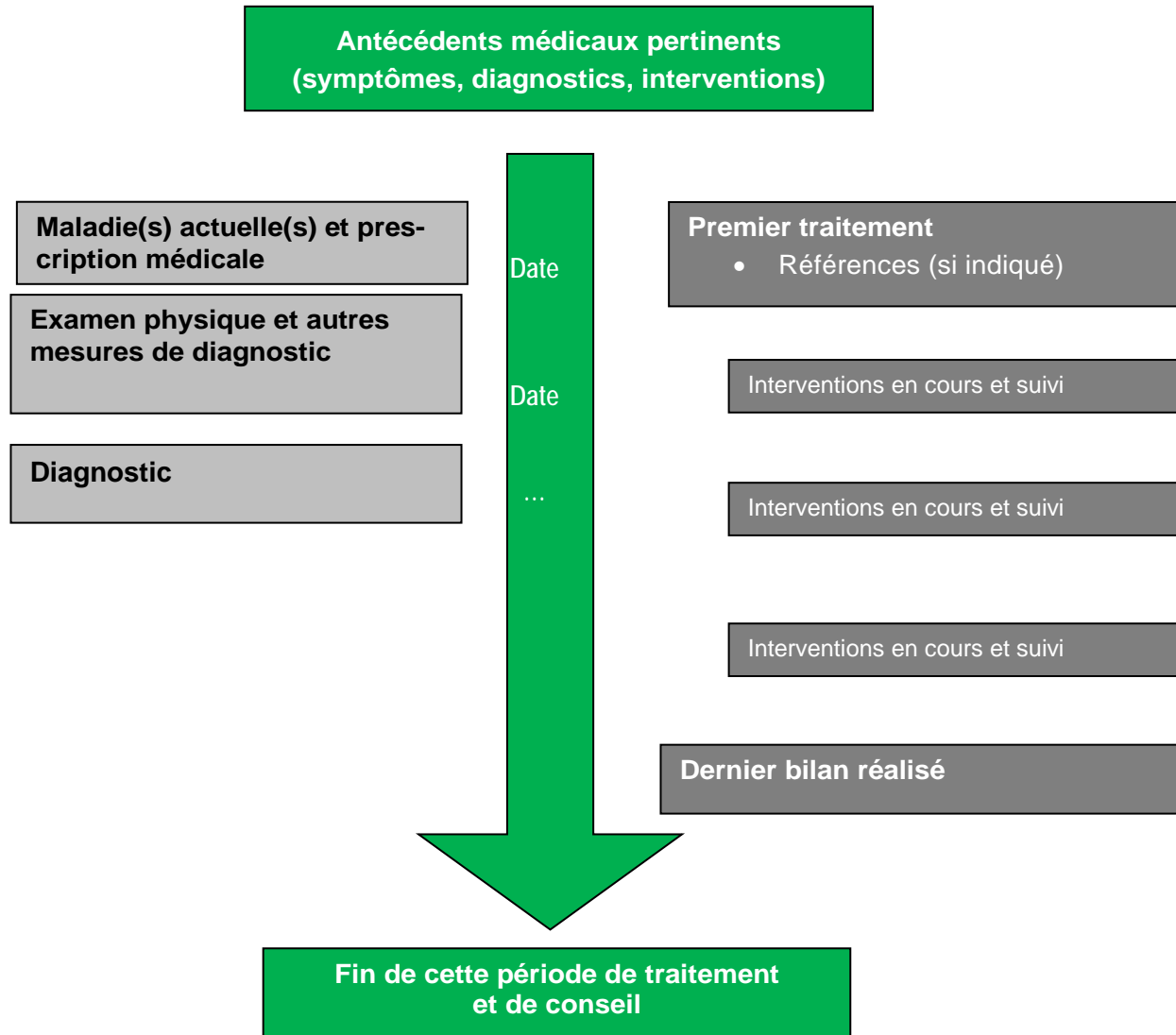


2. Dans le menu "Accueil", sélectionnez "Insérer" et choisissez "Zone de texte", puis choisissez à nouveau "Zone de texte". Une fois que vous avez inséré les zones de texte où vous le souhaitez sur la page, vous pouvez entrer du texte et le déplacer.
3. Souvent, la flèche se trouve au milieu de la page (horizontale ou verticale) et différents types de visites peuvent être regroupés de part et d'autre de la ligne fléchée.
4. Continuez à ajouter suffisamment de champs de texte pour tenir compte du nombre de visites et des informations cliniques que vous souhaitez présenter. N'oubliez pas que la chronologie donne une image visuelle du cas et n'a pas besoin de contenir toutes les informations. Les informations peuvent être présentées ailleurs dans le texte du rapport de cas.

B. Créer un tableau chronologique :

1. Sélectionnez l'onglet "Tableau" dans la barre de menu supérieure et sélectionnez "Insérer", puis "Tableau".
2. Il vous sera demandé de sélectionner le nombre de colonnes et de lignes. Choisissez au moins 3 colonnes et suffisamment de lignes pour couvrir les étapes importantes de la prise en charge.
3. Rappelez-vous que vous pouvez toujours ajouter des colonnes et des lignes lorsque vous travaillez dans un tableau en retournant à l'onglet "Tableau", en sélectionnant "Insérer" et en choisissant "Insérer des lignes" ou "Insérer des colonnes".

A. La figure chronologique peut être créée à l'aide de Microsoft Word



B. Le tableau chronologique peut être créé à l'aide de Microsoft Word

Date	Antécédents médicaux et interventions pertinentes du passé		
	Les antécédents personnels, familiaux et psychosociaux pertinents, y compris les interventions passées importantes, les résultats et le suivi. Les informations personnelles doivent être anonymisées.		
Date	Résumés des visites initiales et de suivi	Tests de diagnostic (y compris les dates)	Interventions
	Les préoccupations principales du patient ainsi que les évaluations et les diagnostics cliniques initiaux.	Les tests pertinents tels que les tests de laboratoire, l'imagerie ou les enquêtes. Indiquez les dates des tests.	Traitement médicamenteux, recommandations en matière d'utilisation des dispositifs médicaux, de sécurité, et de mode de vie, procédures, etc.
	Visite de suivi : <ul style="list-style-type: none"> • Résultats importants et informations de suivi • Rendre compte de l'adhésion aux interventions et de la manière dont elles ont été évaluées • Y a-t-il eu des événements imprévus ou indésirables ? 	Les tests pertinents tels que les tests de laboratoire, l'imagerie ou les enquêtes. Indiquez les dates des tests.	Traitement médicamenteux, recommandations en matière d'utilisation des dispositifs médicaux, de sécurité, et de mode de vie, procédures, etc.
	Visite de suivi : <ul style="list-style-type: none"> • ... 	Les tests pertinents et les modifications des bilans ...	Traitement médicamenteux ...
	Ajoutez des lignes supplémentaires si nécessaire pour les visites de suivi ultérieures		
	Résultat final de cette période de traitement et de conseil		