

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Les objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille

2^e édition

Mai 2020

© 2020 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément aux renseignements ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Citation suggérée : Crichton T, Schultz K, Lawrence K, Donoff M, Laughlin T, Brailovsky C, Bethune C, van der Goes T, Dhillon K, Pélissier-Simard L, Ross S, Hawrylyshyn S, Potter M. *Les objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2020

Table des matières

Préface de la deuxième édition.....	4
Résumé	9
Partie I — Les objectifs d'évaluation : leur définition, leur origine et leur utilisation	12
Partie II — L'habiletés, les thèmes, et les comportements observables	37
Partie III — Les sujets prioritaires et les éléments clés	64
Annexes	199

Préface de la deuxième édition

À l'instar de la première, cette deuxième édition du document anciennement intitulé *Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : Les objectifs d'évaluation en médecine familiale* décrit les habiletés essentielles et les compétences observables attendues des résidents à la fin de leur formation. À ce titre, elle présente les principales directives à suivre pour l'évaluation en cours de formation et l'élaboration du contenu de l'examen de certification.

On avait prévu que le document¹, dont la version originale a été publiée en 2010, serait évolutif et pourrait être mis à jour et amélioré pour s'adapter au caractère changeant de la pratique de médecine de famille. Le Groupe de travail sur le processus de certification², qui est par la suite devenu le Comité sur le processus de certification et d'évaluation (CPCE)³, avait été chargé de sa mise à jour continue.

Afin de réduire au minimum les perturbations pour les programmes de médecine de famille et pour les résidents, plusieurs mises à jour faites au cours des cinq dernières années ont été fusionnées et font toutes partie de cette nouvelle version.

Les changements et ajouts apportés à la deuxième édition sont les suivants :

1. **Nouveau titre du document** en anglais et légère modification au titre du document en français — *Objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille*. Le changement reflète la mise à jour du nom de la discipline (*médecine de famille* plutôt que *médecine familiale*).
2. **Six nouveaux sujets prioritaires**. La décision d'ajouter ces sujets est basée sur les réponses au sondage de validation réalisé en 2014 et envoyé à 2 000 médecins de famille en exercice partout au pays. Les sujets prioritaires, dont le nombre est ainsi passé de 99 à 105, incluent maintenant les suivants : douleur chronique, insuffisance cardiaque, douleur, éruption cutanée, insuffisance rénale et essoufflement.
3. **Mise à jour des éléments clés pour 16 sujets prioritaires existants liés à la santé mentale** basée sur le travail du Groupe de travail sur l'évaluation des compétences en santé mentale⁴. Le sujet prioritaire intitulé Toxicomanie est maintenant intitulé Usage de substance et addiction.

¹ *Définir la compétence aux fins de la certification du Collège des médecins de famille du Canada : Les objectifs d'évaluation en médecine familiale* : Collège des médecins de famille du Canada; 2010

² **Auteurs du document original publié en 2010** : Tim Allen, MD; Cheri Bethune, MD; Carlos Brailovsky, MD; Tom Crichton, MD; Michel Donoff, MD; Tom Laughlin, MD; Kathrine Lawrence, MD; Stephen Wetmore, MD

³ **Membres du Comité sur le processus de certification et d'évaluation qui ont contribué à la nouvelle version** : Cheri Bethune, MD; Carlos Brailovsky, MD; Tom Crichton, MD; Kiran Dhillon, MD; Michel Donoff, MD; Theresa van der Goes, MD; Steven Hawrylyshyn, MD; Tom Laughlin, MD; Kathrine Lawrence, MD; Luce Pelissier-Simard, MD; Martin Potter, MD; Shelley Ross, PhD; Karen Schultz, MD

⁴ **Groupe de travail sur l'évaluation des compétences en santé mentale** : Ellen Anderson, MD; Marie Hayes, MD; Garey Mazowita, MD; Peter Selby, MD; Vicky Winterton, MD

4. **Mise à jour du titre de huit sujets prioritaires (français seulement)** conformément pour tenir compte de changements de terminologie ou de mises à jour ses éléments clés.
5. **Trois documents complémentaires** ont été intégrés en tant qu'annexes aux Objectifs d'évaluation :
 - Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation des compétences pour la médecine de famille en régions rurales et éloignées⁵
 - Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité⁶
 - Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation des compétences en soins de santé mentale (autres que ceux qui sont identiques aux sujets prioritaires déjà existants en médecine de famille)

Ces documents complémentaires peuvent être utilisés comme ressources pour orienter l'évaluation en cours de formation et la conception d'occasions d'apprentissage pour les résidents des programmes de résidence en médecine de famille.

Pour la deuxième édition, on a volontairement décidé de conserver la structure et l'objectif global de la première version. Aucun changement significatif n'a été apporté aux Partie I et II de la première édition. Nous savons que le document entier a besoin de révision et que la terminologie doit être mise à jour. Cette révision aura lieu au fil du temps, mais les changements seront apportés selon un cycle de cinq à sept ans afin de minimiser l'impact sur les programmes de formation et les ressources utilisées.

Tout comme la version précédente, la deuxième édition fournit une liste détaillée des compétences en médecine de famille, qui dépasse de loin la simple énumération des connaissances médicales importantes. Nous conseillons vivement à tous les lecteurs d'examiner (ou de réexaminer) très attentivement la partie 1. La définition présentée sur ce qu'il est important d'évaluer, en particulier les dimensions de la compétence en termes d'habiletés (notamment raisonnement clinique, sélectivité, approche centrée sur le patient, habiletés de communication, professionnalisme et habiletés techniques) demeure cruciale et toujours pertinente pour l'évaluation des futurs médecins de famille.

Nous continuons à définir les compétences par rapport aux principaux éléments clés et comportements observables qui s'y rattachent. Nous insistons sur le fait que chaque compétence est propre au contexte de la situation et aux phases de la rencontre clinique ; chaque compétence est en outre reliée aux dimensions de la compétence en termes d'habiletés susceptibles de renforcer cette relation cruciale.

Selon les *Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille*⁷ publiées en 2018 par le CMFC, l'objectif de la formation est d'assurer qu'une fois sa formation terminée, le résident possède les compétences

⁵ **Groupe de travail sur l'évaluation des compétences pour la médecine de famille en régions rurales et éloignées :** Elaine Blau, MD; Garth Campbell, MD; Claudette Chase, MD; Paul Dhillon, MD; Brian Geller, MD; Fred Janke, MD; C. Stuart Johnston, MD; Mohamed Ravalia, MD; Hélène Rousseau, MD

⁶ **Groupe de travail sur l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité :** Anne Biringer, MD; William Ehman, MD; Shanna Fenton, MD; Lisa Graves, MD; Andrée Gagnon, MD; Kathrine J. Miller, MD; Sharon Northorp, MD

⁷ *Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille.* Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2018

requis pour commencer de façon autonome (c.-à-d. sans supervision)⁸ l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine de famille et adapter ces compétences à n'importe quel milieu de pratique au Canada.

Au moyen d'un processus continu d'échantillonnage par observation et en se basant sur les éléments clés et ses réflexions sur les comportements et la performance du résident, l'évaluateur doit être certain et satisfait que le résident est compétent dans la totalité des six dimensions de la compétence en termes d'habiletés en médecine de famille. En plus de l'évaluation en cours de formation, le Collège des médecins de famille du Canada continuera d'utiliser le document comme base pour le contenu de l'examen. Les sujets prioritaires nouvellement ajoutés pourront, à compter de 2021, faire partie du matériel de l'examen de certification en médecine familiale (CCMF).

La responsabilité d'octroyer la certification revient au Bureau des examens et de la certification du CMFC. Cette décision est le résultat définitif de trois décisions distinctes, mais reliées. La première indique qu'un candidat est admissible à passer l'examen soit suivant la décision d'un programme de formation le recommandant comme étant un candidat prêt à passer l'examen de certification, soit en répondant aux exigences de l'admissibilité par la voie de la pratique. La deuxième repose sur la réussite à l'Examen de certification en médecine familiale. La troisième est basée sur la satisfaction de toutes les exigences après l'examen, à savoir les exigences établies par le CMFC pour programme de résidence ou l'admissibilité par la voie de la pratique dans les délais prescrits par le Bureau des examens et de la certification.

Pour de plus amples renseignements sur l'évaluation axée sur les compétences et ses composantes, veuillez consulter le document intitulé *Les compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation (CRAFT)*⁹, publié par le Collège en 2018.

⁸ Soins complets et globaux en médecine de famille, définis dans le *Profil professionnel en médecine de famille*, Mississauga, Ontario : Collège des médecins de famille du Canada; 2018

⁹ *Les compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation (CRAFT) : Un modèle national d'évaluation programmatique pour la médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2018

Sujets prioritaires

Les nouveaux sujets prioritaires sont présentés en caractères gras. Ceux dont les éléments clés ont été mis à jour sont assortis d'un astérisque. Les sujets dont la traduction française a été mise à jour sont indiqués par la mention (F).

1. Accident vasculaire cérébral
2. Allergie
3. Anémie
4. Antibiotiques
5. Anxiété*
6. Apprentissage (Patients/soi-même) (F)
7. Aptitude mentale* (F)
8. Arthropathie
9. Asthme
10. Cancer
11. Cardiopathie ischémique
12. Céphalée
13. Cessation du tabagisme
14. Contraception
15. Convulsions
16. Counseling* (F)
17. Crise*
18. Démence*
19. Dépression*
20. Dermatologie
21. Déshydratation
22. Deuil*
23. Diabète
24. Diarrhée
25. **Douleur**
26. Douleur abdominale
27. Douleur au cou
28. **Douleur chronique**
29. Douleur thoracique
30. Dyspepsie
31. Dysurie
32. Empoisonnement
33. Enfants
34. Épistaxis
35. **Éruption cutanée**
36. **Essoufflement**
37. Étourdissements
38. Examen médical périodique/dépistage
39. Famille
40. Fatigue
41. Faux croup (F)
42. Fibrillation auriculaire
43. Fièvre
44. Fractures
45. Grossesse
46. Habitudes de vie
47. Hépatite
48. Hyperlipidémie (F)
49. Hypertension
50. Immigrants
51. Immunisation
52. Incapacité
53. Infections
54. Infections des voies respiratoires supérieures
55. Infections transmises sexuellement
56. Infection urinaire
57. Infertilité
58. Insomnie*
59. **Insuffisance cardiaque**
60. **Insuffisance rénale**
61. Lacérations
62. Lombalgie
63. Maladie chronique
64. Maladie pulmonaire obstructive chronique
65. Masse au sein
66. Mauvaises nouvelles
67. Médecine des voyages
68. Méningite

69. Ménopause
70. Nouveau-né
71. Obésité
72. Œil rouge
73. Ostéoporose
74. Otagie
75. Parkinsonisme
76. Patient difficile
77. Personnes âgées
78. Perte de connaissance
79. Perte de poids
80. Pneumonie
81. Problèmes médicaux multiples
82. Problèmes propres à chaque genre (F)
83. Prostate
84. Réanimation cardio-respiratoire
85. Saignement gastro-intestinal
86. Saignement vaginal
87. Schizophrénie*
88. Sexe* (F)
89. Soins du nourrisson
90. Soins palliatifs
91. Somatisation*
92. Stress
93. Suicide*
94. Thrombose veineuse profonde
95. Thyroïde
96. Toux
97. Traumatisme
98. Troubles du comportement* (F)
99. Trouble de la personnalité*
100. Trouble des conduites alimentaires*
101. Usage de substance et toxicomanie*
102. Vaginite
103. Viol/Agression sexuelle
104. Violence familiale
105. Violence/Patient agressif

Résumé

Le domaine de la compétence en médecine de famille :

Cette définition comporte quatre composantes principales :

1. Les dimensions de la compétence en termes d'habiletés
2. La phase de la rencontre clinique
3. Les sujets prioritaires, les actes techniques de base et les thèmes
4. Les éléments clés et les comportements observables

Ensemble, ces composantes constituent le domaine de la compétence en médecine de famille. La compétence globale est déterminée par un processus continu d'échantillonnage, d'observation et de réflexion sur la performance de l'apprenant en ce qui a trait aux éléments clés et aux comportements observables pour une série de problèmes (sujets prioritaires, techniques, thèmes), pendant les différentes phases de la rencontre clinique, jusqu'à ce que les évaluateurs soient convaincus de la compétence du médecin dans toutes les dimensions des habiletés.

Les composantes des objectifs d'évaluation :

1. **Les dimensions de la compétence en termes d'habiletés** : Six habiletés essentielles permettent au médecin de famille de prendre en charge avec compétence des problèmes qui sont du ressort de la médecine de famille. Le médecin de famille compétent a le potentiel d'utiliser toutes les habiletés pour tout type de problème, mais la compétence se caractérise également par la capacité d'adapter le choix des habiletés utilisées aux besoins spécifiques du problème auquel il est confronté.
 - a) **Approche centrée sur le patient** : C'est l'une des caractéristiques principales de la médecine de famille et elle représente l'une des méthodes les plus efficaces et les plus efficaces pour résoudre des problèmes. Les détails de cette approche sont bien documentés dans la littérature. Les objectifs d'évaluation pour cette dimension de la compétence découlent directement de cette information.
 - b) **Habiletés de communication** : Certains comportements et habiletés facilitent la communication, et une bonne communication est un élément essentiel de la compétence. Cette communication peut être écrite ou verbale, avec les patients ou les collègues ; elle implique également une capacité d'écoute et d'observation autant, sinon plus, que celle de parler et de montrer.
 - c) **Habiletés de raisonnement clinique** : Cette dimension repose sur les habiletés de résolution de problèmes utilisées pour s'occuper des « aspects médicaux » d'un problème. Bien qu'elles soient sous la dépendance évidente des connaissances, de nombreuses difficultés dans cette dimension sont reliées à une faiblesse dans le processus (le comment et le pourquoi). L'évaluation de ces processus est plus importante que l'évaluation des réponses ou des résultats finaux.
 - d) **Sélectivité** : À notre connaissance, cette dimension n'a pas été décrite en ce qui concerne la compétence du médecin. Elle décrit un ensemble d'habiletés déjà citées comme caractéristiques du médecin de famille compétent : un tel médecin ne fait pas les choses de façon routinière, mais il est sélectif dans son approche et peut l'adapter à la situation ou au patient. Ce médecin fixe des priorités et se concentre sur l'aspect le plus important ; il sait quand il faut dire quelque chose et quand il ne faut pas, il recueille les renseignements les plus utiles sans perdre de temps sur des données accessoires, mais il peut fournir un

- effort supplémentaire lorsque ce sera utile. La sélectivité est peut-être un sous-ensemble de toutes les autres dimensions ; on l'a mentionnée avec une fréquence telle qu'elle mérite sa propre dimension.
- e) **Professionnalisme** : Cette dimension est celle qui a été le plus fréquemment mentionnée dans les descriptions de la compétence. Elle comprend toutes les réponses qui entourent le respect et la responsabilité envers les patients, les collègues, soi-même, la profession et la société. Elle comprend les questions éthiques ainsi que l'apprentissage continu et le maintien de la qualité des soins. Elle englobe également des attitudes comme la bienveillance et la compassion.
- f) **Habiletés techniques** : Dans le sondage initial, on n'a pas mentionné fréquemment que des actes techniques spécifiques étaient caractéristiques de la compétence. On reconnaissait cependant qu'un individu sur le point de commencer une pratique autonome devrait être capable d'effectuer certains actes techniques avec compétence. Un groupe de travail sur les habiletés techniques a identifié 65 actes techniques de base ; l'évaluation de la compétence dans cette dimension sera basée sur ces actes techniques ainsi que sur certains éléments généraux clés qui visent ces habiletés techniques.
2. **La phase de la rencontre clinique** : Cette composante joue un rôle essentiel pour orienter l'évaluation vers les processus cognitifs les plus critiques pour la résolution compétente d'un problème ou d'une situation spécifique. Elle couvre les phases ou les étapes depuis le début jusqu'à la fin de la rencontre clinique. Elle comprend les processus que l'on identifie habituellement au modèle hypothético-déductif de résolution de problèmes cliniques et à la prise de décision clinique.
- Génération d'hypothèses** (diagnostic différentiel préliminaire)
 - Anamnèse** (recueil de l'information appropriée)
 - Examen physique** (recueil de l'information appropriée)
 - Investigation** (recueil de l'information appropriée)
 - Diagnostic, y compris l'identification du problème** (interprétation de l'information)
 - Traitement (ou prise en charge)**
 - Suivi**
 - Orientation**
3. **Les sujets prioritaires, les actes techniques de base et les thèmes** : Cette composante consiste en une liste des problèmes ou des situations que le médecin de famille compétent devrait être en mesure de résoudre au début d'une pratique autonome. Cette liste établit et limite le contenu de la compétence en médecine de famille aux fins de la certification. Les limites permettent à tous les intéressés de concentrer leurs efforts ; l'étendue nous rassure que si l'évaluation a été faite à partir d'un échantillonnage adéquat de ce contenu, on peut raisonnablement conclure qu'il existe un certain niveau de compétence globale.
- Sujets prioritaires** : Cette liste a été produite à partir des réponses obtenues dans le sondage original. Elle comprend des diagnostics, des symptômes, des présentations et des tâches ; on y retrouve également des rôles (dépistage/examen médical périodique), des groupes (immigrants, nouveau-nés, personnes âgées), des répercussions (mode de vie), des situations (problèmes familiaux, patients difficiles) et même certains sujets (antibiotiques).
 - Actes techniques de base** : Dans cette dimension, la compétence ne se limite pas aux habiletés techniques requises pour les 65 actes techniques de base. On devrait également évaluer d'autres aspects, par exemple les indications et les contre-indications, la décision d'appliquer ou non telle technique et de choisir parmi plusieurs approches possibles. Pour cette raison, on a entrepris une analyse des éléments clés afin d'identifier les aspects essentiels de la compétence applicables à toutes les techniques.
 - Thèmes** : Les dimensions de l'approche centrée sur le patient, le professionnalisme et les habiletés de communication n'étaient pas suffisamment définies par l'analyse des éléments clés des sujets prioritaires. On a procédé à une itération supplémentaire, utilisé une approche par groupe de discussion en s'inspirant d'informations provenant d'une variété de sources afin de développer une série

de thèmes dans le but de mieux organiser la description de la compétence pour chacune de ces trois dimensions.

4. **Les éléments clés et les comportements observables** : Ce sont les objectifs d'évaluation opérationnels qui décrivent la compétence dans des termes relativement objectifs et observables. Ils sont très utiles pour évaluer la compétence au cours de la supervision clinique quotidienne.
- a) **Éléments clés** : Chacun des sujets prioritaires a fait l'objet d'une analyse afin de générer les éléments clés pour le sujet. Les éléments clés sont les situations spécifiques les plus déterminantes de la compétence dans un sujet et les processus critiques impliqués dans la résolution compétente de chaque situation. Ils sont déterminés par un groupe de pairs en pratique active utilisant un processus d'itération et de réflexion. Chaque élément clé identifie les dimensions en termes d'habiletés, ainsi que les phases de la rencontre clinique que l'on utilisera afin d'évaluer la compétence pour la situation et la tâche en question.
- b) **Comportements observables** : Pour chacun des thèmes identifiés pour les habiletés de communication et le professionnalisme, on a utilisé un processus itératif analogue à celui utilisé pour l'analyse des éléments clés afin d'identifier, pour chacun des thèmes, les comportements révélateurs de la compétence, ou de son absence. Alors que l'analyse des éléments clés identifie un sous-ensemble de situations que l'on considère comme révélatrices de la compétence globale pour un sujet donné, l'analyse des comportements observables liste tous les comportements potentiellement révélateurs de la compétence ; aucun sous-ensemble particulier n'est identifié comme étant le plus critique pour définir la compétence pour le thème ou la dimension en question.

Partie I — Les objectifs d'évaluation : leur définition, leur origine et leur utilisation

Introduction	13
I. Aperçu de la structure et des composantes de cette définition de la compétence.....	13
II. Quelques considérations théoriques et autres plus pratiques pour définir la compétence et concevoir des évaluations réussies.....	16
III. Autres détails sur la nature et l'élaboration des objectifs d'évaluation.....	20
IV. Mise en application des objectifs d'évaluation.....	33

Introduction

Le but de la Partie I est de vous soutenir et de vous aider à utiliser les nouveaux objectifs d'évaluation pour mieux structurer votre évaluation de la compétence en médecine de famille, que ce soit pour l'évaluation des autres ou de vous-même. On y retrouve quatre étapes.

- La première est un aperçu de la structure et des composantes de cette définition de la compétence. Elle vise à vous familiariser avec la terminologie utilisée dans la définition et à décrire comment utiliser les différentes composantes pour atteindre le but de l'évaluation de la compétence aux fins de la certification.
- La deuxième présente une brève discussion de quelques considérations théoriques et pratiques pour concevoir des évaluations réussies. On a tenu compte de ces considérations tout au long de l'élaboration des objectifs d'évaluation ; elles sont d'ailleurs sous-jacentes à la plupart des choix effectués et des méthodes utilisées.
- La troisième discute des objectifs d'évaluation en plus de détails et décrit comment ils ont été élaborés. Il est essentiel d'avoir une bonne compréhension de ce processus et de sa relation avec les considérations de la section précédente si l'on veut les utiliser comme prévu et maximiser leur utilité et leur efficacité.
- Enfin, la quatrième présente quelques exemples d'utilisation actuelle des objectifs d'évaluation, suivis de quelques possibilités supplémentaires pour leur utilisation dans un proche avenir.

La Partie II présente en détail tous les objectifs d'évaluation. À noter que les renseignements qui suivent sont présentés d'une façon heuristique, de sorte que ce qui peut sembler un peu obscur à la première lecture devrait devenir plus facile à comprendre lorsque toute l'information sera « absorbée et digérée ». Cette définition de la compétence n'est pas linéaire ou hiérarchique ; les composantes sont toutefois complémentaires. Comment ils s'articulent et comment ils fonctionnent pour guider l'évaluation de la compétence deviendra davantage évident lorsqu'on aura regardé et réfléchi à l'ensemble du tableau.

I. Aperçu de la structure et des composantes de cette définition de la compétence

Cette définition, qui est spécifique à la médecine de famille, comporte quatre grandes composantes.

1. **Les dimensions de la compétence en termes d'habiletés** : Six habiletés générales essentielles permettent au médecin de famille de prendre en charge avec compétence des problèmes qui sont du ressort de la médecine de famille. Le médecin de famille compétent a le potentiel d'utiliser toutes les habiletés pour tout type de problème, mais la compétence se caractérise également par la capacité d'adapter le choix des habiletés utilisées aux besoins spécifiques du problème auquel il est confronté. Les six dimensions en termes d'habiletés sont les suivantes :

- a. **Approche centrée sur le patient**¹⁰
- b. **Habiletés de communication**
- c. **Habiletés de raisonnement clinique**
- d. **Sélectivité**
- e. **Professionnalisme**
- f. **Habiletés techniques**

Ces dimensions sont très utiles dans les situations sommatives ; l'évaluation de la compétence dans toutes les dimensions des habiletés sera basée sur une série suffisante d'observations. On pourra déterminer qu'il y a une compétence globale lorsque l'apprenant aura démontré une compétence dans chacune des six dimensions des habiletés et dans l'utilisation préférentielle des habiletés les plus appropriées à un problème particulier.

2. **La phase de la rencontre clinique comme dimension de la compétence :** Cette composante occupe une place plutôt secondaire, mais elle joue un rôle crucial pour orienter l'évaluation vers les processus cognitifs les plus importants pour la résolution compétente d'un problème ou d'une situation spécifique. Cette dimension couvre les étapes ou les phases depuis le début jusqu'à la fin de la rencontre clinique. Elle comprend les processus que l'on identifie habituellement au modèle hypothético-déductif de résolution de problèmes cliniques et à la prise de décision clinique. Elle est très utile pour orienter et limiter l'évaluation aux processus les plus susceptibles de faire une distinction entre des performances compétentes et non compétentes face à un problème ou une situation spécifique. Pour cette raison, elle est particulièrement utile pour orienter l'apprentissage supplémentaire du candidat qui éprouve des difficultés récurrentes ou continues.
3. **Les sujets prioritaires, les actes techniques de base et les thèmes :** Ces trois sujets, considérés ensemble, constituent une liste de problèmes ou de situations que le médecin de famille compétent devrait être capable de résoudre au début d'une pratique autonome. Comme tel, cet ensemble établit et limite le contenu de base du domaine de la compétence en médecine de famille aux fins de la certification. Le portrait de ce domaine ne sera complet qu'avec l'ajout des trois autres composantes puisqu'elles décrivent la façon de démontrer ou d'atteindre le niveau de compétence pour chacun des problèmes ou situations sur ces listes. Cet ensemble est très utile à des fins de planification, que ce soit pour l'enseignement, l'apprentissage ou l'évaluation. Les limites des contenus permettent à tous les intéressés de concentrer leurs efforts ; l'étendue nous rassure qu'on peut raisonnablement conclure qu'il y a un niveau de compétence globale si l'évaluation a été faite à partir d'un échantillonnage suffisant de ce contenu, à partir des trois éléments de la liste. Il facilite également une révision périodique du domaine afin d'identifier l'existence ou non de faiblesses ou de duplications évidentes qui pourraient devoir être corrigées.

¹⁰ Nous avons choisi de retenir le terme « approche » plutôt que « méthode ». « Approche centrée sur le patient » inclut la « méthode centrée sur le patient », alors que l'inverse n'est pas nécessairement vrai. S'assurer que notre approche globale à la pratique est centrée sur le patient constitue l'une des caractéristiques qui définissent la médecine de famille ; on utilise donc ce terme pour définir la compétence.

4. Les éléments clés et les comportements observables : Ces éléments et comportements représentent les objectifs d'évaluation opérationnels qui font appel à deux formats différents et qui décrivent la compétence dans des termes relativement objectifs et observables pour chaque situation d'une série de situations spécifiques qui sont du ressort de la médecine de famille. Ces objectifs représentent les interactions entre toutes les composantes pour les besoins d'évaluation de la compétence. Il y a environ 1 300 pièces distinctes dans cette composante. C'est la composante la plus utile pour l'évaluation de la compétence dans des situations spécifiques, au cours de la supervision clinique quotidienne.

En résumé, cette définition de la compétence globale en médecine de famille nous offre des définitions de la compétence spécifique aux problèmes pour une série de situations qui sont du ressort du médecin de famille. Ces définitions se retrouvent dans la quatrième composante, celle des éléments clés et des comportements observables, laquelle contient les objectifs d'évaluation individuels et spécifiques pour la certification en médecine de famille.

Les autres composantes fournissent le cadre de travail et les détails nécessaires pour que les objectifs d'évaluation soient opérationnels et efficaces. Chaque objectif comprend, implicitement ou explicitement, les habiletés et les phases nécessaires pour en arriver à une résolution compétente. Chaque objectif fait également partie d'un sujet, d'une technique ou d'un thème plus général. La quantité de détails descriptifs est très variable, mais elle est suffisante pour guider l'évaluation de la performance pour la situation en question et s'assurer que la performance et les processus évalués sont véritablement un reflet de la compétence.

Les objectifs d'évaluation, utilisés de façon plus générale, sont décrits et définis par l'ensemble des quatre composantes de cette définition de la compétence. Pour la plupart des intentions et des buts, les objectifs d'évaluation et la définition de la compétence sont une seule et même chose.

Détermination de la compétence en utilisant les objectifs d'évaluation :

À ce stade-ci, il est peut-être important d'insister sur le fait que toute cette définition de la compétence a été élaborée sans tenir compte des outils d'évaluation ou les formats d'examens. Cette approche a été adoptée afin d'en arriver à une définition de la compétence et des objectifs d'évaluation qui est libre des biais malencontreux souvent imposés par des instruments et des formats prédéterminés.

Cependant, nous pouvons présenter des représentations schématiques et verbales de l'utilisation potentielle de ce modèle pour déterminer la compétence.

Observés en pratique	Dimensions des habiletés	Phases	Médecin compétent
a)	b)	c)	
Éléments clés et comportements observables	<ul style="list-style-type: none"> • Approche centrée sur le patient • Habiletés de communication • Habiletés de raisonnement clinique • Sélectivité • Professionnalisme • Habiletés techniques 	Manifestées pendant toutes les phases de la rencontre clinique	<i>Échantillonnage continu, observation et réflexion basés sur a), jusqu'à ce que les évaluateurs soient sûrs et satisfaits que le médecin est compétent dans toutes les habiletés de b)</i>
d) Sujets prioritaires, techniques de base, thèmes			

On peut également l'exprimer verbalement :

« Les objectifs d'évaluation fournissent une longue liste de compétences en médecine de famille, en termes d'éléments clés et de comportements observables. Chacune des compétences est spécifique à la situation devant être prise en charge et aux phases de la rencontre clinique impliquées ; chaque compétence est liée aux six dimensions en termes d'habiletés essentielles à la compétence globale en médecine de famille.

La compétence sera déterminée par échantillonnage continu, observation et réflexion sur les performances d'un apprenant entourant les éléments clés et les comportements observables jusqu'à ce que le (les) évaluateur(s) soient certains et satisfaits que l'apprenant est compétent dans la totalité des six dimensions en termes d'habiletés essentielles à la compétence en médecine de famille. »

Des outils précis d'évaluation et des formats d'examen pourront être développés ultérieurement.

II. Quelques considérations théoriques et autres plus pratiques pour définir la compétence et concevoir des évaluations réussies

Cette section discute brièvement de deux concepts : les caractéristiques des évaluations réussies ; les niveaux de compétence d'un point de vue cognitif et la plus grande utilité des niveaux plus élevés pour prédire la compétence globale. Ces deux concepts ont servi de principes directeurs pendant l'élaboration des objectifs d'évaluation ; bien les comprendre permettra de mieux comprendre la structure des objectifs d'évaluation et améliorera les chances de les utiliser de façon appropriée et à leur meilleur avantage.

Caractéristiques des évaluations réussies :

Toute évaluation dont l'enjeu est élevé (par exemple notre processus de certification en médecine de famille) devrait viser une bonne performance sur cinq caractéristiques.¹¹ Elle devrait être :

1. **Valide :** Elle devrait évaluer les performances qui témoignent véritablement de la compétence dans le domaine des tâches pour la discipline en question.
2. **Fiable :** L'évaluation doit mesurer la performance de façon reproductible et faire la distinction entre des performances compétentes et non compétentes.
3. **Rentable :** Cette qualité est importante en termes de temps, d'efforts et de ressources.
4. **Acceptable :** Les candidats et les évaluateurs doivent avoir l'impression que l'évaluation est pertinente, rigoureuse et équitable.
5. **Impact éducatif** Elle devrait mener l'apprentissage vers une véritable compétence plutôt que **positif** : vers la seule réussite d'un examen.

Le but spécifique des objectifs d'évaluation est de fournir une orientation claire pour l'élaboration et l'utilisation des instruments ou des situations d'évaluation afin de répondre à ces cinq critères. Les objectifs d'évaluation devraient fournir de l'information pour tous les types d'évaluation : formative et sommative, structurée et non structurée, en cours de formation et terminale, écrite et orale, les situations cliniques simulées et réelles, pour n'en nommer que quelques-uns.

Pour réussir, les objectifs d'évaluation devraient décrire clairement le domaine de compétence à mesurer, ainsi que les performances compétentes pour chacune des tâches dans le domaine. Puisque la nature particulière d'une tâche effectuée de façon compétente est plutôt spécifique à un problème, de bons objectifs d'évaluation comprennent également une définition correspondant au niveau de chaque interaction problème-tâche.

Si un groupe de pairs utilise une approche structurée et validée pour développer toutes les étapes ci-dessus (les problèmes dans le domaine, les tâches et les interactions problèmes - tâches) nous pouvons être assez sûrs qu'une évaluation basée sur cette définition mesurera les performances révélatrices de la compétence. Nous pouvons être sûrs de la validité du test et que le candidat qui le réussit, dans notre cas, a la compétence requise pour commencer une pratique autonome de la médecine de famille. Cette approche permet également l'identification de performances susceptibles de bien distinguer les candidats compétents des candidats non compétents. Une évaluation qui se concentre sur de telles performances discriminantes est plus efficace et plus susceptible de générer des résultats fiables. De nombreuses autres questions pratiques doivent évidemment être considérées pour assurer la fiabilité d'une évaluation, mais une définition valable de la compétence à mesurer est une condition préalable. Plus ces éléments décrivent les dimensions des performances compétentes, plus il est facile

¹¹ Van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ.* 1996;1:41-67.

de développer des instruments de mesure fiables et des items spécifiques pour les mesurer. Ce modèle tend également à améliorer la rentabilité.

L'acceptabilité est une question complexe, mais, pour la plupart des personnes impliquées (enseignants, apprenants et candidats), ses liens sont faibles avec les qualités psychométriques d'un programme d'évaluation. Une évaluation d'une très grande qualité peut être inacceptable si elle semble incorrecte, si elle est perçue comme trop difficile ou trop facile, ou si elle est perçue comme étant inutile pour les activités quotidiennes de la pratique, de l'enseignement clinique et de l'apprentissage. L'évaluation est acceptable si elle est adaptée aux activités quotidiennes et si le processus et les résultats des évaluations sont utiles à toutes les personnes impliquées pour atteindre leurs objectifs éducatifs. Aux fins de la certification, l'évaluation doit également, de toute évidence, être d'une grande qualité psychométrique, mais ceci n'est pas suffisant si, avant tout, elle est inacceptable sur la base de sa présentation, de l'impression qu'elle dégage, de son à-propos et de son utilité.

Il existe une relation étroite entre l'effet de l'évaluation sur l'apprentissage et l'acceptabilité. Ceci mérite quelques commentaires spécifiques. Les programmes de formation postdoctorale connaissent bien les effets pervers de la préparation aux examens : les candidats sont « pratiquement perdus » pendant de longues périodes dans des activités consacrées à la préparation des examens. Ces activités se concentrent habituellement sur le contenu et des comportements qui ont peu ou pas à voir avec la compétence réelle. De fait, plusieurs pourraient dire qu'ils diminuent véritablement la compétence en dévaluant les habiletés et les comportements associés à la compétence, puisqu'ils ne « font pas partie de l'examen ». On ne peut ignorer la valeur et la force indéniables des examens pour guider l'apprentissage, comme on l'a d'ailleurs reconnu tout au long de ce projet : le défi consistait à exprimer les objectifs d'évaluation (et, espérons-le, les examens sur lesquels ils seront basés) en des termes qui rapprochent le plus possible la préparation aux examens à la préparation pour la véritable compétence en médecine de famille.

Niveau de compétence :

Le deuxième concept à discuter est la différence entre les niveaux faible et élevé de la compétence en ce qui concerne les habiletés cognitives, ainsi que les raisons qui expliquent pourquoi les niveaux plus élevés de compétence sont potentiellement plus solides et plus efficaces comme indicateurs de la compétence globale, tout en étant particulièrement pertinents pour la médecine de famille. Ceci nous permettra également d'analyser la différence entre « performance » et « compétence » et d'expliquer certaines des préoccupations des membres du groupe de travail pendant l'élaboration de cette définition de la compétence en médecine de famille.

Les évaluateurs ont réellement besoin de savoir quelles étapes ont été réalisées et pourquoi, afin d'apprécier véritablement dans quelle mesure un exécutant a agi avec compétence lorsqu'il a effectué une tâche — le résultat final ne raconte pas toute l'histoire. Il est difficile d'évaluer la compétence sans observer une partie de la performance ; la différence entre les deux termes est importante. Cette différence entre « compétence » et « performance » est bien illustrée par les habiletés d'expression orale. Concernant le langage, on peut dire que la compétence « réfère spécifiquement à la connaissance par celui qui parle d'un système de règles assimilées d'une façon ou d'une autre. Ces règles permettent d'être créatif et de produire un nombre illimité de phrases grammaticalement correctes. De plus, elles permettent à celui qui parle de déterminer dans quelle mesure une

phrase est grammaticalement correcte ou non ». ¹² La performance n'exige pas nécessairement une connaissance intime des règles — de nombreuses personnes parlent très bien une langue tout en ignorant les règles et le système. Si nous voulons véritablement évaluer la compétence, nous devons également analyser les systèmes et les règles utilisés pendant l'exécution d'une tâche.

Ceci est également important lorsqu'on considère les niveaux de compétence à évaluer. Dans toute profession, de nombreuses activités quotidiennes sont routinières et ne nécessitent pas un niveau élevé de compétence. On peut même les considérer comme des performances routinières, exécutées sans trop y penser ou réfléchir, alors que le résultat dépend peu de la compétence de l'exécutant. Ce sont des problèmes routiniers dont les solutions sont nettement définies. De nombreux arguments démontrent que la compétence professionnelle dépasse cette notion : c'est la capacité de résoudre des problèmes ambigus, de tolérer l'incertitude et de prendre des décisions malgré des informations limitées. La véritable compétence se manifeste dans des situations non familières ; on l'a d'ailleurs définie comme « la capacité de démontrer une souplesse cognitive et une adaptabilité, lorsque confronté à de nouvelles situations dans un domaine donné, plutôt qu'une série ritualisée de réponses à un ensemble prévisible de stimuli ». ¹³ La caractéristique habituelle des problèmes diagnostiques en médecine, c'est que ceux-ci sont mal structurés : les renseignements pertinents ne sont pas tous disponibles à celui qui doit résoudre le problème, les causes potentielles sont nombreuses et, souvent, il n'existe pas de solution définie. Pour résoudre ces problèmes, il faut un raisonnement délibéré et non pas une réaction réflexe ou une simple reconnaissance, ce qui a été dénommé transfert associatif ou transfert par association (*low-road transfer*). Le raisonnement délibéré implique l'abstraction consciente d'un contexte à un autre, ou transfert réflexif ou par réflexion ¹⁴ (*high-road transfer*) des connaissances et des habiletés. L'individu très compétent est capable de généraliser la connaissance abstraite à travers une vaste gamme de situations — par essence, l'atteinte de la compétence implique une maximisation du transfert réflexif. La compétence de faible niveau est extrêmement spécifique à une tâche, et la compétence dans une tâche ne permet absolument pas de prédire la compétence dans d'autres tâches. La compétence de niveau plus élevé est beaucoup plus généralisable d'une tâche à une autre ; ceci n'est peut-être pas surprenant puisque les habiletés elles-mêmes ne sont pas très spécifiques à une tâche. Finalement, la compétence à des niveaux plus élevés permet habituellement de prédire la compétence (ou une prise de conscience claire d'une compétence déficiente) concernant les habiletés d'un niveau moins élevé ; le contraire n'est absolument pas vrai.

À ce stade-ci, il vaut la peine de noter que le médecin de famille doit être compétent pour résoudre beaucoup de problèmes bien définis, mais il doit également disposer d'une compétence particulière pour prendre en charge de nombreux problèmes indifférenciés dont les diagnostics peuvent demeurer incertains pendant de longues périodes et où de multiples autres facteurs (p. ex. d'autres affections, des éléments psychosociaux, des préférences, des ressources) interviennent et dont il faut tenir compte. Les habiletés requises pour s'occuper de

¹² James L. Prolegomena to a theory of communicative competence. Champaign, IL : Center for Comparative Psycholinguistics, University of Illinois; 1969/2003.

¹³ Regehr G. Chickens and children do not an expert make. Acad Med. 1994;69(12):970-1.

¹⁴ Patel V, Kaufman D. On poultry expertise, precocious kids, and diagnostic reasoning. Acad Med. 1994;69(12):971-2.

ces situations correspondent très étroitement à la définition ci-dessus des habiletés cognitives de haut niveau de la compétence véritable.

Les implications de ce qui précède pour définir la compétence à des fins d'évaluation sont triples :

1) la définition doit inclure, implicitement ou explicitement, le « comment » et le « pourquoi » de la performance compétente d'une tâche, pas seulement de la performance elle-même ; 2) les tâches nécessitant des niveaux plus élevés de compétence nous permettront de faire certaines déductions sur la compétence globale qui sont beaucoup plus plausibles que les tâches nécessitant seulement des niveaux moins élevés ; 3) les niveaux plus élevés de compétence sont particulièrement applicables et nécessaires pour la compétence en médecine de famille. Le groupe de travail est demeuré, tout au long de ses travaux, sainement préoccupé par ces trois implications. L'approche par éléments clés nous a entraînés naturellement dans cette direction, en nécessitant une certaine définition des « comment » et des « pourquoi », et en choisissant des tâches nécessitant des niveaux plus élevés de compétence, puisque celles-ci sont souvent celles qui sont les plus déterminantes de la compétence à résoudre un problème particulier. Nous avons également tenu compte de cette préoccupation lorsque nous avons utilisé des approches autres que l'analyse des éléments clés.

III. Autres détails sur la nature et l'élaboration des objectifs d'évaluation

Cette section commence par une brève description des raisons justifiant la révision des objectifs d'évaluation aux fins de la certification, ainsi que des méthodes utilisées. Suivront des détails supplémentaires sur les quatre composantes majeures des objectifs d'évaluation.

Révision des objectifs d'évaluation :¹⁵

En 1998, le Bureau des examinateurs du Collège¹⁶ décidait de réviser les processus qui mènent à la certification. Une partie essentielle de ce processus est la détermination de la compétence à un niveau approprié pour commencer une pratique autonome comme médecin de famille. L'évaluation de cette compétence a également fait l'objet d'une révision. La première étape essentielle dans l'évaluation de la compétence est de définir, avec suffisamment de détails, ce qui constitue la compétence en question. Il est peut-être surprenant de constater que les définitions existantes de la médecine de famille ne sont pas suffisamment détaillées pour les fins requises. Par exemple, les quatre principes de la médecine de famille sont utiles comme aperçu général, en fournissant des buts et des guides généraux, mais ils ne sont pas suffisamment détaillés pour offrir une orientation claire afin de déterminer la compétence. Ceci demeure vrai malgré l'ajout de détails explicatifs à ces principes.

C'est pourquoi le conseil d'administration a pris la décision de revenir au point de départ et d'élaborer une définition basée sur la compétence aux fins de l'évaluation pour la certification. On a également décidé d'appuyer cette définition sur l'expérience des médecins de famille praticiens. Un questionnaire postal a sondé les opinions

¹⁵ Ceci est un très bref résumé de la méthodologie utilisée et des résultats obtenus. Les détails complets ont été présentés dans une série de rapports au Collège, et ils seront également disponibles dans une série d'articles présentement en préparation.

¹⁶ En 2019, nous avons donné un nouveau nom au Bureau des examens et de la certification.

de ces médecins en leur posant quatre questions ouvertes sur leur définition de la compétence en médecine de famille au début d'une pratique autonome. Un groupe de discussion a analysé les résultats de ce sondage qui ont permis d'identifier une série de rubriques potentiellement utiles pour décrire la compétence. Une nouvelle analyse des résultats du sondage, effectuée à la lumière de ces rubriques, a révélé que la compétence était décrite par cinq dimensions en termes d'habiletés, des phases de la rencontre clinique et d'un certain nombre de sujets prioritaires. Une sixième dimension d'habiletés, les habiletés techniques, a été ajoutée subséquemment, pour des raisons que nous expliquerons dans la prochaine section.

Ces trois composantes ont éclairé le portrait de la compétence en médecine de famille, mais celui-ci n'était pas encore suffisamment détaillé pour fournir une orientation adéquate aux fins de l'évaluation de la compétence. Le conseil d'administration a donc mis sur pied d'autres groupes de travail dont le mandat était d'élaborer des objectifs d'évaluation détaillés en utilisant une combinaison appropriée de ces composantes. On a utilisé une approche d'analyse par groupe de discussion qui a permis d'élaborer des objectifs d'évaluation par de multiples itérations structurées et on a utilisé deux formats généraux pour les objectifs d'évaluation spécifiques et opérationnels définitifs : les éléments clés et les comportements observables. Ensemble, ces deux constituent la composante opérationnelle des objectifs d'évaluation : ils guident la façon de procéder à l'évaluation de la compétence dans chacune des situations considérées.

Individuellement, on pourra retrouver les objectifs d'évaluation eux-mêmes ailleurs dans ce document sous la rubrique appropriée. La prochaine partie de cette section fournira cependant suffisamment de détails pour comprendre comment tout ceci s'articule et ce que vous devriez rechercher. Il est évident qu'il y a des chevauchements entre ces diverses composantes — de fait, une grande partie de la compétence les utilise de façon intégrée. D'un point de vue pratique, il est très utile de les séparer — ceci est essentiel pour l'évaluation et, vraisemblablement, préférable pour l'enseignement et l'apprentissage dans la plupart des étapes de la formation.

Autres détails sur les composantes des objectifs d'évaluation :

Nous maintiendrons l'ordre établi précédemment des composantes pour la première partie de cette section, mais nous changerons par la suite pour discuter en détail des éléments clés avant de revenir aux actes techniques de base, aux thèmes et aux comportements observables. Ceci se rapproche davantage de l'ordre qui a été suivi dans le développement des composantes, mais, chose plus importante, les résultats de l'analyse des éléments clés ont eu une influence majeure sur les étapes subséquentes. Une compréhension approfondie des éléments clés permet de mieux comprendre le modèle adopté pour l'élaboration des actes techniques de base, des thèmes et des comportements observables.

1. Les dimensions de la compétence en termes d'habiletés :

Nous présentons ici les définitions générales de chacune des six habiletés. Quant aux définitions opérationnelles pour l'évaluation de la compétence dans chacune de ces habiletés, on les retrouvera dans les sujets, les actes techniques de base, les thèmes, les éléments clés et les comportements observables.

a) Approche centrée sur le patient : Cette approche bien connue est l'une des caractéristiques phares de la médecine de famille : elle représente l'une des méthodes les plus efficaces et les plus efficaces pour résoudre des problèmes. Elle y parvient en se concentrant sur le patient et sur son contexte plutôt que de se limiter seulement à la maladie. De cette façon, il est possible d'en arriver à une compréhension partagée et à un terrain d'entente entre le patient et le praticien concernant les buts pour la résolution des problèmes. Cette approche contribue également à rendre les buts réalistes et atteignables. Les détails de cette approche sont bien documentés dans la littérature et les objectifs d'évaluation pour cette dimension de la compétence découlent directement de cette information.

b) Habiletés de communication : Certains comportements et habiletés facilitent la communication, d'autant plus qu'une bonne communication est un élément essentiel de la compétence. C'est une habileté complexe qui imprègne la plupart de nos autres activités. Une bonne communication facilite l'utilisation des autres habiletés pour prendre en charge les problèmes et elle améliore les chances d'une résolution réussie, alors qu'une mauvaise communication est susceptible d'être très préjudiciable. La communication peut être écrite ou verbale, avec les patients ou les collègues ; elle implique une capacité d'écoute et d'observation autant sinon plus que de parler ou de montrer. Tous ces aspects doivent faire l'objet d'une évaluation.

c) Habiletés de raisonnement clinique : Avec cette dimension, nous sommes en territoire plus familier ; elle repose sur les habiletés à résoudre des problèmes, utilisées pour s'occuper des « aspects médicaux » d'un problème. Bien qu'elle soit sous la dépendance évidente des connaissances, la connaissance à elle seule ne suffit pas. Plusieurs des difficultés dans cette dimension sont reliées à une faiblesse dans le processus, et non pas à un manque de connaissances. Ces difficultés dans le processus ont un impact très important sur la compétence, de sorte que l'évaluation des processus (le comment et le pourquoi du déroulement du raisonnement clinique) est plus importante que l'évaluation des réponses ou des résultats finaux.

d) Sélectivité : À notre connaissance, cette dimension n'a pas été décrite en ce qui concerne la compétence du médecin même si elle n'est sûrement pas une idée originale. C'est le terme choisi pour décrire un ensemble d'habiletés que l'on a fréquemment citées comme caractéristiques du médecin de famille compétent : un tel médecin ne fait pas les choses de façon routinière ou stéréotypée, mais il est très sélectif dans son approche et peut l'adapter à la situation ou au patient. Les médecins compétents fixent des priorités et se concentrent sur l'aspect le plus important ; ils savent quand il faut dire quelque chose et quand il ne faut pas ; ils recueillent les renseignements les plus utiles sans perdre de temps sur les données accessoires, ou ils peuvent fournir un effort supplémentaire lorsque ce sera vraisemblablement utile. La sélectivité est peut-être un sous-ensemble de toutes les autres dimensions ; on l'a utilisée suffisamment fréquemment dans les descriptions de la compétence pour qu'elle mérite sa propre dimension. Comme nous l'avons vu précédemment, la sélectivité se retrouve aux niveaux plus élevés de la compétence et elle pourrait s'avérer un indicateur très puissant de la compétence globale lorsqu'on l'utilise à des fins d'évaluation.

e) **Professionalisme** : Agir de façon professionnelle est une habileté complexe comportant de multiples facettes, mais qui a peu d'effet par elle-même ;¹⁷ elle constitue toutefois une habileté complémentaire absolument nécessaire pour exercer avec compétence. Elle facilite l'utilisation des autres habiletés lorsqu'on prend en charge des problèmes et elle améliore les chances d'une résolution fructueuse, alors que les actions non professionnelles sont habituellement extrêmement préjudiciables, même lorsque les autres habiletés sont de bonne qualité. Cette dimension est celle qui a été la plus fréquemment mentionnée dans les descriptions de la compétence : elle comprend toutes les réponses qui entourent le respect et la responsabilité envers les patients, les collègues, soi-même, la profession et la société en général ; elle comprend les questions éthiques ainsi que la plupart des aspects entourant l'apprentissage continu et le maintien de la qualité des soins ; elle englobe également des attitudes importantes comme la bienveillance et la compassion.

f) **Habiletés techniques** : Dans le sondage initial, il n'a pas été mentionné fréquemment que des techniques spécifiques et autres habiletés psychomotrices étaient caractéristiques de la compétence. Cette situation n'était pas surprenante parce que la compétence qui nous intéresse est davantage une question d'individus qui connaissent leur compétence ou leur incompétence avec certains actes techniques et qui respectent ces limites, plutôt que d'être capables d'exécuter une liste infinie et non spécifiée d'actes techniques. La certification doit témoigner, cependant, que le certifié est compétent, au début d'une pratique autonome, pour exécuter un certain nombre d'actes techniques. Pour ces raisons, les habiletés techniques ont été ajoutées comme sixième dimension en termes d'habiletés, et on a adopté des mesures visant à définir cette dimension aux fins de l'évaluation.

2. La phase de la rencontre clinique :

La compétence a également été couramment décrite en termes de phase de la rencontre clinique sans référer à un problème clinique spécifique, p. ex. « obtenir une anamnèse ciblée, générer un bon diagnostic différentiel, orienter vers un autre spécialiste lorsqu'indiqué ». On a regroupé ensemble dans cette dimension unique, toutes les réponses obtenues lors du sondage en utilisant les huit sous-titres ou phases suivants :

- i. Génération d'hypothèses (ou diagnostic différentiel précoce)
- ii. Anamnèse (recueil de l'information appropriée)
- iii. Examen physique (recueil de l'information appropriée)
- iv. Investigation (recueil de l'information appropriée)
- v. Diagnostic (interprétation de l'information) (Le terme « diagnostic » est utilisé dans son sens général et comprend donc l'identification du problème)
- vi. Traitement (ou prise en charge)

¹⁷ Toutefois, lorsque tout semble défailir, agir de façon professionnelle (dans son sens le plus large et est celui qui est utilisé ici) constitue peut-être le meilleur indicateur de la compétence et représente l'habileté la plus utile que nous puissions manifester.

vii. Suivi

viii. Orientation

Les sous-titres ont été choisis comme début de définition de l'activité principale dans chaque phase. Les clarifications entre parenthèses après les sous-titres ont pour but de nous rappeler que les processus impliqués sont très différents d'un point de vue cognitif : l'interprétation d'une anamnèse est très différente de son recueil, et les implications sont très différentes pour l'évaluation de la compétence. Même si ces sous-titres sont semblables à ceux que l'on retrouve dans les habiletés de raisonnement clinique, de fait, ils renvoient principalement à la phase et non à l'habileté cognitive : toutes les six dimensions en termes d'habiletés pourraient s'appliquer à l'une ou l'autre des huit phases. Le fait d'avoir séparé ces dimensions de la définition augmente notre degré de précision lorsque nous planifions ou procédons à une évaluation de la compétence. La résolution compétente d'un problème peut nécessiter l'utilisation d'une habileté particulière dans une phase précise de la rencontre clinique ; l'habileté requise et la phase pertinente peuvent être totalement différentes pour un autre problème.

3. Les sujets prioritaires : Ces sujets ne constituent qu'une partie, même si c'est la plus importante, des situations que l'on retrouve dans notre domaine de compétence en médecine de famille, aux fins de l'évaluation de la compétence pour la certification ; les deux autres parties sont les actes techniques de base et les thèmes pour les comportements observables. La justification de ces deux dernières parties est cependant devenue très évidente après le développement des éléments clés pour les sujets prioritaires. Pour cette raison, cette section présentera d'abord certains détails sur les sujets et leurs éléments clés. Cette information contribuera à mieux comprendre la présentation ultérieure des actes techniques de base, des thèmes et des comportements observables.

Le sondage : La première question du sondage était : « Faire une liste des situations cliniques ou des problèmes les plus importants qu'un nouveau médecin de famille praticien devrait avoir la compétence de résoudre ». Les réponses ont été compilées en retenant la terminologie et le niveau de spécificité des réponses, lorsque possible. On a ensuite identifié des synonymes raisonnables et on les a convertis en une formulation unique en choisissant habituellement celle qui était utilisée le plus fréquemment. Ceci a mené à une liste totalisant 99 sujets différents. Puis, on a calculé les fréquences des réponses pour chacun des sujets. Vous trouverez à la page 26, sous forme de tableau, la présentation des sujets et leurs fréquences.

À noter particulièrement deux caractéristiques de ce tableau :

Le tableau montre une fréquence « biaisée » des mentions de chaque sujet, avec quelques sujets mentionnés beaucoup plus fréquemment que d'autres. Il serait possible de limiter les sujets pour l'évaluation à un nombre inférieur à 99 : il faut cependant se rappeler que nous sommes avant tout intéressés par les habiletés utilisées pour prendre en charge des problèmes dans chacun des sujets et moins intéressés par les sujets eux-mêmes. Par contre, nous avons besoin de savoir que le certifié est compétent pour résoudre un nombre suffisant de problèmes spécifiques et qu'il possède les habiletés générales. Il ne semble donc pas déraisonnable d'utiliser la totalité des 99 sujets comme étant le domaine pour l'évaluation. Certains arguments pourraient justifier la pertinence de baser l'évaluation sur les sujets apparaissant dans le premier tiers de la liste plutôt que sur les sujets du dernier tiers, puisque ceux-ci n'ont pas été mentionnés très souvent.

La terminologie utilisée pour les sujets est extrêmement variée : les médecins de famille praticiens utilisent une taxonomie éclectique pour décrire les problèmes à résoudre. On y retrouve de nombreux diagnostics, symptômes, présentations et tâches ; on y retrouve également des rôles (dépistage/examen médical périodique), des groupes (immigrants, nouveau-nés, personnes âgées), des questions (style de vie), des situations (problèmes familiaux, patients difficiles) et même certains sujets (antibiotiques). La plupart de ces termes sont toutefois très familiers à la plupart des médecins et ils sont faciles à comprendre. On y retrouve quelques exceptions (p. ex. « chez l'enfant »), mais on peut en comprendre l'interprétation en regardant les éléments clés de ces sujets.

Fréquences des sujets mentionnés dans le sondage initial			
SUJETS	Taux de mention	SUJETS	Taux de mention
Dépression	87 %	Problèmes comportementaux	10 %
Anxiété	87 %	Allergie	10 %
Abus de substances	60 %	Problèmes médicaux multiples	9 %
Cardiopathie ischémique	52 %	Étourdissements	9 %
Diabète	51 %	Counseling	9 %
Hypertension	50 %	Otalgie	9 %
Grossesse	48 %	Deuil	8 %
Céphalée	43 %	Thyroïde	8 %
Dépistage/examen médical périodique	42 %	Accident vasculaire cérébral	8 %
Soins palliatifs	40 %	Vaginite	7 %
Problèmes familiaux	37 %	Insomnie	7 %
Douleur abdominale	36 %	Infections	7 %
Infection des voies respiratoires supérieures	35 %	Anémie	6 %
Patient difficile	35 %	Immunisation	6 %
Violence conjugale	33 %	Réanimation cardio-respiratoire	6 %
Asthme	33 %	Saignement gastro-intestinal	5 %
Douleur thoracique	32 %	Obésité	5 %
Démence	32 %	Lacérations	5 %
Lombalgie	32 %	Troubles alimentaires	5 %
Maladie chronique	29 %	Antibiotiques	5 %
Personnes âgées	29 %	Stress	4 %
Contraception	28 %	Prostate	4 %
Sexe	28 %	Fracture	4 %
Ménopause	27 %	Nouveau-né	4 %
Trouble articulaire	26 %	Immigrants	4 %
Infections transmissibles sexuellement	24 %	Thrombose veineuse profonde	4 %
Soins au bébé bien portant	24 %	Hépatite	3 %
Schizophrénie	23 %	Fibrillation auriculaire	3 %
Affections cutanées	23 %	Parkinsonisme	3 %
Incapacité	20 %	Apprentissage	3 %
Trouble de la personnalité	19 %	Convulsions	3 %
Fatigue	18 %	Infertilité	3 %
Style de vie	18 %	Perte de poids	2 %
Infection urinaire	16 %	Compétence mentale	2 %
Maladie pulmonaire obstructive chronique	16 %	Ostéoporose	2 %
Traumatisme	16 %	Perte de conscience	2 %
Cancer	16 %	Yeux rouges	2 %
Saignement vaginal	15 %	Laryngotrachéite	2 %
Fièvre	15 %	Intoxication	2 %
Cessation du tabagisme	15 %	Méningite	2 %
Mauvaises nouvelles	14 %	Médecine des voyageurs	2 %
Patient violent/agressif	14 %	Déshydratation	1 %
Suicide	14 %	Diarrhée	1 %
Bosse au sein	14 %	Cervicalgie	1 %
Dyspepsie	13 %	Crise	1 %
Hyperlipidémie	13 %	Dysurie	1 %
Pneumonie	13 %	Viol/agression sexuelle	1 %
Chez l'enfant	13 %	Questions spécifiques au sexe	1 %
Toux	12 %	Épistaxis	1 %
Somatisation	12 %		

Trois questions demandées fréquemment concernant les sujets prioritaires.

1. Cette liste est-elle validée ? La réponse est évidemment oui. Un deuxième sondage a été réalisé auprès d'un groupe différent, mais représentatif de médecins de famille. On a constaté une corrélation extrêmement élevée entre les sujets mentionnés et les fréquences relatives des mentions.

2. La liste devrait-elle inclure d'autres sujets ? Il est beaucoup plus important d'exclure des sujets ou du matériel dont on n'a pas démontré la validité par une évaluation que d'inclure tout le matériel potentiellement valide. Les sujets qui figurent présentement à la liste ont été validés et couvrent un vaste territoire. La compétence démontrable à bien s'occuper de ces sujets nous permet de conclure de façon plausible que le candidat possède la compétence pour exercer toutes les composantes de la médecine de famille, et c'est là le rôle de l'évaluation et de la certification. Nous ne devrions pas nous sentir obligés d'ajouter un plus grand nombre de sujets, même si nous devrions établir un mécanisme pour revoir régulièrement la liste des sujets prioritaires d'une manière structurée et valable.

3. Ces sujets ne sont-ils pas un peu trop vastes pour orienter utilement la conception des évaluations ? C'est une bonne observation. Les objectifs d'évaluation qui ne dépassent pas ce niveau (comme c'est souvent le cas) ne sont pas suffisamment détaillés pour nous aider à réaliser les cinq objectifs d'une évaluation réussie, comme nous l'avons déjà mentionné. Pour traiter de ces sujets dans le contexte spécifique de la médecine de famille, nous devons identifier les étapes critiques, les niveaux plus élevés de la compétence et les habiletés nécessaires pour prendre en charge chacune des situations dans chacun des sujets. Ceci a d'abord été fait en utilisant l'analyse des éléments clés, telle que décrite ci-dessus et ci-dessous.

4. Éléments clés :

Une analyse des éléments clés identifie deux choses : elle identifie d'abord les situations spécifiques qui sont les plus déterminantes de la compétence dans un sujet ; elle identifie ensuite les étapes et les processus critiques ou essentiels de la résolution compétente de chacune des situations. L'élément clé est l'interaction entre le problème et les dimensions de la compétence nécessaire pour le résoudre ; l'élément clé clarifie également, implicitement ou explicitement, le « comment » et le « pourquoi » de la compétence à faire les choses pour ce problème particulier.

Règle générale, les éléments clés sont des actions observables. Ce sont des processus ou des habiletés, et non pas simplement des connaissances. À cet égard, ils cadrent parfaitement bien avec la tendance actuelle vers l'enseignement et l'évaluation axés sur la « compétence ». Les éléments clés ne sont pas seulement spécifiques à un problème ou à une situation ; ils sont également spécifiques à une discipline. En développant des éléments clés spécifiques à chaque sujet, nous pouvons ajouter l'interaction problème-tâche à notre définition de la compétence.

Les éléments clés sont générés à partir de l'expérience clinique et non pas à partir de considérations théoriques ou de recensions de la littérature. Le nombre d'éléments clés variera grandement d'un problème à l'autre. Ce nombre est essentiellement déterminé par les divers éléments considérés essentiels pour la résolution compétente de ce problème clinique. Les éléments clés sont déterminés par un groupe de pairs praticiens à l'aide

d'un processus réfléchi et itératif. L'approche est intentionnellement sélective ; elle couvre seulement ce qui caractérise la compétence.

Alors, comment ces caractéristiques des éléments clés se prêtent-elles particulièrement bien à la tâche qui nous incombe, soit d'évaluer la compétence en médecine de famille ? Les éléments clés permettent cette évaluation en favorisant la validité et la fiabilité des tests. Ils sont valides pour deux raisons principales :

- Ils sont générés par un groupe de médecins praticiens qui basent leur analyse sur la résolution de problèmes réels en médecine de famille.
- Ils identifient les niveaux plus élevés de compétence, et ce sont ces niveaux qui différencient le mieux, pendant le processus de certification, le praticien compétent de celui qui n'est pas encore tout à fait compétent.

Les éléments clés aident à améliorer la fiabilité en permettant une évaluation sélective, en se concentrant sur les habiletés susceptibles d'établir une différence entre les candidats et en identifiant les critères qui peuvent être utilisés pour évaluer objectivement les performances dans des situations de tests. Les éléments clés ne sont pas par eux-mêmes des items d'examen, mais ce sont des indications qui suggèrent clairement le contenu et la forme des items qui seraient les plus appropriés.

En bref, les éléments clés permettent à l'évaluation de se concentrer sur les habiletés qui établissent une distinction équitable, valide et objective entre les médecins compétents et ceux qui ne sont pas encore tout à fait compétents. L'expérience a d'ailleurs démontré qu'il est possible d'obtenir des résultats fiables assez rapidement lorsque le test est élaboré à partir d'éléments clés. Les éléments clés sont également assez intuitifs (contrairement à leur processus de développement qui est beaucoup moins intuitif) ; pour cette raison, les évaluations basées sur les éléments clés sont habituellement bien acceptées de tous comme étant valides ou authentiques. De plus, puisqu'ils sont le reflet des performances reliées à la compétence véritable, les évaluations qui reposent sur les éléments clés tendent à stimuler un apprentissage approprié.

Les éléments clés pour les sujets prioritaires : Comme mentionné dans la première section de ce rapport, un élément clé précise un point de départ clinique ou situationnel particulier dans un sujet, puis il identifie une tâche ou une action à effectuer qui est essentielle pour la résolution compétente du problème à résoudre. Elle spécifie, implicitement ou explicitement, les dimensions de l'habileté et de la phase impliquées. Il est important d'insister sur le fait que, pendant le développement d'un élément clé, il n'y a aucune détermination préconçue des habiletés ou des phases à inclure — elles sont déterminées par le problème lui-même et par les processus requis pour sa résolution compétente. Chaque élément clé devient donc une mini-compétence, propre au problème en question, et elle contient suffisamment de détails pour être utilisée comme un objectif d'évaluation qui orientera clairement l'évaluation dans la direction voulue. Tous les éléments clés sont présentés par sujet dans la Partie II.

Une évaluation basée sur tous les éléments clés pour un sujet devrait déterminer dans quelle mesure on a atteint la compétence pour ce sujet ; une évaluation basée sur les éléments clés de tous les sujets prioritaires devrait déterminer dans quelle mesure on a atteint la compétence pour cette définition du domaine de la compétence de la médecine de famille. Il devient donc important de savoir dans quelle mesure une évaluation couvrirait adéquatement toutes les dimensions (habiletés et phases) de la compétence que nous avons antérieurement identifiées comme essentielles. À cette fin, la dernière étape du développement de chacun des éléments clés a été

de lui assigner un code pour les dimensions en termes d'habiletés et des phases qu'elle permet d'évaluer, en allouant un maximum de deux habiletés et de deux phases par élément clé. Ces codes ne sont pas encore visiblement rattachés à leurs éléments clés dans le présent rapport ; ils sont toutefois disponibles dans les documents de travail. Cependant, la compilation globale est disponible pour tous les éléments clés de la totalité des 99 sujets prioritaires ; on la retrouve dans le tableau suivant.

Encodage descriptif des éléments clés :

On a généré un total de 773 éléments clés pour les 99 sujets, pour une moyenne de 7,8 éléments clés par sujet. Les implications des fréquences relatives dans les cellules sont discutées ci-dessous.

Dimensions des habiletés	% éléments clés	Dimension des phases	% éléments clés		
Approche centrée sur le patient	14 %	Génération d'hypothèses (= diagnostic différentiel préliminaire)	22 %	Recueil = 47 %	Dia- gnostic = 63 %
Habiletés de communication	4 %	Anamnèse	14 %		
Habiletés de raisonnement clinique	60 %	Examen physique	4 %		
Sélectivité	16 %	Investigation	7 %		
Professionalisme	5 %	Diagnostic (comprend l'identification du problème)	16 %	Interprétation = 16 %	
Psychomoteur	1 %	Traitement	30 %	Prise en charge = 37 %	Prise en charge = 37 %
		Suivi	5 %		
		Orientation	2 %		
1080 codes pour 773 éléments clés = 1,4 code/élément clé		1128 codes pour 773 éléments clés = 1,5 code/élément clé			

Pourcentages relatifs des dimensions en termes d'habiletés : Ces pourcentages ne sont aucunement le reflet de l'importance relative de ces dimensions ; ils signifient simplement que l'analyse des éléments clés des sujets prioritaires identifie de nombreuses opportunités d'évaluer trois des dimensions des habiletés, mais peu d'occasions de le faire pour trois autres dimensions, nommément les habiletés de communication, le professionnalisme et les habiletés techniques. Nous devons définir ces trois dernières par un processus complémentaire et prévoir leur évaluation par des moyens parallèles.

Comme nous l'avons déjà mentionné, une liste des techniques de base (analogue à la liste des sujets prioritaires) a été élaborée et on a développé les éléments clés pour les habiletés techniques. On peut se servir de cette dernière comme guide de l'évaluation de la compétence pour les techniques individuelles. Vous trouverez plus loin dans le document la liste des techniques de base et leurs éléments clés.

Pour le professionnalisme et les habiletés de communication, les définitions ont été réalisées en utilisant notre approche de « comportements observables ». Cette méthode a brièvement été introduite plus tôt dans ce rapport et elle sera élaborée davantage ci-dessous dans « Les thèmes et les comportements observables ».

Un autre point important n'apparaît pas dans ce tableau — même si l'occasion d'évaluer l'approche centrée sur le patient est amplement fournie, les éléments clés n'offrent pas beaucoup de renseignements spécifiques pour savoir comment évaluer ou juger cette compétence de façon objective. Pour cette raison, nous avons également généré certains comportements observables pour faciliter l'évaluation de cette dimension. Ils découlent directement de l'excellent matériel déjà publié sur cette dimension, et on en retrouve une liste avec les autres objectifs d'évaluation dans la Partie II. Si plus de détails étaient nécessaires, il est possible d'en générer *de novo* ; on pourrait également le faire en utilisant le même matériel publié.

Pourcentages relatifs pour la dimension des phases : Les trois colonnes montrent les regroupements progressifs des fréquences en termes des différentes tâches cliniques, lesquelles nécessitent des habiletés cognitives quelque peu différentes. Encore une fois, toutes les phases sont importantes pour la compétence globale, mais nous interprétons ces chiffres pour indiquer l'importance relative des différentes habiletés cognitives pour nous occuper des sujets prioritaires en médecine de famille, en contraste avec les dimensions des habiletés. Nous voyons que les habiletés essentielles pour la majorité des éléments clés concernent le diagnostic (63 %), et que près de la moitié (47 %) concernent le processus actif de recueil de données pertinentes pour en arriver à un diagnostic adéquat. Seize pour cent concernent la capacité de poser un diagnostic avec certaines données, et un peu plus du tiers concernent la prise en charge. Ces chiffres sont importants pour deux raisons. Premièrement, les habiletés de recueillir des données dans ce contexte représentent un niveau de compétence plus élevé que les habiletés d'interpréter des données ou les choix de la prise en charge. Deuxièmement, les évaluations traditionnelles se sont souvent concentrées davantage sur la prise en charge et ont négligé les phases diagnostiques, les jugeant trop difficiles à évaluer ou trop fondamentales pour être importantes. C'est le contraire qui est vrai. Les niveaux de compétence plus élevés (représentés ici par les habiletés diagnostiques) sont des facteurs de prédiction de la compétence globale bien meilleurs que les niveaux plus faibles, par exemple les choix de prise en charge qui sont habituellement très spécifiques au problème. Alors que la compétence nécessite évidemment une démonstration de l'habileté à résoudre de nombreux problèmes en médecine de famille, il est beaucoup plus important de concentrer nos efforts sur les niveaux plus élevés si nous voulons que notre processus d'évaluation soit valide et efficace.

Sommes-nous certains que ces éléments clés sont ceux qui sont appropriés ? On peut poser des questions semblables concernant la validité et l'inclusivité des éléments clés comme ce fut le cas pour les sujets : est-ce que d'autres groupes de médecins développeraient des éléments clés différents, et l'inclusion des autres améliorerait-elle le processus d'évaluation ?

La réponse à la première question est oui, et à la seconde, non. La méthode des éléments clés a été validée ailleurs et une étude de validation de nos éléments clés montre qu'un groupe différent de médecins a accepté plus de 95 % des éléments clés. Cet autre groupe a effectivement suggéré d'en ajouter certains, mais ils portaient sur les mêmes concepts avec des exemples différents. Alors, nous avons confiance que les éléments clés actuels sont plus que suffisants même s'ils ne sont pas absolument complets. Encore une fois, il est important d'établir un mécanisme pour l'examen continu des éléments clés, mais nous ne nous attendons pas à ce qu'ils changent de façon significative à court terme.

Comment passe-t-on des éléments clés aux évaluations ? Les éléments clés sont le point de départ du développement des divers instruments ou situations d'évaluation, à la fois formels et informels, que l'on peut utiliser dans l'ensemble d'un processus de certification. Les éléments clés servent également comme points de référence et d'indications dans toutes les activités d'évaluation, puisqu'ils sont une composante majeure de notre définition opérationnelle de la compétence. Ils constituent l'une des solutions pour maintenir la validité tout au long du processus de certification.

Pour finir cette présentation, il reste les trois secteurs mal définis par l'analyse des éléments clés : les habiletés techniques, les habiletés de communication et le professionnalisme.

5. Les actes techniques de base et leurs éléments clés :

Les habiletés techniques constituent un bon exemple des différents niveaux de compétence. Pour chaque acte technique pris séparément, les habiletés cognitives sont généralement de bas niveau : l'acte technique est appris et pratiqué et devient routine. Les indications et les contre-indications, les décisions d'effectuer ou non cet acte technique, et le choix entre les diverses approches possibles à un problème sont des exemples de plus haut niveau de compétence. En règle générale, l'individu qui a atteint des niveaux plus élevés de compétence

- ne posera pas un acte pour lequel il n'est pas compétent, et
- apprendra à poser un acte dont il aura besoin au sein de sa pratique.

C'est certainement l'aspect le plus important de la compétence à évaluer pour la certification.

Toutefois, la certification ne peut pas se limiter à ce niveau. Une pratique autonome exige un certain niveau de compétence expérientielle ; elle implique que le praticien possède des habiletés techniques pour poser un certain nombre d'actes. Le défi est de définir ces actes essentiels ou de base. Très peu (1 %) d'éléments clés pour les sujets prioritaires impliquaient des habiletés techniques pour leur résolution. Il a donc été décidé de faire appel à un processus parallèle pour mieux définir la compétence dans cette dimension d'habiletés.

Cette tâche a été effectuée par un autre groupe de travail qui a sondé un groupe de médecins de famille praticiens afin d'identifier et de valider une liste d'actes techniques de base pour commencer une pratique autonome. Le groupe a identifié 65 actes techniques de base et 15 actes techniques plus complexes. Les 65 actes techniques de base sont ceux qui serviront à évaluer la compétence (voir la liste dans la Partie II). Il faut se souvenir que ce ne sont pas seulement les aspects techniques des actes individuels qui sont importants. Les niveaux plus élevés de compétence seront également évalués, comme toujours, dans le contexte de la médecine de famille : les détails de ceux-ci ont été définis par une analyse d'éléments clés que l'on pourra également retrouver avec les actes techniques de base dans la Partie II.

6. Les thèmes et les comportements observables :

Les deux autres dimensions des habiletés qui n'étaient pas bien définies par l'analyse des éléments clés des sujets prioritaires ne sont pas les moins importantes — de fait, les dimensions du professionnalisme et des habiletés de communication sont souvent négligées dans une évaluation rigoureuse, alors qu'une compétence déficiente dans ces dimensions aura des effets négatifs qui affecteront également toutes les autres dimensions. Ces dimensions furent définies par une approche de groupe de discussion, en s'inspirant des informations provenant de sources variées et en développant d'abord une série de thèmes sous chaque dimension. Cette démarche a été suivie par un processus d'itération multiple afin d'identifier, sous chaque thème, des comportements révélateurs de la

compétence, ou de l'absence de compétence. Le processus s'est poursuivi jusqu'à la satisfaction ou la saturation. Les comportements devaient être observables (c'est-à-dire, potentiellement évaluables d'une façon assez objective) ; de là le terme « comportements observables ».

Ce processus est analogue à l'analyse des éléments clés ; il y a toutefois deux différences importantes. Premièrement, il est basé sur une dimension plutôt que sur un sujet ; nous avons débuté avec la dimension en identifiant des comportements observables révélateurs de la compétence (ou de l'absence de compétence) dans cette dimension dans certaines situations en médecine de famille. Deuxièmement, alors que l'analyse des éléments clés identifie un sous-ensemble de situations et de compétences jugées révélatrices de la compétence globale dans le sujet en question, l'analyse des comportements observables ne vise pas le même objectif : on établit une liste de tous les comportements potentiellement révélateurs, autant majeurs que mineurs, et aucun sous-ensemble particulier n'a été identifié à ce stade-ci comme étant absolument essentiel à la compétence. Ceci pourrait s'avérer un exercice utile dans l'avenir.

Nous présentons ici les thèmes des deux dimensions — quant aux comportements observables eux-mêmes, ils sont présentés dans la Partie II.

Habiletés de communication :

Voici les thèmes ou les sous-ensembles des habiletés. À noter que, pour cette dimension, les comportements observables ont connu un double développement, l'un pour la communication avec les collègues et l'autre pour la communication avec les patients. On y retrouve un chevauchement considérable malgré des différences importantes.

1. Habiletés d'écoute
2. Habiletés d'expression
 - i. Expression verbale
 - ii. Expression écrite
 - iii. Consignation au dossier
3. Habiletés non verbales
 - i. Expression
 - ii. Réceptivité
4. Adaptation à l'âge et à la culture
5. Attitudes

Professionalisme :

Savoir comment agir avec professionnalisme et l'appliquer constamment dans la réalité ne sont pas une seule et même chose ; ceci a des implications majeures pour le contexte de toute évaluation. L'évaluation devrait probablement être basée sur des observations de comportements dans des situations de vie et de temps réels — elle se prête mal à une évaluation dans des situations simulées. Dans cette dimension, on a défini que la compétence était démontrée par une série de comportements observables que l'on a regroupés sous 12 thèmes. Vous trouverez ci-après la liste de ces thèmes. La liste des comportements observables se trouve dans la Partie II.

1. Le médecin démontre par son comportement quotidien qu'il est responsable, fiable et digne de confiance.
2. Le médecin connaît les limites de sa compétence clinique et recherche de l'aide de façon appropriée.
3. Le médecin démontre une approche souple, ouverte, sans parti pris, ingénieuse et capable d'affronter l'incertitude.
4. Le médecin manifeste sa confiance sans arrogance et cette attitude se manifeste même lorsqu'il a besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires ou de l'aide.
5. Le médecin démontre une attitude bienveillante et compatissante.
6. Le médecin démontre du respect envers les patients à tous les égards, maintient une distance et des limites appropriées, et s'implique dans le bien-être du patient. Ceci comprend sa gestion du temps, sa disponibilité et sa volonté d'évaluer le rendement.
7. Le médecin démontre du respect pour les collègues et les membres de l'équipe.
8. Le médecin démontre par ses discussions et son comportement quotidiens qu'il est éthique et honnête.
9. Le médecin démontre ses habiletés à exercer une médecine basée sur des preuves. Ceci implique non seulement une capacité d'évaluation critique et de gestion de l'information, mais aussi sa capacité appropriée d'apprendre des collègues et des patients.
10. Le médecin manifeste son engagement envers le bien-être de la société et de la collectivité.
11. Le médecin manifeste son engagement envers sa santé personnelle et recherche un équilibre entre sa vie personnelle et ses responsabilités professionnelles.
12. Le médecin démontre une approche attentive envers la pratique en maintenant son calme, une sérénité et une égalité d'humeur, même dans des situations difficiles, et en s'engageant dans un dialogue réfléchi concernant les valeurs et les motivations.

IV. Mise en application des objectifs d'évaluation

À ce stade-ci, le principal groupe ciblé par cette section est celui des étudiants et de leurs précepteurs, ainsi que l'utilisation des objectifs d'évaluation pendant la formation et la supervision quotidienne. On les utilise déjà dans d'autres contextes qui sont discutés ailleurs.

La première recommandation peut sembler paradoxale, mais il devrait améliorer les chances de débiter et, éventuellement, d'utiliser les objectifs d'évaluation à leur plein potentiel.

- 1) **Ne lisez pas tout le détail des objectifs d'évaluation** : Les superviseurs et les apprenants devraient débiter leurs interventions en prenant l'habitude de prendre des notes sur le terrain après la plupart des rencontres cliniques supervisées afin de stimuler la discussion, d'identifier les étapes essentielles dans la résolution (ou non) de la situation en cause, de réfléchir sur la performance réalisée en relation avec ces étapes et de documenter un ou deux points qui semblent les plus utiles. Commencer en se concentrant, autant sinon plus, sur le processus (« le pourquoi » et « le comment ») que sur les résultats, en portant une attention particulière au raisonnement diagnostique et à la prise de décision. Plusieurs de ces étapes sont déjà effectuées, mais souvent sans prise de conscience des processus cognitifs impliqués, et sans être toujours capable d'articuler les jugements, la réflexion et la rétroaction qui seront très utiles dans l'acquisition de la compétence. Une telle approche analytique et répétitive

deviendra graduellement intuitive, autant pour les étudiants que pour les superviseurs. Il serait maintenant temps, si ce n'est pas déjà fait, de connaître le détail des objectifs d'évaluation.

- 2) **Consultez les objectifs d'évaluation pour faciliter l'articulation de l'analyse, la réflexion et la rétroaction sur les performances cliniques, soit par la supervision, soit par l'autoévaluation :** Une bonne partie des difficultés éprouvées avec les évaluations en cours de formation provient de l'incapacité d'articuler clairement et objectivement pourquoi une performance répond, ou non, aux normes de compétence et de préciser les changements à apporter pour atteindre la compétence. La situation d'échec est particulièrement problématique, puisque le résultat est souvent une réponse vague d'un superviseur, ou l'absence de commentaires et de documentation utile concernant une série de performances sous la moyenne, avec l'absence de rétroaction utile et constructive pour apporter des changements. De la même façon, une performance apparemment compétente mérite souvent une analyse et une rétroaction plus perspicaces, de sorte qu'on peut identifier et corriger toute faiblesse mineure continue ou, si tout semble aller véritablement bien, on pourra alors concentrer l'enseignement et l'apprentissage futurs dans d'autres domaines.

Les objectifs d'évaluation fournissent cette articulation pour la plupart des situations rencontrées pendant la formation en médecine de famille. D'une façon utile, ils dépersonnalisent également les jugements et la rétroaction, les rendant plus faciles à accepter en offrant, de façon pragmatique, des points de référence clairs et des descriptions justifiées de la compétence.

- 3) **Utilisez les objectifs d'évaluation pour structurer, organiser et documenter les progrès vers la compétence :** Les objectifs d'évaluation procurent un cadre de référence et des indications claires pour atteindre et démontrer la compétence en médecine de famille. On peut également les appliquer régulièrement pour la supervision clinique quotidienne non structurée, pour les observations directes planifiées, ou pour toute activité d'évaluation structurée. Ils s'avèrent particulièrement utiles pour l'étudiant éprouvant des difficultés — il est plus facile de définir certaines zones de faiblesse, ce qui permet des prescriptions éducatives spécifiques et, au besoin, une évaluation plus poussée dans ces zones spécifiques.

Certains préféreront des feuilles de route plus structurées, même pour les supervisions non structurées. On peut se servir des objectifs d'évaluation pour développer les dimensions des habiletés, la phase de la rencontre clinique, les sujets prioritaires et les actes techniques. Quelle que soit la structure utilisée, la rétroaction et la documentation devraient s'inspirer des éléments clés ou des comportements observables. Il est également important de rappeler que, pour la plupart des interactions cliniques superviseur-étudiant, l'analyse et la rétroaction devraient se limiter à un ou deux points ou zones spécifiques.

Les objectifs d'évaluation sont conçus pour utilisation individuelle, mais on peut évidemment les utiliser pour planifier des activités d'apprentissage en groupe — on peut réviser certains sujets en passant par les éléments clés. Les objectifs tendent aussi à identifier des prototypes d'incidents critiques, de sorte qu'on peut les discuter d'avance — on ne peut réellement pas enseigner la sagesse et l'expérience, mais on peut communiquer à l'avance certaines des leçons apprises.

Les développements futurs peuvent inclure les feuilles de route spécifiques à certains sujets ou certaines dimensions, peut-être même générées par ordinateur sur demande. L'enregistrement et la compilation électroniques permettraient des révisions d'accès facile des progrès réalisés et faciliteraient la planification de la formation future. À ce stade-ci, il n'y a peut-être pas de limites aux façons d'utiliser les objectifs d'évaluation — on espère que les expériences et les nouvelles idées seront partagées, au grand bénéfice de tous.

- 4) **Autres utilisations des objectifs d'évaluation** : Les objectifs d'évaluation sont déjà utilisés pour concevoir et développer les examens de certification. Ils pourraient de plus servir de bien d'autres façons.

Niveaux de compétence, compétence de base : En utilisant les objectifs d'évaluation, il est possible de définir les performances attendues à certains niveaux de la formation. Ceci pourrait s'avérer utile dans les décisions entourant la promotion, les équivalences de la formation antérieure, les besoins de formation additionnelle, etc.

Élaboration du curriculum : L'élaboration du curriculum est une question complexe comportant beaucoup de facteurs limitatifs. La mesure de la pertinence d'une activité ne devrait cependant plus être son nom et sa durée. La mesure devrait être la contribution de l'activité à l'acquisition progressive des compétences, ainsi que le niveau avec lequel on peut démontrer qu'elle satisfait à cet objectif. Les objectifs d'évaluation fournissent un outil de référence pratique permettant de comparer et de juger un curriculum et ses différentes parties. Leur structure permet des comparaisons honnêtes et des jugements transparents, facilitant l'établissement de changements dans une activité existante ou la mise en place d'une nouvelle activité. De cette façon, on peut les utiliser pour l'amélioration continue de la qualité et s'assurer que nos programmes d'études en médecine de famille évoluent de façon dynamique alors que nous déployons des efforts pour nous assurer que nos programmes de formation favorisent, d'une manière efficace et prévisible, l'acquisition de toutes les compétences requises du médecin de famille dans la société d'aujourd'hui.

Définir la spécialité de médecine de famille, avec des commentaires sur la formation postdoctorale et prédoctorale : De nombreuses caractéristiques définissent une spécialité ou une discipline médicale ; elles peuvent comporter de multiples variantes ou même des sous-spécialités. Toutefois, dans une spécialité, on retrouve habituellement une compétence centrale identifiable et commune à toutes ces variantes et sous-spécialités. Cette situation s'applique à la médecine de famille, et les objectifs d'évaluation représentent une définition opérationnelle de cette compétence centrale, c'est-à-dire celle qui devrait être commune à tous les médecins de famille. Comme tels, on peut les utiliser pour déterminer les ressources nécessaires pour offrir la formation commune appropriée et l'évaluation de la compétence, ainsi que pour justifier ces besoins auprès des institutions universitaires, des organismes chargés de la délivrance des permis d'exercice, des gouvernements provinciaux et de la société en général. Cette définition de la médecine de famille basée sur la compétence est très transparente, et le lien entre le résultat désiré (médecins de famille compétents) et la formation postdoctorale requise (dans quel milieu clinique, avec quelle sorte de superviseur et à quel niveau de compétence désirée) devrait être tout aussi transparent. Elle est également passablement détaillée et factuelle ou objective, de façon à permettre l'identification des redondances et des vides laissés par inadvertance et d'apporter des modifications correctrices spécifiques et limitées, sans changer tout le programme des études.

Cette définition basée sur la compétence permet également à ceux qui sont impliqués dans la formation prédoctorale de penser à l'avenir et de songer aux compétences requises pour exercer la médecine de famille. À ce niveau, les modifications du programme d'études peuvent alors mieux préparer les étudiants à leur formation postdoctorale en médecine de famille, et elles peuvent être en mesure de justifier encore plus de changements significatifs du programme d'études afin d'atteindre des objectifs qui visent des compétences communes à plus d'une spécialité. Nos objectifs d'évaluation définissent la nature de la compétence au point d'entrée dans une pratique autonome de médecine de famille. Par contre, rien dans notre définition ne précise quand ces compétences doivent être acquises et dans quel ordre. De façon plus appropriée, ce domaine relève des éducateurs, ceux qui s'occupent de la formation à tous les niveaux, en concevant des activités de programme et de supervision, et en évaluant, sur une base régulière, la progression vers la compétence désirée et la compétence globale. Encore une fois, les objectifs d'évaluation sont une référence essentielle et un outil utile pour en arriver à ce résultat en médecine de famille.

Fin de la Partie I

Partie II — L'habiletés, les thèmes, et les comportements observables

Introduction	38
Approche centrée sur le patient.....	39
Habiletés de communication.....	41
Professionalisme.....	49
Habiletés de raisonnement clinique.....	60
Sélectivité	62
Habiletés techniques.....	63

Introduction

La Partie I du document sur les objectifs d’évaluation offre une description assez détaillée des processus ayant servi au développement de ces objectifs d’évaluation, ainsi que la justification des choix effectués. Cette documentation se retrouve aux pages 13-36 de ce document (voir le menu).

La Partie II du document, présentée dans les pages suivantes, est le volet opérationnel qui contient tous les détails visant à évaluer les performances en médecine de famille, à poser des jugements objectifs sur la compétence dans des situations spécifiques et à favoriser la réflexion pouvant mener à des commentaires et suggestions interprétatifs pour l’apprentissage et les changements futurs, qui aideront l’apprenant ou le praticien à cheminer vers la compétence. Ces objectifs devraient également permettre de concentrer les efforts sur les aspects les plus déterminants de la compétence, tant générale que pour des situations spécifiques. Ainsi, le temps consacré à l’évaluation sera plus efficace et plus efficient. Finalement, puisque ces objectifs reposent entièrement sur la compétence, leur utilisation devrait orienter l’apprentissage vers la compétence plutôt qu’uniquement vers la réussite d’un examen à certains moments donnés.

Ces renseignements sont regroupés autour des six dimensions essentielles de la compétence en termes d’habiletés. La présentation varie en fonction de la dimension, mais, dans chaque cas, elle devrait suffire à encadrer clairement l’évaluation de la dimension dans le contexte de la pratique clinique et de la supervision quotidienne. On pourrait considérer chaque dimension comme un menu d’items utiles que l’on peut sélectionner en fonction des besoins spécifiques d’une situation. Ainsi, il est utile de se familiariser avec l’ensemble du menu avant de faire les choix qui répondent aux besoins. Les dimensions sont suivies de sujets prioritaires et d’éléments clés : il n’y a pas de référence croisée à ce stade-ci et, par conséquent, la recherche de combinaisons exactes pourra exiger plusieurs étapes. La prochaine version de ces objectifs contiendra des références croisées que l’on pourra consulter selon divers paramètres.

Ces objectifs ne contiennent pas d’instrument de mesure, d’examen, d’échelle de pondération, de niveau ou de formulaire de performance, ni de proposition visant à développer de tels outils. Cette omission est voulue, comme expliquer dans la Partie I des objectifs. À mesure que ces outils seront développés, ces objectifs d’évaluation offriront la matière première qui orientera le contenu et le format des instruments utilisés, et augmenteront les chances que toute évaluation soit fructueuse en fonction des cinq paramètres associés à des évaluations réussies.

Ces objectifs d’évaluation pourraient-ils servir comme guide d’étude ou comme curriculum, et devraient-ils l’être ? La réponse est partagée. Comme curriculum, les objectifs d’évaluation sont incomplets. Ils représenteront un ensemble d’objectifs terminaux alors qu’un curriculum doit également s’attarder aux objectifs intermédiaires et habilitants nécessaires à l’apprentissage, ainsi qu’à d’autres points d’aboutissements potentiels. Comme guide d’étude, ces objectifs d’évaluation sont plus utilisables dans la mesure où le lecteur garde à l’esprit que les performances seront évaluées dans le contexte de toutes les strates de notre définition de la compétence en médecine de famille. Ceci signifie que l’évaluation se concentrera sur les habiletés et les processus utilisés pour aborder et résoudre les problèmes, ainsi que sur les réponses ou les solutions réelles à des problèmes spécifiques. Avec cette précision, on peut dire qu’un médecin capable de démontrer sa compétence dans un échantillon suffisant de sujets, d’actes techniques et de thèmes apparaissant sur cette liste et en démontrant des niveaux supérieurs de compétence dans chacune des six dimensions essentielles en termes d’habiletés comme dans toutes les phases de la rencontre médecin-patient et dans le contexte des Quatre principes de la médecine familiale, mérite probablement la certification pour commencer une pratique autonome.

Approche centrée sur le patient

Cette dimension englobe la méthode clinique établie par le *Centre for Studies in Family Medicine* à l’Université Western.

La méthode cherche à comprendre le problème de présentation d’un patient en le questionnant sur la maladie et le vécu de la maladie. Il faut savoir ce que ressentent les patients confrontés à leurs symptômes, comment ils expliquent ce qu’ils vivent, les effets sur leur vie et comment ils espèrent que le médecin pourra les aider à aborder ou résoudre ce problème.

Ceci est relié au processus d’acquisition d’une meilleure compréhension de la personne dans sa globalité — « qui est le patient » et « quel est son contexte ». Quelles personnes font partie de sa vie et quelles relations entretiennent-ils avec elles, qui ou quels sont les soutiens et quels sont les facteurs sociaux : tous ces éléments jouent un rôle pour mieux comprendre le contexte du patient. Ce contexte s’insère et transparait dans la « maladie » et la façon dont celle-ci est vécue par le patient.

En tentant d’aborder une préoccupation, le patient et le médecin travaillent vers une compréhension commune du problème et de leurs rôles respectifs pour le résoudre. Comprendre le patient et son contexte est également important dans la promotion de la santé et la prévention efficace de la maladie, lesquelles sont incorporées dans cette méthode.

C’est une approche réaliste et, tout comme les soins en médecine de famille, elle est longitudinale. Les priorités du patient et du médecin sont respectées et équilibrées. Les ressources des individus et de la collectivité sont prises en considération dans ce processus.

On considère que cette méthode est un outil essentiel pour bâtir la relation médecin-patient. Le groupe de travail a jugé bon que les détails de la méthode soient clairement exprimés dans *Patient-Centered Medicine : Transforming the Clinical Method* par Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam et Freeman. Nous n’avons pas tenté de redéfinir la méthode, mais plutôt d’exprimer ses divers éléments comme des actions spécifiques que l’on peut observer durant la rencontre clinique. L’approche centrée sur le patient est omniprésente dans toutes nos rencontres cliniques, mais il y a des cas spécifiques où il est possible de mieux évaluer les habiletés dans cette dimension. On retrouve de nombreux exemples de tels cas dans les sujets prioritaires et les éléments clés.

Comportements observables :

1. Explore activement le vécu des patients aux prises avec un problème en s'informant de :
 - ce qu'ils ressentent en relation avec leur problème (sentiments)
 - comment ils expliquent ce qu'ils vivent (idées)
 - la conséquence de ce problème sur leur vie (impact sur le fonctionnement)
 - comment ils espèrent que le médecin pourra les aider à résoudre le problème (attentes)
2. En évaluant un problème clinique, il tente d'obtenir une meilleure connaissance et compréhension de la personne dans sa globalité en la questionnant sur son contexte (p. ex., qui d'autre partage sa vie [famille, conjoint, enfants], qui ou quels sont les soutiens, les autres facteurs sociaux [travail, finances, éducation, etc.]).
3. En cheminant pour développer un plan d'intervention face au problème du patient, il intègre le contexte du patient avec le vécu de sa maladie de façon claire et empathique.
4. En tentant de résoudre un problème, il travaille avec le patient pour en venir à une compréhension commune du problème et du rôle de chaque personne pour le résoudre en
 - encourageant la discussion
 - offrant au patient des occasions de poser des questions
 - encourageant la rétroaction
 - obtenant une clarification et un consensus
 - abordant les divergences d'opinions
5. En trouvant un terrain d'entente autour de la ligne de conduite à adopter pour résoudre le problème, il incorpore la promotion de la santé et la prévention de la maladie qui s'appliquent.
6. Aborde les problèmes du patient dans une perspective réaliste et longitudinale qui respecte et équilibre adéquatement les priorités du patient et celles du médecin ; prend en considération les ressources des individus et de la collectivité.

Habiletés de communication

Les habiletés de communication ont été clairement identifiées comme l’une des dimensions essentielles en termes d’habiletés pour la pratique compétente de la médecine de famille. La communication est largement documentée et le groupe de travail n’a pas tenté de redéfinir la communication ou de développer une définition théorique. Nous avons plutôt choisi d’articuler une approche pragmatique axée sur les habiletés et les comportements qui facilitent la communication.

Nous avons commencé par identifier les thèmes ou sous-ensembles d’habiletés qui sont essentielles à une bonne communication. Nous avons ensuite utilisé l’approche interactive d’un groupe de discussion afin de définir les thèmes d’habiletés et les comportements observables permettant de prédire la compétence nécessaire pour commencer une pratique autonome de la médecine familiale. D’autres comportements observables peuvent être ajoutés à cette liste ; toutefois, ceux identifiés ci-dessous devraient suffire amplement à déterminer la compétence.

Voici les thèmes d’habiletés identifiés :

1. Habiletés d’écoute
2. Habiletés d’expression
 - a) Expression verbale
 - b) Expression écrite
 - c) Consignation au dossier
3. Habiletés non verbales
 - a) Expression
 - b) Réceptivité
4. Adaptation à la culture et à l’âge
5. Attitudes

Le groupe de travail a jugé qu’il y avait des différences tangibles entre la communication avec les membres de l’équipe de santé et la communication avec les patients. Les médecins peuvent être capables de communiquer efficacement avec un groupe, mais pas avec l’autre. Nous avons donc choisi de séparer ces deux domaines dans notre définition. Pour chacun des groupes, nous avons identifié des comportements observables pour chaque type d’interaction. Certains comportements apparaissent dans les deux sections. Ils ont été dupliqués pour s’assurer qu’ils sont complets.

Pour chaque sous-ensemble d’habiletés, nous avons identifié des comportements, exprimés de manière positive (✓) ou négative (✗), qui reflètent la compétence. La liste des comportements positifs apparaît en premier, suivie des comportements négatifs. Nous n’avons pas placé les comportements par ordre de priorité. Pour la plupart des comportements, nous avons décrit seulement l’expression positive ou négative.

Communication efficace avec les patients

1. Habiletés d'écoute

Utilise les habiletés d'une écoute générale et active pour faciliter la communication.

Comportements observables :

- ✓ Regarde le patient de façon appropriée lorsqu'il parle
- ✓ Accorde du temps pour des silences appropriés
- ✓ Fait savoir au patient ce qu'il a compris de ses propos
- ✓ Fournit des réponses non verbales appropriées aux énoncés du patient
- ✓ Réagit en tout temps aux indices verbaux (p. ex. ne poursuit pas l'anamnèse régulière lorsque le patient révèle des événements majeurs dans sa vie ou des changements dans sa situation, comme « je viens de perdre ma mère »)
- ✓ Clarifie le jargon que le patient peut utiliser
- ✓ Saisit et comprend ce que dit le patient
- ✓ Laisse le patient raconter son histoire (n'interrompt pas indûment le patient)

- ✗ Fait autre chose pendant que le patient parle (p. ex. regarde le dossier à l'ordinateur, prend des appels)

2. Habiletés d'expression

a) Expression verbale :

Adéquate pour être compris par le patient ; capable de tenir une conversation d'un niveau approprié en fonction de l'âge et du niveau d'instruction du patient ; ton approprié à la situation pour assurer une bonne communication et s'assurer que le patient est à l'aise.

Comportements observables :

- ✓ Pose des questions ouvertes et fermées de façon appropriée
- ✓ Vérifie auprès du patient qu'il a bien compris (p. ex. « Si je dis ceci, est-ce que je comprends bien ce que vous dites ? »)
- ✓ Permet au patient de mieux raconter son histoire (p. ex. « Pouvez-vous clarifier ceci pour moi ? »)
- ✓ Offre de l'information claire et structurée de façon à ce que le patient comprenne (p. ex., les résultats d'analyses, la physiopathologie, les effets secondaires) et s'assure que le patient a bien compris
- ✓ Fournit des explications accompagnant les examens et/ou les interventions
- ✓ Lors d'une première rencontre avec un patient, clarifie comment le patient aimerait être abordé

- ✗ Omet de saluer/d'accueillir le patient
- ✗ Interrompt le patient de façon inappropriée
- ✗ Utilise un choix inapproprié de mots pour le niveau de compréhension du patient (p. ex., utilise un langage scientifique que le patient ne peut comprendre, abus de jargon)
- ✗ Manifeste une colère inappropriée
- ✗ Utilise l'humour de façon inadéquate
- ✗ Utilise un langage paternaliste (p. ex. utiliser le mot « cher/chère »)

- ✗ Utilise un langage injurieux (p. ex. blasphémer)
- ✗ Crie ou élève la voix de façon excessive
- ✗ Pose de multiples questions sans attendre les réponses
- ✗ Ses habiletés de langage sont insuffisantes pour bien se faire comprendre par la majorité des patients (c.-à-d. que les patients ne comprennent pas ce que dit le médecin)

b) Expression écrite :

Exprime et communique clairement sa pensée par écrit (p. ex., dans une lettre à un patient, du matériel éducatif à l'intention du patient, des instructions pour un patient).

Comportements observables :

- ✓ Écrit lisiblement
- ✓ Le matériel écrit est structuré de façon à ce que le patient puisse comprendre (épellation, grammaire et ponctuation doivent favoriser la compréhension)
- ✓ Lorsqu'il remet de l'information écrite, choisit une documentation appropriée au niveau de compréhension du patient

- ✗ Utilise des abréviations que le patient ne comprend pas

3. Habiletés non verbales

a) Expression :

Est conscient de l'impact du langage corporel dans la communication avec le patient et le modifie de manière adéquate lorsque le langage corporel inhibe la communication.

Comportements observables :

- ✓ S'assoit durant la rencontre avec le patient (afin de transmettre au patient l'impression de lui accorder plus de temps et d'attention)
- ✓ Le contact visuel est approprié en fonction de la culture et du niveau de confort du patient
- ✓ Est concentré sur la conversation
- ✓ Adapte son comportement en fonction du contexte du patient (p. ex., est aimable, sourit de façon appropriée, est sérieux comme il se doit, est attentif, patient et empathique)
- ✓ Établit le contact visuel (p. ex. avec des enfants, des patients alités)
- ✓ Le contact physique est approprié au niveau de confort du patient

- ✗ Bouge sans cesse
- ✗ L'hygiène ou la tenue vestimentaire inhibe la communication
- ✗ Est trop proche (n'est pas respectueux de l'espace personnel de l'autre)

b) Réceptivité :

Conscient et réagit au langage corporel, particulièrement pour les sentiments mal exprimés de façon verbale (p. ex. insatisfaction, colère, culpabilité).

Comportements observables :

- ✓ Réagit adéquatement devant l’embarras du patient (p. ex., offre un papier-mouchoir au patient qui pleure, démontre de l’empathie appropriée pour les difficultés du patient)
- ✓ Vérifie verbalement la signification du langage corporel (p. ex., « Vous semblez nerveux/troublé/incertain/souffrant ; est-ce exact ? »)
- ✓ Commente les gestes comportementaux/non verbaux du patient au moment opportun (p. ex. « Vous semblez silencieux/malheureux/en colère/inquiet/souffrant »)
- ✓ Apporte des modifications durant l’examen ou l’anamnèse en réaction à l’inconfort du patient (p. ex. ajuste l’angle de la table d’examen lorsque le patient est essoufflé durant l’examen abdominal)

- ✗ Ne se rend pas compte que le patient ne comprend pas ce qui est dit (p. ex., regard vide, semble étonné, perplexe)

4. Adaptation à la culture et à l’âge

Adapte la communication au patient en fonction de la culture, de l’âge et de l’incapacité (p. ex., un jeune enfant ou un adolescent, une personne avec trouble de la parole, trouble auditif ou autre difficulté de langage).

Comportements observables :

- ✓ Utilise des habiletés de communication appropriées avec les adolescents (p. ex., offre de les voir séparément, respecte la capacité de prendre des décisions, reconnaît les aspects entourant la confidentialité, pose les questions directement à l’adolescent, ne porte pas de jugement)
- ✓ Adapte le style de communication en fonction de l’incapacité du patient (p. ex. écrit pour les personnes atteintes de surdité)
- ✓ Demande si le patient a besoin d’un interprète et offre ce service
- ✓ Utilise un ton de voix approprié en fonction de l’ou ie du patient
- ✓ Adapte la communication sur la base des attentes ou des normes culturelles du patient (p. ex. autres membres de la famille présents)
- ✓ Utilise des mots appropriés pour les enfants et les adolescents (p. ex. ‘pipi’ vs ‘urine’)

- ✗ Ignore le patient tout en impliquant exclusivement le parent (parent substitut ou accompagnant), surtout dans le cas des enfants, des personnes âgées, des personnes ayant une d ficiency cognitive (p. ex., pas de questions au patient, n’implique pas le patient dans le plan de traitement ou la ligne de conduite)
- ✗ Formule des hypothèses fondées sur l’apparence ou la tenue vestimentaire du patient (stéréotype le patient)
- ✗ Utilise des expressions familières que le patient ne comprend pas

5. Attitudes

Elles sont omniprésentes à tous les niveaux de la communication. Elles englobent la capacité d’écouter, de comprendre et de discuter une opinion, une idée ou une valeur différente de la nôtre tout en respectant le droit du patient de décider pour lui-même. La communication est empreinte de respect à l’égard du patient.

Comportements observables :

- ✓ Montre de l’intérêt pour l’opinion du patient
- ✓ Est empathique

- ✓ Maintient une attitude appropriée en réponse à un langage ou à des commentaires inappropriés/offensants du patient

- ✗ Impoli, brusque
- ✗ Manifeste de l’impatience
- ✗ Manifeste de l’irritation ou de la colère
- ✗ Déprécie le patient
- ✗ Banalise ou rejette les idées ou les inquiétudes du patient
- ✗ Sarcastique
- ✗ Manifeste de l’intimidation
- ✗ Manifeste de l’arrogance (p. ex. ignore les inquiétudes ou les opinions du patient concernant le plan de traitement ou la ligne de conduite)

Communication efficace avec les collègues

(Pour les fins de ce document, le mot « collègue » désigne tous les membres de l’équipe de santé).

1. Habiletés d’écoute

Bon nombre d’habiletés spécifiques d’écoute sont mieux évaluées dans le contexte de la communication avec les patients. Certaines sont bien évaluées dans le contexte de la communication avec les collègues.

Comportements observables :

- ✓ Est attentif
- ✓ S’arrête et prend le temps d’écouter respectueusement les collègues
- ✓ Maintient un contact visuel approprié en discutant des problèmes avec tous les membres de l’équipe de santé
- ✓ Donne aux collègues le temps nécessaire pour exprimer leurs inquiétudes

- ✗ Poursuit d’autres tâches qui nuisent à l’écoute

2. Habiletés d’expression

a) Expression verbale :

Adéquate pour être comprise dans la communication face-à-face et par le biais des autres méthodes couramment utilisées (p. ex., téléphone, visioconférence, etc.) ; adéquate pour comprendre une conversation complexe spécifique à la profession ; appropriée pour les collègues d’origines, de professions et de formation différentes ; ton approprié à la situation, pour assurer une bonne communication et le confort du collègue.

Comportements observables :

- ✓ Se présente lorsqu’il rencontre un collègue pour la première fois
- ✓ Lorsqu’il demande à des collègues de faire quelque chose, il formule une demande claire et s’assure d’être bien compris
- ✓ Fournit les raisons pour un plan ou une approche dans le but d’améliorer la compréhension

- ✓ Ton approprié aux circonstances
- ✓ Demande plutôt que d'exiger
- ✓ Utilise des observations exemptes de reproches, appropriées et spécifiques, lorsque confronté à des circonstances difficiles

- ✗ Les présentations de cas sont mal structurées et incomplètes
- ✗ N'est pas précis dans ses demandes
- ✗ Interrompt ses collègues
- ✗ Pose de multiples questions sans attendre les réponses
- ✗ N'adapte pas le langage en fonction des connaissances professionnelles de l'individu et de son niveau de compréhension
- ✗ Manifeste une colère inappropriée
- ✗ Utilise l'humour de façon inadéquate
- ✗ Utilise un langage condescendant
- ✗ Crie ou élève la voix de façon excessive
- ✗ Utilise un langage injurieux (p. ex. blasphémer)

b) Expression écrite :

(p. ex., consignation au dossier à l'hôpital et au cabinet, lettres aux consultants, aux avocats)

Exprime et communique clairement sa pensée par écrit ; épellation, grammaire, lisibilité et ponctuation sont adéquates et facilitent la compréhension.

Comportements observables :

- ✓ Écrit lisiblement
- ✓ Le matériel écrit est structuré
- ✓ Lorsqu'il écrit pour demander une consultation, est précis quant à ses questions/raisons et fournit l'information pertinente
- ✓ Les plans pour le traitement du patient (p. ex., demandes de tests, exigences pour le suivi) sont :
 - a) clairement écrits et
 - b) transmis de façon sécuritaire au destinataire approprié

- ✗ Utilise des abréviations qui ne sont pas universellement connues ou qui prêtent à confusion

c) Consignation au dossier

L'évaluation devrait porter essentiellement sur la consignation au dossier des rencontres individuelles.

L'organisation et la structure générales du dossier clinique courant sont importantes, mais souvent prédéterminées et hors du contrôle de l'individu. Elles peuvent être évaluées, mais dans un contexte différent.

Notons que ces habiletés pour la consignation des notes au dossier sont regroupées sous un ensemble d'éléments clés.

- a) Une note clinique doit
 - a) être lisible
 - b) éviter les acronymes ou abréviations qui risquent d'être mal compris ou porter à confusion (p. ex. « U » pour « unités »)

- c) être structurée afin de faciliter la lecture et la compréhension
 - d) respecter un format convenu au sein du milieu de pratique.
- b) La consignation des notes au dossier doit se faire au moment opportun afin de minimiser les inexactitudes et la perte d'information, et pour s'assurer que l'information est disponible pour les autres personnes impliquées dans les soins. Ceci devrait se faire immédiatement après la rencontre ; si elle est retardée, des notes doivent être prises pour la consignation ultérieure au dossier.
- c) Les corrections ou changements apportés aux notes doivent être clairement visibles ; y inscrire la date si ceux-ci ne sont pas faits au moment de leur écriture initiale.
 - d) Ne devrait pas inscrire au dossier des notes qu'il ne veut pas que le patient lise (p. ex. des remarques désobligeantes).
 - e) Ne doit pas falsifier les données (p. ex. ne pas inscrire de note sur des données qui n'ont pas été recueillies).
 - f) La note clinique doit :
 - a) refléter toutes les phases de la rencontre clinique qui se rapportent à la situation présentée
 - b) démontrer un lien logique et évident entre les données inscrites, les conclusions et le plan
 - c) inclure les résultats négatifs pertinents ainsi que les résultats positifs pertinents
 - d) éviter une consignation textuelle inappropriée de la rencontre (ce devrait être une synthèse des données recueillies)
 - g) Dans le cadre des soins de suivi, mentionner la réception de données supplémentaires (p. ex., résultats d'analyses et de tests, rapports de consultation) et documenter les mesures de suivi lorsque pertinent.
 - h) À mesure que de nouveaux renseignements sont recueillis durant la rencontre, maintenir le dossier selon les attentes du milieu de travail (p. ex., graphique d'évolution, feuille de résumé).
 - i) Organiser et utiliser le dossier clinique comme outil pour tenter d'améliorer l'intégralité et la continuité des soins.

3. Habiletés non verbales

a) Expression :

Contact visuel approprié, respectueux de l'espace personnel des autres, comportement approprié (p. ex., plaisant, sourire approprié, sérieux approprié, attentif, patient et empathique) et conscient de l'impact du langage corporel sur le collègue

Comportements observables :

- ✓ Concentré sur la conversation
- ✓ Contact visuel approprié pour la culture et le confort du collègue
- ✓ Ajuste son comportement pour l'adapter au contexte du collègue
- ✓ Contact physique approprié pour le confort du collègue

b) Réceptivité :

Conscient et réagit au langage corporel, particulièrement lors d'une insatisfaction ; interprète correctement les signes des sentiments non exprimés, par exemple colère et frustration

Comportements observables :

- ✓ Lorsqu'un collègue manifeste des signes de détresse, manifeste sa prise de conscience par des actions telles des modifications de demandes, une exploration des inquiétudes et une recherche de solution

4. Adaptation à la culture et à l'âge

Dans certaines circonstances, la communication avec les collègues et les autres membres de l'équipe provenant de cultures différentes peut devenir problématique. Une prise de conscience de ces problèmes potentiels et des ajustements subséquents à la communication font partie de la compétence. Ceci sera toutefois mieux évalué dans le contexte de la communication avec les patients et dans le professionnalisme.

5. Attitude

Elle transcende tous les niveaux de la communication. Le médecin de famille compétent possède une attitude qui lui permet d'écouter, de comprendre et de discuter respectueusement d'une opinion, d'une idée ou d'une valeur potentiellement différente des siennes.

Comportements observables :

- ✓ Cherche à comprendre plutôt que de juger
- ✓ Peut se concentrer sur l'efficacité des soins au patient lorsque survient un conflit interprofessionnel
- ✓ Tente de résoudre les difficultés avant de mettre fin à une discussion ou de s'en aller
- ✓ S'excuse lorsqu'approprié

- ✗ Manifeste de l'impolitesse
- ✗ Semble impatient
- ✗ Déprécie les collègues ou leur domaine de travail
- ✗ Banalise ou rejette les idées ou les préoccupations des collègues
- ✗ Semble arrogant
- ✗ Manifeste sa colère ou son irritation
- ✗ Utilise un langage dérogatoire lorsqu'il décrit un cas ou les circonstances du patient
- ✗ Semble menaçant ou intimidant

Professionalisme

Pour les fins de l'évaluation, l'analyse des éléments clés des sujets prioritaires n'a pas permis d'élaborer la définition opérationnelle détaillée et requise de la compétence dans la dimension du professionnalisme. Il a donc fallu utiliser un processus différent pour définir cette dimension. Le groupe de travail a fait appel à un processus analogue à celui des sujets prioritaires/approche par élément clé, simplement en l'inversant plus ou moins. Nous sommes partis des comportements généraux qui caractérisent le professionnalisme pour aller aux comportements spécifiques dans certaines situations, plutôt que l'inverse.

Suivant l'analyse des termes utilisés par les médecins de famille praticiens qui ont répondu à notre sondage initial, nous avons identifié douze comportements généraux. Nous avons ensuite fait appel à des petits groupes et à des itérations multiples pour générer des listes de comportements dans certaines situations qui reflètent la compétence dans chacun des 12 comportements généraux et sur la dimension du professionnalisme dans sa globalité. Ces 12 thèmes et les exemples de comportements sous chacun des thèmes constituent la majeure partie de cette section.

Nous sommes d'avis qu'il ne sera pas pertinent d'évaluer les 12 thèmes individuellement puisqu'ils sont plutôt interdépendants et que toute séparation risque de devenir artificielle. Par exemple, du point de vue de la compétence, comment pouvons-nous tirer une ligne claire entre l'éthique et le professionnalisme ? Pour la même raison, malgré un chevauchement considérable entre les comportements apparaissant sous les 12 thèmes, nous avons déployé peu d'efforts pour éliminer ce chevauchement ; il vaut mieux avoir trop d'exemples concrets à partir desquels se développeront des outils d'évaluation et des programmes que pas assez. On pourra effectuer toute conciliation nécessaire lorsqu'on arrivera à la prochaine étape (outils d'évaluation et programmes).

Il y avait une autre différence importante dans notre approche à la définition de la compétence dans le professionnalisme. Tout au long du processus d'élaboration des objectifs d'évaluation, nous sommes intentionnellement demeurés à l'écart des instruments, des tests, et des scénarios spécifiques d'examens, afin d'éviter le biais d'orienter les objectifs d'évaluation vers ce que l'on peut tester par les instruments ou les examens existants. Le processus de développer des instruments de test et des examens a été intentionnellement laissé à une deuxième étape indépendante. Très tôt, nous avons réalisé que ceci n'était pas entièrement possible dans le cas du professionnalisme, puisque la nature et la structure de nos objectifs d'évaluation détaillés pour cette dimension doivent poser certaines prémisses concernant le contexte des évaluations finales. Avant de présenter ces prémisses, nous donnerons d'abord la liste des observations qui justifient cette légère déviation de notre approche habituelle :

1. Le professionnalisme est peut-être la dimension de la compétence qui comporte le plus de facettes ; il est essentiellement subjectif et déterminé par tous ceux qui travaillent autour de l'individu (p. ex. patients, collègues, employés, employeurs, contacts occasionnels) et par l'environnement culturel dans lequel nous nous retrouvons.
2. Malgré l'existence d'un imposant bloc de connaissances sur le « professionnalisme », la seule démonstration de la possession de ces connaissances n'est pas suffisante pour la compétence, puisqu'elle ne semble pas prédire, d'aucune façon, un comportement professionnel adéquat. C'est pourquoi nous sommes plus intéressés par des comportements spécifiques qui sont révélateurs des conduites professionnelles que par les connaissances entourant le professionnalisme.

3. Les exemples de comportement professionnel sont peut-être très spécifiques au contexte et peuvent varier en fonction des attentes locales. Dans toute situation d'évaluation, les attentes devraient donc être très explicites et tout comportement apparemment non professionnel devrait d'abord être discuté et exploré avant de porter un jugement final.
4. Pendant la formation et la pratique, de nombreuses circonstances peuvent démontrer, à un degré plus ou moins important, dans quelle mesure un individu agit d'une manière professionnelle. Le comportement professionnel est la somme d'un mélange approprié de tous ces éléments. Dans ce sens, il n'existe pas d'ensemble d'éléments clés pour le professionnalisme.
5. On ne s'attend pas à ce qu'une personne soit parfaite en tout temps, mais on s'attend à ce que la certification de la compétence implique qu'un individu agisse d'une manière professionnelle. Dans ce domaine, la compétence est absente lorsqu'il existe un modèle de répétition d'un comportement non professionnel difficilement justifiable ou explicable. Il se peut également qu'un seul incident de comportement soit fondamentalement incompatible avec la certification de la compétence dans cette dimension.

Le professionnalisme peut se définir en termes théoriques ou de façon pragmatique. Encore une fois, nous avons choisi la façon pragmatique, en débutant par les commentaires de médecins de famille praticiens, en poursuivant avec un groupe de discussion pour identifier les thèmes communs et, ensuite, dresser une liste d'exemples spécifiques de comportements (positifs ou négatifs) qui sont le reflet du professionnalisme.

Pour toutes ces raisons, nous avons l'impression que notre définition opérationnelle de la compétence dans le professionnalisme exige que l'évaluation ait certaines caractéristiques :

- a) Elle doit s'effectuer dans des situations de vie réelle, soit immédiatement, soit à distance. Il semblerait que le moment le plus facile pour la réaliser soit pendant la formation en résidence ; toutefois, il est tout aussi important de pouvoir faire l'équivalent pour les médecins déjà en pratique.
- b) Dans de nombreuses situations, l'évaluation devra inclure de nombreuses performances sur une longue période. Ceci implique également la mobilisation de plusieurs évaluateurs ou juges différents pour les diverses performances.
- c) Tous les jugements seront basés sur certains critères spécifiques à la situation. Le jugement demeurera tout de même subjectif, fait par l'observateur-évaluateur le plus approprié pour la situation et la performance.
- d) Tous les jugements initiaux de comportements non professionnels doivent faire l'objet de discussion et d'une possible résolution, avant d'être maintenus. Le personnel ou les précepteurs peuvent ne pas toujours se comporter de manière professionnelle.
- e) Les critères pour la certification n'ont pas encore été établis, mais il est improbable que la certification du professionnalisme soit basée sur des notes ou des moyennes. La compétence est essentiellement l'absence de comportement non professionnel sur une période suffisante d'exposition et d'observation.

Douze thèmes qui définissent le professionnalisme en médecine de famille

(On trouvera dans les pages suivantes des exemples de comportements observables reliés à chaque thème.)

1. Le médecin démontre par son comportement quotidien qu'il est responsable, fiable et digne de confiance.
2. Le médecin connaît les limites de sa compétence clinique et recherche de l'aide de façon appropriée.
3. Le médecin démontre une approche souple, ouverte, sans parti pris, ingénieuse et capable d'affronter l'incertitude.
4. Le médecin manifeste sa confiance sans arrogance et cette attitude se manifeste même lorsqu'il a besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires ou de l'aide.
5. Le médecin démontre une attitude bienveillante et compatissante.
6. Le médecin démontre du respect envers les patients à tous les égards, maintient une distance et des limites appropriées, et s'implique dans le bien-être du patient. Ceci comprend sa gestion du temps, sa disponibilité et sa volonté d'évaluer le rendement.
7. Le médecin démontre du respect pour les collègues et les membres de l'équipe.
8. Le médecin démontre par ses discussions et son comportement quotidiens qu'il est éthique et honnête.
9. Le médecin démontre ses habiletés à exercer une médecine basée sur des données probantes. Ceci implique non seulement une capacité d'évaluation critique et de gestion de l'information, mais aussi sa capacité appropriée d'apprendre des collègues et des patients.
10. Le médecin manifeste son engagement envers le bien-être de la société et de la collectivité.
11. Le médecin manifeste son engagement envers sa santé personnelle et recherche un équilibre entre sa vie personnelle et ses responsabilités professionnelles.
12. Le médecin démontre une approche attentive envers la pratique en maintenant son calme, une sérénité et une égalité d'humeur, même dans des situations difficiles, et en s'engageant dans un dialogue réfléchi concernant les valeurs et les motivations.

Quelques remarques sur l'organisation et la formulation des comportements apparaissant sous chacun des thèmes : Bien que les comportements soient présentés sous 12 thèmes différents, on devrait les considérer comme une seule liste à utiliser dans le sens le plus général, sous forme de menu à partir duquel on puise des exemples concrets que l'on peut utiliser pour donner une rétroaction sur un comportement professionnel ou non professionnel, ou pour évaluer le même comportement de façon plus structurée.

Aucun ordre de priorité n'a été utilisé pour déterminer la place des comportements. Pour chacun des thèmes, nous donnons d'abord les comportements positifs et, à la suite, les comportements négatifs. Le choix de la positivité ou de la négativité s'est fait spontanément — il pourrait s'avérer avantageux de générer la formulation contraire lorsqu'on utilise un comportement particulier dans une évaluation, mais elle doit se faire au moment approprié. Certains comportements sont très semblables à d'autres, certains sont des opposés, mais aucun effort conscient n'a été fait pour déterminer ces derniers. En général, seule la manifestation positive ou négative du comportement a été décrite. Actuellement, cette liste contient environ 80 comportements exprimés positivement et environ 50 exprimés négativement.

Nous n'avons utilisé aucune structure ou formulation standard. Certains comportements sont très généraux alors que d'autres sont très spécifiques. Pris dans leur ensemble, toutefois, nous avons l'impression qu'ils offrent une définition opérationnelle claire et suffisante qui peut servir de base au développement d'une évaluation structurée du professionnalisme dans la plupart des contextes applicables à la médecine de famille. L'utilisateur pourra en faire la sélection et le raffinement appropriés à la situation.

1. Le médecin démontre par son comportement quotidien qu'il est responsable, fiable et digne de confiance.

Comportements observables :

- ✓ Se présente à la clinique à l'heure prévue
- ✓ Répond aux appels du téléavertisseur lorsqu'il est de garde
- ✓ Avise un collègue s'il doit s'absenter alors qu'une de ses patientes est sur le point d'accoucher ou qu'il suit un patient hospitalisé
- ✓ Informe les autres dès que possible lorsqu'il s'absente pour maladie ou une urgence
- ✓ Organise un système pour le suivi de ses patients
- ✓ Ne ment pas

- ✗ Ne répond pas aux questions après des demandes spécifiques
- ✗ Quitte tôt, arrive en retard, sans avertir
- ✗ Horaire désorganisé avec activités en double
- ✗ Modifie l'horaire à son avantage personnel
- ✗ Ses tournées de patients ne sont pas appropriées, c.-à-d. pas assez fréquentes, faites à la hâte
- ✗ Pour des raisons personnelles, n'est pas disponible pour des responsabilités cliniques, sans prendre en considération les besoins du patient ou de l'équipe
- ✗ Retard déraisonnable à compléter ses dossiers
- ✗ Ne documente pas les résultats des examens de laboratoire comme étant normaux ou anormaux ; ne documente pas le suivi
- ✗ Ne rédige pas de lettres, de résumés

- ✗ Triche lors des examens ou des questionnaires (p. ex. ALSO, cours de réanimation)
- ✗ Se présente à des entrevues simulées avec une connaissance préalable des cas (c.-à-d. triche aux examens)
- ✗ Ne vérifie pas la présence ou non d’allergies ou d’interactions lorsqu’il rédige des ordonnances
- ✗ Ne fait pas le suivi des patients en temps opportun lorsque des investigations sont en attente (p. ex. une biopsie de peau), ou dans des situations cliniques potentiellement graves (p. ex. un adolescent déprimé qui ne se présente pas à son rendez-vous)
- ✗ Ment au sujet de son expérience antérieure à l’égard d’un acte technique et néglige de l’acquiescer
- ✗ Signe pour d’autres lorsqu’on prend les présences lors des sessions de formation
- ✗ Utilise le plagiat dans ses projets

2. Le médecin connaît les limites de sa compétence clinique et recherche de l’aide de façon appropriée.

Comportements observables :

- ✓ Recherche les occasions pour corriger ses limites ou lacunes en améliorant ses connaissances et ses habiletés (stages optionnels/formation continue)
- ✓ Ne se sert pas de l’excuse d’une compétence clinique limitée pour éviter les problèmes cliniques difficiles
- ✗ Argumente au sujet de sa compétence clinique déficiente malgré des exemples pour illustrer ces déficiences
- ✗ Ignore les problèmes cliniques pour mieux masquer ses lacunes cliniques
- ✗ Réfère les cas même s’il a les habiletés et dispose des ressources pour effectuer les tâches (ne prend pas le temps de procéder aux interventions médicales appropriées)
- ✗ Ne s’implique pas dans la prise en charge de problèmes complexes ou difficiles que peut présenter un patient — le dirige vers un autre médecin traitant ou à un consultant
- ✗ Ne se prépare pas adéquatement pour une intervention

3. Le médecin démontre une approche souple, ouverte, sans parti pris, ingénieuse et capable d’affronter l’incertitude.

Comportements observables :

- ✓ Dans ses rencontres avec les patients, démontre constamment sa volonté d’explorer les idées du patient concernant l’étiologie et inclut ou exclut ces idées de son diagnostic différentiel subséquent
- ✓ Manifeste sa volonté d’adapter le diagnostic/plan lorsqu’on lui présente un autre choix/vision/information/perspective (accepte de changer d’idée)
- ✓ Alloue du temps pour les émotions associées à un diagnostic incertain
- ✓ Ne limite pas inutilement les options du patient (c.-à-d. ne manifeste pas de paternalisme)
- ✓ Se satisfait d’un « diagnostic symptomatique » (p. ex., dit “dyspepsie”, et non “ulcère peptique”) lorsque l’information est limitée ou qu’on ne peut confirmer le diagnostic
- ✓ Formule un plan par étapes et centré sur le patient pour s’occuper d’une situation même s’il ne connaît pas la réponse
- ✗ Interrompt les patients
- ✗ Pour une raison de temps, refuse de s’occuper d’un problème important pendant une visite au cabinet

- ✗ Refuse de voir un patient qui arrive à son rendez-vous avec un léger retard
- ✗ Manifeste sa colère/rigidité lorsqu'un patient ne respecte pas la ligne de conduite qu'il a prescrite
- ✗ Devient dédaigneux des idées du patient lorsqu'elles ne correspondent pas aux siennes
- ✗ Utilise des techniques de manipulation pour influencer le comportement du patient (« je ne pourrai plus m'occuper de vous si vous faites le choix de ... »)

4. Le médecin manifeste sa confiance sans arrogance et cette attitude se manifeste même lorsqu'il a besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires ou de l'aide.

Comportements observables :

- ✓ Dit : « Je ne sais pas, mais je sais comment faire pour trouver »
- ✓ Les discussions avec les patients entourant la ligne de conduite sont clairement utiles pour le patient avec une « valeur ajoutée », même en l'absence d'un diagnostic certain ou d'une opinion finale concernant le traitement disponible
- ✓ Manifeste une confiance appropriée dans sa communication non verbale : regarde le patient dans les yeux lorsqu'il dit « je ne sais pas »
- ✗ Profite de son expérience pour dévaloriser l'expérience du patient (p. ex. « Je n'ai pas eu besoin d'avoir une épidurale »)
- ✗ Dit aux patients quoi faire sans comprendre leurs circonstances (manifeste de l'arrogance, du paternalisme)

5. Le médecin démontre une attitude bienveillante et compatissante.

Comportements observables :

- ✓ Alloue aux patients suffisamment de temps pour verbaliser leurs préoccupations sans les interrompre ; prend le temps d'écouter avant de parler — écoute activement avant de parler
- ✓ Ne déprécie pas les pertes/craintes du patient
- ✓ Questionne le patient au sujet de ses sentiments, inquiétudes, espoirs
- ✓ Lorsque c'est possible, s'assoit avec les patients pour communiquer
- ✓ Discute des questions ou des comportements avec les patients plutôt que de les confronter personnellement ou de porter un jugement
- ✓ Élabore avec les patients sur les options ou les choix de vie saine
- ✓ Maintient au premier plan les besoins du patient, lorsque confronté à ses préoccupations personnelles concernant les erreurs/désastres/accusations médicales
- ✓ Accepte de reconnaître les émotions du patient dans la rencontre
- ✓ Ne blâme pas les patients pour les situations difficiles qu'ils rencontrent
- ✓ En présence d'un patient difficile, sait reconnaître ses propres sentiments et évite d'exprimer sa colère de façon inappropriée
- ✓ Malgré les contraintes de temps et la charge de travail, maintient une approche agréable et compatissante

6. Le médecin démontre du respect envers les patients à tous les égards, maintient une distance et des limites appropriées, et s’implique dans le bien-être du patient. Ceci comprend sa gestion du temps, sa disponibilité et sa volonté d’évaluer la performance.

Comportements observables :

- ✓ Respecte le temps du patient comme il le ferait pour le sien ; fait de son mieux pour être à l’heure ; sait le reconnaître lorsqu’il ne l’est pas
- ✓ N’impose pas au patient ses croyances personnelles, religieuses, morales ou politiques
- ✓ Ne demande pas ou n’accepte pas d’offre de rendez-vous de la part des patients
- ✓ Ne demande pas de faveur aux patients
- ✓ N’accepte pas de cadeau inapproprié
- ✓ Ne fait pas de blague au détriment du patient
- ✓ Respecte que le patient fasse ses propres choix concernant son style de vie
- ✓ Sait apprécier la différence de pouvoir dans l’interaction médecin-patient
- ✓ Maintient son apparence personnelle pour faciliter le confort et la confiance du patient sur une base individuelle, ou pour des populations spécifiques de patients
- ✓ Ses commentaires et ses comportements renforcent et stimulent les habiletés et les capacités du patient
- ✓ Ne prête pas d’argent aux patients (ou n’emprunte pas l’argent des patients)
- ✓ Reconnaît la différence entre le maintien de la confidentialité et la recherche de conseils professionnels appropriés lorsque des situations difficiles l’exigent
- ✓ Analyse activement sa pratique avec des outils d’évaluation et met en place les changements appropriés
- ✓ Pense aux patients et parle d’eux d’une façon positive
- ✓ Tente de comprendre les aspects du patient qui précipitent un comportement difficile ou la non-observance, et adapte sa réaction en conséquence

- ✗ Semble toujours pressé ou accablé par les trop nombreuses demandes
- ✗ Se plaint des autres membres de l’équipe en présence des patients
- ✗ Blâme les autres pour son propre manque d’organisation ou son approche précipitée (« Qui a pris mon stéthoscope cette fois ? », « Où est mon crayon ? », « Je suis en retard parce qu’il n’y avait plus de places de stationnement », « La secrétaire ne m’a pas avisé que je devais être là », « Mes dossiers n’étaient pas sortis »)
- ✗ Est réticent ou refuse de voir certains patients

7. Le médecin démontre du respect pour les collègues et les membres de l’équipe.

Comportements observables :

- ✓ Ne mine pas la réputation et évite d’émettre des commentaires négatifs sur les autres dispensateurs de soins, particulièrement ceux qui ont vu des patients dans des contextes différents
- ✓ Lorsqu’on le consulte ou qu’on lui demande de l’aide, écoute les préoccupations et tente de répondre positivement en offrant sa disponibilité (« Comment puis-je aider ? » vs « Je n’ai pas besoin de voir ce patient »)

- ✓ Lorsqu'il a besoin de parler à quelqu'un à l'improviste, attend et choisit le moment approprié ; il n'interrompt pas de façon excessive
- ✓ Pense à ses collègues et parle d'eux d'une façon positive ; respecte leur temps comme si c'était le sien
- ✓ Arrive à l'heure
- ✓ Porte attention lorsque les autres parlent
- ✓ Laisse les autres parler/poursuivre ; il les écoute jusqu'au bout et demeure respectueux même s'il n'est pas d'accord avec le sujet ou les points de vue

- ✗ Offre une rétroaction inappropriée dépourvue de sensibilité (non spécifique, mauvais endroit, mauvais moment)
- ✗ Quitte tôt, prend les tâches faciles, laisse des tâches non terminées, etc., de telle sorte que les autres ont plus de travail
- ✗ Discute de questions litigieuses en public, ou s'adonne aux commérages
- ✗ Évite de discuter des questions litigieuses qui pourraient avoir un impact important sur la dynamique de l'équipe et les résultats
- ✗ Argumente avec les autres membres de l'équipe
- ✗ Ne fait pas les ajustements personnels malgré les messages répétés des autres sur la performance de l'entreprise
- ✗ Un étudiant de sexe masculin n'accepte pas de recevoir une rétroaction de la part d'une collègue ou d'un professeur de sexe féminin
- ✗ Fait autre chose (c.-à-d. ne porte pas attention) lorsqu'un collègue parle (p. ex., rédige des messages, lit un journal, fait ses dossiers)

8. Le médecin démontre par ses discussions et son comportement quotidiens qu'il est éthique et honnête.

Comportements observables :

- ✓ Lorsqu'une erreur a été commise, reconnaît sa contribution, la discute avec les personnes appropriées, tente de clarifier pourquoi l'erreur a été commise et applique la mesure correctrice appropriée pour l'avenir
- ✓ Obtient un consentement éclairé, s'informe des renseignements personnels/de la communication/de la confidentialité
- ✓ Respecte l'autonomie du patient et évalue dans quelle mesure il y a atteint du pouvoir décisionnel du patient
- ✓ Fournit des estimations honnêtes concernant le temps, les services et la facturation

- ✗ Dévoile des renseignements contre la volonté exprimée du patient, particulièrement en ce qui concerne les adolescents, les personnes âgées et les patients d'ascendance culturelle différente
- ✗ Discute des patients dans des endroits « publics »
- ✗ Offre des traitements médicaux de façon inappropriée à des collègues, y compris la rédaction d'ordonnances
- ✗ Proclame (aux collègues, aux patients, aux autres) avoir fait quelque chose alors qu'il ne l'a pas faite (p. ex., anamnèse, examen physique, tests de laboratoire, appels téléphoniques, suivis)

- ✗ Prend le crédit pour un travail fait par d'autres (pour des raisons monétaires, pour le prestige, pour toute autre raison)
- ✗ Ses habitudes de prescription sont inappropriées :
 - Au lieu d'inscrire le nom du patient, il inscrit le nom d'une personne possédant une assurance médicaments
 - Prescrit de façon inappropriée pour en retirer des avantages personnels
 - Prescrit malgré une évaluation insuffisante
- ✗ Présente des réclamations injustifiables sur des formulaires d'assurance ou autres

9. Le médecin démontre ses habiletés à exercer une médecine basée sur des données probantes. Ceci implique non seulement une capacité d'évaluation critique et de gestion de l'information, mais aussi sa capacité appropriée d'apprendre des collègues et des patients.

Comportements observables :

- ✓ N'accorde pas une crédibilité exagérée à la médecine basée sur des preuves ; il incorpore l'expertise du patient et de sa famille au caractère unique de leur situation ; il incorpore l'expérience et l'expertise des collègues et des membres de l'équipe, ainsi que sa propre expérience personnelle
- ✓ Lorsqu'un patient pose des questions sur les soins ou fait des suggestions, il est ouvert à une discussion respectueuse ; il réagit positivement aux patients qui apportent du matériel offert sur Internet
- ✓ Lorsqu'il utilise des lignes directrices ou les résultats d'essais cliniques (sur de grandes populations), il les personnalise et les adapte pour en assurer l'applicabilité au patient sur une base individuelle
- ✓ Ne modifie pas le plan de traitement actuel lorsqu'il s'occupe temporairement du patient de quelqu'un d'autre ; s'il pense que des changements sont souhaitables, il les discute d'abord avec le fournisseur régulier
- ✓ Vérifie dans quelle mesure sa pratique est conforme aux données probantes récentes, et fait les changements en conformité avec ces preuves
- ✓ Identifie les lacunes dans sa propre pratique clinique en termes de connaissances et élabore une stratégie pour les combler ; formule des questions cliniques qui faciliteront la recherche des « réponses » à ces lacunes

- ✗ N'utilise pas de ressources pour acquérir des informations à jour sur des cas spécifiques
- ✗ À la suite d'une discussion de groupe et la prise d'une décision, n'intègre pas dans sa pratique clinique les changements qui ont fait l'objet d'un accord
- ✗ Se fie trop à un ensemble limité de sources d'informations inappropriées (p. ex., représentants d'entreprises pharmaceutiques, matériel non sélectionné sur Internet, The Medical Post, opinions « d'experts »)
- ✗ Ne procède pas à une évaluation critique de l'information

10. Le médecin manifeste son engagement envers le bien-être de la société et de la collectivité.

Comportements observables : **

- ✓ Ne rejette pas les préoccupations soulevées par les patients concernant des enjeux locaux qui ont un impact sur leur santé (p. ex., endroits pour marcher sans danger, pollution)

- ✓ Tente de renforcer le patient qui soulève des inquiétudes concernant des problèmes communautaires ; agit de façon confidentielle
- ✓ Réagit positivement aux demandes de participation à la communauté ; consacre un peu de son temps et de son expérience (p. ex. contribuer à une affiche)
- ✗ Ne respecte pas l'obligation de déclarer les situations où les autres sont clairement en danger (p. ex., infection à méningocoque, capacité à conduire, violence envers les enfants)
- ✗ Ne déclare pas le comportement inapproprié (p. ex. surconsommation de substances) de collègues professionnels à une autorité ou à un superviseur approprié

** Même si l'on peut trouver beaucoup d'exemples autour de ce thème plus tard dans la pratique, nous ne croyons pas qu'il soit pratique ou équitable d'évaluer ce thème de façon détaillée au moment de la certification, et particulièrement pendant la formation ou au début d'une pratique autonome. Les autres thèmes du professionnalisme offrent de meilleures occasions pour l'évaluation appropriée de cette dimension.

11. Le médecin manifeste son engagement envers sa santé personnelle et recherche un équilibre entre sa vie personnelle et ses responsabilités professionnelles.

Comportements observables :

- ✓ Se réserve du temps approprié pour satisfaire ses besoins personnels
- ✓ Est disposé à discuter des observations de collègues ou de membres de l'équipe lorsqu'un comportement suggère des difficultés causées par le stress
- ✓ Lorsqu'on porte à son attention un conflit entre ses activités professionnelles et personnelles, il le discute et procède ou non à un ajustement approprié
- ✓ Il lui arrive parfois de répondre d'abord aux besoins d'un patient avant de répondre à un besoin personnel, et il manifeste sa satisfaction et son appréciation de la valeur d'un tel geste
- ✓ Ses habitudes de vie sont saines : il ne fume pas, sa consommation d'alcool n'est pas excessive, ses habitudes de conduite sont raisonnables
- ✗ Transpose sa frustration sur un collègue ou sur le personnel (p. ex., est impoli et déplacé)
- ✗ Ne veut pas ou refuse de reconnaître ou de s'occuper d'une maladie ou d'une affection qui risque d'avoir un impact sur ses activités professionnelles, surtout lorsque les inquiétudes sont identifiées par d'autres
- ✗ Fait du temps supplémentaire de façon inappropriée, se présente au travail alors qu'il est malade, refuse de s'absenter
- ✗ Surcharge ses collègues lorsqu'il s'occupe de ses choses personnelles (c.-à-d. laisse beaucoup de tâches non terminées sans communiquer avec les collègues)
- ✗ Transfère des tâches à des collègues sans justification claire, sans communication adéquate ; change « fréquemment » et à la dernière minute sa disponibilité pour des tâches professionnelles
- ✗ Recherche des soins médicaux d'amis ou de collègues en dehors d'une relation médecin-patient normale ; agit comme s'il était son propre médecin

12. Le médecin démontre une approche attentive envers la pratique en maintenant son calme, une sérénité et une égalité d'humeur, même dans des situations difficiles, et en s'engageant dans un dialogue réfléchi concernant les valeurs et les motivations.

Comportements observables :

- ✓ Face à une situation difficile, demeure calme et agit de façon appropriée (p. ex., avec des patients en colère, une tournure clinique imprévue des événements, une demande accablante, des examens)
- ✓ Est constamment attentif à un patient ou à un collègue, quelle que soit l'interaction
- ✓ Tente de comprendre le comportement des autres sans s'emporter ou sans se sentir blessé
- ✓ Ne manifeste pas de colère, d'humour inapproprié ou autres émotions lorsque ceci pourrait saper un travail constructif avec les patients ou les collègues
- ✓ Lorsque les émotions sont intenses ou visibles, peut néanmoins expliquer ou suggérer un plan d'action constructif
- ✓ Ne s'énerve pas — même lorsqu'une autre personne dans la salle s'énerve
- ✓ Dans des situations complexes, fait place aux multiples perspectives de participants différents ; reçoit ou sollicite d'autres points de vue
- ✓ Est désireux d'engager un dialogue, afin d'apprendre à partir de l'expérience des autres, lorsque :
 - une issue négative/imprévue survient
 - des idées sont conflictuelles
 - on lui pose des questions (ne les perçoit pas comme une menace *vs* « trop pressé pour en parler »)
- ✓ Lorsqu'une faute semble avoir été commise, sait la reconnaître et regarde d'abord sa responsabilité personnelle plutôt que de diriger le blâme ailleurs

Habiletés de raisonnement clinique

Cette dimension de la compétence est l’une des deux qui sont presque entièrement définies par et dans les éléments clés des sujets prioritaires.

Chaque élément clé suggère, explicitement ou implicitement, les dimensions de la compétence, ainsi que la phase de la rencontre clinique et, par conséquent, les habiletés cognitives spécifiques qui caractérisent la compétence au moment d’aborder/résoudre le problème en question. Tous les éléments clés ont été codés individuellement en fonction des habiletés et des phases évaluées, mais ces codes n’apparaissent pas encore dans cette version du document sur les objectifs d’évaluation—toutefois, la majorité des éléments clés (60 %), impliquent des habiletés de raisonnement clinique. Leur utilisation de façon non sélectionnée touchera donc certainement à cette dimension.

Le raisonnement clinique est un territoire plus familier et la structure utilisée est celle de la résolution d’un problème clinique, à l’aide du modèle hypothético-déductif, en soulignant particulièrement son utilisation de façon experte. Le médecin habile et compétent utilisera ce modèle avec efficacité, d’une manière adaptée aux besoins du patient et du problème présenté, ainsi qu’au contexte de la rencontre clinique, pour résoudre les problèmes du patient.

Quelles sont certaines des caractéristiques du raisonnement clinique expert, par opposition à celui non encore expert ? Des études répétées ont démontré que l’anamnèse est la partie la plus importante de la rencontre clinique et qu’elle suffit habituellement à suggérer des diagnostics corrects. Nous utilisons le terme « diagnostic » dans son sens le plus large, y compris l’identification du problème à tous les niveaux, et non pas seulement les diagnostics médicaux. Le clinicien expérimenté génère souvent des possibilités ou des hypothèses de diagnostic au cours de la première minute de la rencontre clinique. L’expert utilise ensuite ces hypothèses pour orienter la collecte subséquente des données : il pourra recueillir moins d’information que le non-expert, mais l’information choisie est souvent beaucoup plus détaillée autour de ces points importants—il rassemblera les données nécessaires pour résoudre le problème et ne perdra pas de temps à rassembler de l’information non contributive pour le problème qui lui est présenté. Les données sont interprétées à mesure qu’elles sont disponibles, pour finir avec une seconde série d’hypothèses diagnostiques — cette étape exige certainement de l’expertise, mais cela va de soi si les hypothèses diagnostiques initiales et la collecte des données ont été élaborées habilement. La phase de l’examen physique et de l’investigation joue souvent un rôle minime—c’est souvent une question de confirmer ou d’éliminer les possibilités diagnostiques générées par l’histoire.

Est-il raisonnable de mettre presque sur le même pied les habiletés de raisonnement clinique (et la résolution du problème clinique) et celle permettant d’arriver à un diagnostic précis ? La plupart seront d’accord avec cette hypothèse, pour les deux raisons suivantes : D’abord, la ligne de conduite et le traitement exigent certainement une habileté, mais ils reposent fortement sur les connaissances, ce qui fait qu’ils se trouvent plus près des niveaux cognitifs inférieurs de la compétence clinique et qu’ils sont largement fonction d’un ensemble précis de diagnostics. Ensuite, à l’exception de quelques domaines spécifiques, les diverses habiletés cognitives et non cognitives requises dans les phases subséquentes de la rencontre clinique sont toutes nécessaires à un degré élevé afin de poser un diagnostic précis et pertinent.

Évidemment, bien que l’habileté à poser des diagnostics précis soit un élément nécessaire de la compétence dans les habiletés de raisonnement clinique, elle n’est probablement pas suffisante en soi. Une évaluation bien planifiée de la compétence dans les habiletés de raisonnement clinique mettra l’accent sur l’anamnèse et l’élaboration de diagnostics,

mais comprendra aussi certaines tâches qui se situent dans les étapes subséquentes de la rencontre clinique. Elle ne le fera cependant pas de façon aléatoire. Ce qui nous ramène au concept de l'interaction entre le patient, le médecin et le problème. Chacune des interactions déterminera quelles étapes sont les plus critiques : pour certains, ce pourra être le traitement ou l'examen physique et, si tel est le cas, c'est là que se situe la compétence pour cette interaction, et c'est ce qui devrait être évalué. Le défi d'une évaluation valable est d'aligner évaluation à interaction. L'analyse de l'élément clé l'a fait, alors on peut trouver la meilleure définition de la compétence dans les habiletés de raisonnement clinique dans la liste des sujets prioritaires et des éléments clés.

Sélectivité

À notre connaissance, cette dimension n'a pas été décrite précédemment en ce qui a trait à la compétence du médecin, bien que ce ne soit pas une idée originale. C'est le terme choisi par le groupe de discussion initial pour décrire un ensemble d'habiletés qui ont été citées fréquemment dans l'étude pour caractériser le médecin de famille compétent : ce médecin ne fait pas les choses de façon routinière ou stéréotypée, mais est très adaptable et sélectif dans son approche, la modifiant pour l'adapter à la situation et au patient. Voici certaines des façons par lesquelles un médecin démontre sa compétence dans cette dimension :

- Établit des priorités et se concentre sur la plus importante
- Sait quand il faut parler et quand ne rien dire
- Recueille l'information la plus utile sans perdre de temps sur les données moins contributives
- En fait un peu plus lorsqu'il pense que ce sera utile
- Distingue ce qui est urgent de ce qui ne l'est pas et intervient en temps opportun
- Agit lorsque nécessaire, même si l'information n'est pas complète
- Détermine la probabilité, la pertinence et les priorités de ses diagnostics différentiels
- Distingue celui qui est malade de celui qui ne l'est pas
- Choisit et modifie un traitement pour l'adapter aux besoins particuliers d'un patient et d'une situation

La sélectivité peut être considérée comme un sous-ensemble de toutes les autres dimensions, mais elle était utilisée assez fréquemment dans les descriptions de la compétence pour mériter à elle seule sa propre dimension. Comme nous l'avons vu précédemment, on retrouve la sélectivité à des niveaux élevés de compétence, et elle pourrait être un indicateur extrêmement robuste de la compétence globale lorsqu'elle est utilisée à des fins d'évaluation. On peut également la considérer comme l'un des niveaux opérationnels qui forment le jugement clinique et offre ainsi un moyen d'évaluer cet important concept.

Cette dimension de la compétence fait partie des deux qui sont presque entièrement définies par et dans les éléments clés des sujets prioritaires. Chaque élément clé suggère, explicitement ou implicitement, les dimensions de la compétence, ainsi que la phase de la rencontre clinique et, par conséquent, les habiletés cognitives spécifiques qui caractérisent la compétence au moment d'aborder/de résoudre le problème en question. Seize pour cent des éléments clés impliquent la sélectivité comme une habileté essentielle, le plus souvent (mais pas exclusivement) associée aux habiletés de raisonnement clinique. Ce peut être suffisant pour évaluer la sélectivité uniquement dans ce contexte, mais nous pourrions également envisager son évaluation dans d'autres dimensions, au besoin.

Le concept s'applique sûrement. Il resterait simplement à développer davantage une définition opérationnelle de la sélectivité telle qu'elle est exprimée dans les autres dimensions.

Habiletés techniques

La certification pour une pratique autonome exige un certain niveau de compétences expérientielles, notamment des habiletés techniques pour poser un certain nombre d'actes techniques. Nous dressons, ci-dessous, une liste de soixante-cinq actes techniques de base, et c'est sur la base de ces actes que sera évaluée la compétence¹⁸. Il faut se rappeler que ce ne sont pas seulement les aspects techniques de chacun de ces actes qui sont importants. Les niveaux plus élevés de la compétence doivent aussi être évalués, comme toujours, dans le contexte de la médecine de famille — les éléments clés décrivent cet aspect.

Les éléments clés des habiletés techniques*

1. Afin de décider si vous effectuerez ou non un acte technique, considérez ce qui suit :
 - a) Les indications et contre-indications de l'acte
 - b) Vos propres habiletés et votre préparation à poser cet acte (p. ex. votre niveau de fatigue et vos inquiétudes personnelles)
 - c) Le contexte de l'acte à poser, notamment le patient impliqué, la complexité de la tâche, le temps nécessaire, le besoin d'assistance et l'endroit
2. Avant de décider d'aller de l'avant avec l'intervention :
 - a) Discutez de l'intervention avec le patient, y compris la description de l'acte et les issues possibles, positives et négatives, comme partie du processus pour obtenir son consentement.
 - b) Préparez-vous pour l'intervention en vous assurant que l'équipement approprié est prêt.
 - c) Remémorez-vous mentalement :
 - Les repères anatomiques nécessaires pour procéder à l'intervention.
 - Les étapes techniques nécessaires de façon séquentielle, y compris tout examen préliminaire.
 - Les complications potentielles et leur prise en charge.
3. Durant le déroulement de l'intervention :
 - Tenez le patient informé afin de réduire l'anxiété.
 - Assurez en tout temps le confort et la sécurité du patient.
4. Lorsque l'intervention ne se déroule pas comme prévu, réévaluez la situation et mettez un terme et/ou demandez de l'aide au besoin.
5. Élaborez un plan avec votre patient pour les soins et le suivi au terme de l'intervention.

* S'applique à tous les actes techniques. Elles peuvent servir à orienter le développement d'outils d'évaluation pour des actes techniques spécifiques.

¹⁸ Wetmore SW, Rivet C, Tepper J, Tatemichi S, Donoff M, Rainsberry P. Defining core procedure skills for Canadian family medicine training. *Can Fam Physician*. 2005; 51(10): 1364-5.

Partie III — Les sujets prioritaires et les éléments clés

Les sujets prioritaires :

Accident vasculaire cérébral.....	67
Allergie	69
Anémie.....	71
Antibiotiques	72
Anxiété	73
Apprentissage (Patients/soi-même).....	75
Aptitude mentale	76
Arthropathie.....	78
Asthme.....	80
Cancer	82
Cardiopathie ischémique.....	83
Céphalée	84
Cessation du tabagisme.....	85
Contraception	86
Convulsions	87
Counseling.....	89
Crise.....	90
Démence	92
Dépression.....	94
Dermatologie.....	96
Déshydratation.....	97
Deuil.....	98
Diabète	99
Diarrhée.....	100
Douleur	101
Douleur abdominale	103
Douleur au cou.....	105
Douleur chronique	106
Douleur thoracique.....	108
Dyspepsie	109
Dysurie.....	110
Empoisonnement.....	111
Enfants	112
Épistaxis.....	113

Éruption cutanée.....	114
Essoufflement.....	116
Étourdissements.....	117
Examen médical périodique/dépistage.....	118
Famille.....	119
Fatigue.....	120
Faux croup.....	121
Fibrillation auriculaire	122
Fièvre.....	123
Fractures.....	124
Grossesse.....	125
Habitudes de vie	127
Hépatite.....	128
Hyperlipidémie.....	129
Hypertension	130
Immigrants	131
Immunisation.....	132
Incapacité	133
Infections	134
Infections des voies respiratoires supérieures	135
Infections transmises sexuellement.....	136
Infection urinaire.....	137
Infertilité	138
Insomnie	139
Insuffisance cardiaque	140
Insuffisance rénale.....	142
Lacérations	144
Lombalgie.....	145
Maladie chronique.....	146
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).....	147
Masse au sein.....	148
Mauvaises nouvelles.....	149
Médecine des voyages.....	150
Méningite	151
Ménopause	152
Nouveau-né	153
Obésité	154
Œil rouge.....	155
Ostéoporose.....	156
Otalgie.....	157
Parkinsonisme.....	158

Patient difficile.....	159
Personnes âgées.....	160
Perte de connaissance.....	161
Perte de poids.....	163
Pneumonie.....	164
Problèmes médicaux multiples	166
Problèmes propres à chaque genre.....	167
Prostate.....	168
Réanimation cardio-respiratoire	169
Saignement gastro-intestinal.....	170
Saignement vaginal.....	171
Schizophrénie.....	172
Sexualité.....	173
Soins du nourrisson.....	175
Soins palliatifs	177
Somatisation	178
Stress.....	180
Suicide.....	181
Thrombose veineuse profonde.....	182
Thyroïde.....	183
Toux.....	184
Traumatisme.....	185
Trouble de comportement.....	187
Trouble de la personnalité.....	189
Troubles alimentaires.....	191
Usage de substances et addiction.....	193
Vaginite	195
Viol/agression sexuelle.....	196
Violence familiale (sexuelle, physique, psychologique)	197
Violence/patient agressif.....	198

Accident vasculaire cérébral

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez les patients qui présentent des symptômes et/ou des signes suggérant un accident vasculaire cérébral (AVC), incluez d'autres hypothèses dans votre diagnostic différentiel (p. ex., ischémie cérébrale transitoire (ICT), tumeur cérébrale, hypoglycémie, hématome sous-dural, hémorragie sous-arachnoïdienne).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
2 Chez un patient qui présente un AVC, précisez, si possible, l'étiologie de l'AVC : hémorragique, embolique ou thrombotique (p. ex., en misant sur l'anamnèse, l'examen physique et les tests paracliniques comme l'électrocardiogramme et les tests d'imagerie), puisque les traitements sont différents.	Raisonnement clinique	Diagnostic
3 Évaluez rapidement les patients qui présentent des déficits neurologiques, afin de déterminer leur admissibilité à la thrombolyse.	Sélectivité	Traitement
4 Lorsque le diagnostic d'AVC est posé, impliquez, au besoin, d'autres professionnels de la santé (p. ex., ergothérapeute, physiothérapeute, intervenant social, physiatre, neurologue) pour assurer au patient le meilleur pronostic possible.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement Référer en consultation
5 Dans le plan de soins du patient victime d'un AVC atteint de déficits sévères, impliquez le patient et sa famille dans les décisions entourant les interventions (p. ex., réanimation, instauration de l'hyperlimentation, traitement d'une pneumonie).	Approche centrée sur le patient Communication	Traitement
6 Chez les patients victimes d'un AVC, diagnostiquez les déficits cognitifs (non associés à des symptômes ou signes sensitifs ou moteurs tel l'inattention et l'impulsivité) lorsqu'ils sont présents.	Raisonnement clinique	Diagnostic
7 Donnez aux patients et à leurs familles des informations concernant le pronostic de récupération des incapacités.	Approche centrée sur le patient	Traitement
8 Chez les patients victimes d'AVC avec incapacités, évaluez les ressources et le soutien nécessaire pour améliorer leur autonomie fonctionnelle (p. ex. canne, cadre de marche, soins à domicile).	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
9 Dans la continuité des soins dispensés aux patients victimes d'AVC avec incapacités (p. ex., dysphagie, alitement), incluez dans le plan de traitement la prévention de certaines complications (p. ex., pneumonie d'aspiration, ulcère de décubitus) puisque leur fréquence est plus élevée.	Raisonnement clinique	Traitement Génération d'hypothèses
10 Chez les patients à risque d'AVC, traitez les facteurs de risque modifiables (p. ex. fibrillation auriculaire*).	Raisonnement clinique	Traitement
11 Chez tous les patients ayant des antécédents d'ICT ou d'AVC complété, ainsi que chez les patients asymptomatiques, mais à risque élevé d'AVC, prescrivez un traitement antithrombotique (p. ex., acide acétylsalicylique, clopidogrel [Plavix]) afin de réduire le risque d'AVC.	Raisonnement clinique	Traitement

Note : voir les éléments clés des thèmes « [diabète](#) » « [dyslipidémie](#) » « [hypertension](#) ».

Allergie

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez tous les patients, informez-vous de la présence de toute forme d'allergie et documentez-la clairement dans le dossier. Réévaluez périodiquement.	Raisonnement clinique	Anamnèse Suivi
2 Clarifiez les manifestations d'une réaction pseudo-allergique d'une réaction allergique véritable (p. ex. ne pas poser un diagnostic d'allergie aux antibiotiques dans les cas d'éruptions cutanées virales, ou d'allergie véritable dans les cas d'intolérance médicamenteuse).	Raisonnement clinique	Anamnèse Diagnostic
3 Chez un patient qui est allergique (p. ex., alimentaire, médicamenteuse, environnementale), assurez-vous que le patient dispose d'une médication appropriée pour contrôler ses symptômes (p. ex. antihistaminiques, bronchodilatateurs, stéroïdes, EpiPen).	Raisonnement clinique	Traitement
4 Prescrivez l'EpiPen à tous les patients ayant des antécédents ou à risque d'anaphylaxie.	Raisonnement clinique	Traitement
5 Éduquez les patients qui souffrent d'allergie (p. ex., alimentaire, médicamenteuse, aux piqûres d'insectes), ainsi que leurs familles, concernant les symptômes d'anaphylaxie et l'auto-administration de l'EpiPen. Conseillez-leur de consulter pour une réévaluation ou un traitement immédiats si les symptômes d'allergie apparaissent ou s'ils ont utilisé l'EpiPen.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement Suivi
6 Conseillez aux patients souffrant d'allergie médicamenteuse connue ou ayant déjà présenté une réaction allergique importante d'obtenir et de porter un bracelet MedicAlert.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
7 Chez un patient qui présente une réaction anaphylactique :		
a) Reconnaissez les symptômes et les signes.	Sélectivité Raisonnement clinique	Diagnostic
b) Traitez immédiatement et rapidement.	Sélectivité Raisonnement clinique	Traitement
c) Prévenez toute réaction d'hypersensibilité retardée en misant sur l'observation et le traitement adéquats (p. ex. avec des stéroïdes).	Raisonnement clinique	Traitement
8 Lorsque l'étiologie de l'anaphylaxie est incertaine, référez le patient à un immunoallergiste pour identifier la cause.	Raisonnement clinique	Référer en consultation
9 Dans le cas particulier d'un enfant présentant une réaction anaphylactique aux aliments :		
a) Prescrivez une trousse d'EpiPen pour la maison, l'auto, l'école et la garderie.	Raisonnement clinique	Traitement
b) Conseillez à la famille d'éduquer l'enfant, les enseignants et les gardiens concernant les signes et symptômes de l'anaphylaxie, ainsi que quand et comment utiliser l'EpiPen.	Raisonnement clinique	Traitement

10	Chez un patient dont les symptômes respiratoires récidivants demeurent inexpliqués, n'oubliez pas d'inclure l'allergie (p. ex., syndrome des bâtiments malsains, allergie saisonnière) dans le diagnostic différentiel.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Hypothèses</i>
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-------------------

Anémie

Élément clé	Habilité	Phase
1 Évaluez le risque de décompensation chez les patients anémiques (p. ex., état du volume sanguin, présence d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC), angine, ou autres états pathologiques) afin de décider de la nécessité de transfuser rapidement ou de restaurer la masse sanguine.	Raisonnement clinique Sélectivité	Diagnostic Traitement
2 Chez un patient anémique, classifiez l'anémie dans ses formes microcytaire, normocytaire ou macrocytaire en utilisant le VGM (volume globulaire moyen) ou le résultat d'un frottis, afin de mieux orienter la poursuite de l'investigation et du traitement.	Raisonnement clinique	Diagnostic Investigation
3 Chez tous les patients anémiques, déterminez la réserve en fer avant de débiter le traitement.	Raisonnement clinique	Investigation Diagnostic
4 Chez un patient présentant une carence en fer, poussez plus loin l'investigation afin d'en déterminer l'étiologie.	Raisonnement clinique	Investigation
5 Recherchez une anémie chez les patients à risque qu'ils soient symptomatiques ou non (p. ex., ceux qui sont à risque de perte sanguine, ceux qui reçoivent une anticoagulothérapie, les patients âgés qui prennent des anti-inflammatoires non stéroïdiens, les patients atteints d'hémolyse (valvules mécaniques), les patients qui présentent de nouveaux symptômes ou une détérioration de leurs symptômes d'angine ou d'ICC).	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Investigation
6 Chez les patients atteints d'anémie macrocytaire : a) Considérez la possibilité d'une carence en vitamine B ₁₂ b) Recherchez d'autres manifestations de carence (p. ex. symptômes neurologiques) afin de poser le diagnostic d'anémie pernicieuse s'il est présent.	Raisonnement clinique Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Anamnèse Examen physique
7 Dans le cadre des soins aux nourrissons, dépistez l'anémie dans les populations à risque élevé (p. ex. ceux qui vivent dans la pauvreté) ou chez les patients à risque élevé (p. ex., ceux dont le teint est pâle, ceux dont la diète est pauvre en fer ou ceux dont le gain pondéral est faible).	Raisonnement clinique Sélectivité	Hypothèses
8 Lorsque vous découvrez un faible taux d'hémoglobine chez un patient, recherchez minutieusement la cause (p. ex., hémoglobinopathies, ménorragie, saignement occulte, maladie chronique non diagnostiquée), puisqu'on ne peut présumer qu'il s'agit d'un état normal.	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Diagnostic
9 Chez les patientes anémiques souffrant de ménorragie, déterminez la nécessité de rechercher d'autres causes pour expliquer l'anémie.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses

Antibiotiques

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez les patients qui nécessitent une antibiothérapie, faites des choix rationnels (c.-à-d. thérapies de première ligne, connaissance des formes locales d'antibiorésistance, antécédents médicaux et médicamenteux ainsi que le contexte du patient).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
2	Chez les patients dont la présentation clinique suggère une infection virale, évitez de prescrire des antibiotiques.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
3	Chez un patient qui prétend avoir une allergie aux antibiotiques, éliminez d'autres causes (p. ex., intolérance aux effets indésirables, éruption cutanée non allergique) avant de confirmer le diagnostic.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>
4	Soyez sélectif dans vos prescriptions de cultures avant de débiter une antibiothérapie (habituellement pas de culture dans les cas non compliqués de cellulite, de pneumonie, d'infection urinaire et d'abcès ; culture utilisée pour évaluer les types de résistance dans la communauté, chez les patients présentant des symptômes systémiques et chez les patients immunosupprimés).	<i>Sélectivité</i>	<i>Investigation</i>
5	Dans les situations urgentes (p. ex., méningite, choc septique, neutropénie fébrile), initiez empiriquement et rapidement l'antibiothérapie (c.-à-d. n'attendez pas la confirmation du diagnostic).	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>

Anxiété

Élément clé	Habilité	Phase
1. Chez un patient qui manifeste plusieurs symptômes ou comportements inexplicables, recherchez l'anxiété comme la cause principale ou comme contributeur.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses Diagnostic
2. Lorsqu'un patient se présente pour des symptômes d'anxiété, distinguez clairement la détresse ponctuelle (p. ex., peur, nervosité, inquiétude) du trouble anxieux.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	
3. N'attribuez pas à l'anxiété les symptômes aigus de panique (c.-à-d. dyspnée, palpitations, hyperventilation) sans d'abord exclure l'hypothèse d'une pathologie médicale grave (p. ex., embolie pulmonaire, infarctus du myocarde), particulièrement chez les patients atteints d'un trouble anxieux déjà établi.	Sélectivité Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
4. Durant l'investigation d'un patient présentant des symptômes d'anxiété, et avant de poser un diagnostic de trouble anxieux,		
a) Faites l'exclusion d'une pathologie médicale grave	Sélectivité	Génération d'hypothèses
b) Identifiez :	Raisonnement clinique	
• les autres affections psychiatriques co-existantes,	Raisonnement clinique	Diagnostic
• les situations de violence,		Anamnèse
• l'usage psychoactif de substance		
c) Évaluez le risque suicidaire		
d) Discutez avec le patient de l'impact fonctionnel	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Anamnèse Anamnèse
5. Lorsqu'un trouble anxieux est soupçonné, évaluez et classifiez-le en fonction des critères diagnostiques établis, puisque le traitement varie en fonction de la classification.	Raisonnement clinique	Diagnostic
6. Chez les patients atteints d'un trouble anxieux connu, ne présumez pas que tous les nouveaux symptômes sont attribuables à l'anxiété.	Sélectivité Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
7. Pour traiter l'anxiété, offrez le traitement approprié, qui peut inclure une ou plusieurs des options suivantes :	Approche centrée sur le patient	Traitement/Prise en charge Référer en consultation
+ Techniques d'autogestion		
+ Suivi régulier à votre bureau		
+ Ressources communautaires		

- Thérapies structurées (thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie)
- Pharmacothérapie judicieuse
- Orientation vers d'autres professionnels de la santé avec soins partagés continus

8 Durant le traitement de l'anxiété ou d'un trouble anxieux, ne vous limitez pas à la médication.

*Approche centrée sur le patient
Raisonnement clinique*

Traitement/Prise en charge

9 Lorsque vous évaluez et traitez l'anxiété, discutez de l'automédication néfaste avec de l'alcool et autres substances.

*Approche centrée sur le patient
Communication*

Traitement/Prise en charge

Apprentissage (Patients/soi-même)

Patients

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Dans le cadre des soins continus des enfants, informez-vous auprès des parents au sujet du fonctionnement de leur enfant à l'école afin de déceler les difficultés d'apprentissage.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
2 Chez les enfants ayant des problèmes à l'école, vérifiez les antécédents avec soin afin de vous aider à poser un diagnostic précis (p. ex., problème de santé mentale, trouble d'apprentissage, audition).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
3 Dans le cadre des soins à un enfant ayant un trouble d'apprentissage, évaluez régulièrement l'impact du problème sur l'enfant et sa famille.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Suivi</i>
4 Dans le cadre des soins d'un enfant ayant un trouble d'apprentissage, assurez-vous que le patient et sa famille ont accès à des ressources communautaires pour les aider.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
5 Afin de maximiser la compréhension du patient et la prise en charge de son problème :		
a) déterminez jusqu'à quel point il est disposé à recevoir de l'information ;	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Anamnèse</i>
b) ajustez la quantité d'information offerte et sa complexité selon la capacité de compréhension du patient.	<i>Communication</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>

Apprentissage (soi-même)

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
6 Évaluez constamment vos besoins d'apprentissage.	<i>Professionalisme</i>	<i>S.O.</i>
7 Abordez vos besoins d'apprentissage avec efficacité.	<i>Professionalisme</i> <i>Sélectivité</i>	<i>S.O.</i>
8 Incorporez vos nouvelles connaissances dans votre pratique.	<i>Professionalisme</i>	<i>S.O.</i>

Aptitude mentale

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez un patient dont un diagnostic augmente la probabilité d'un déficit cognitif ou fonctionnel (p. ex., démence, ACV, maladie mentale grave, blessure à la tête), a) Évaluez l'aptitude du patient dans le contexte de prise de décision(s), en reconnaissant que les décisions qui comportent un plus grand risque nécessitent une plus grande capacité cognitive. b) Expliquez le but de l'évaluation et tentez d'obtenir la permission du patient avant de commencer. c) Incluez d'autres professionnels lorsque cela est approprié.	Raisonnement clinique Sélectivité Communication Professionnalisme Raisonnement clinique Professionnalisme	Anamnèse Diagnostic Anamnèse Investigation Traitement Référer en consultation
2 Chez un patient qui est en bonne santé, qui présente des changements subtils à son fonctionnement (p. ex., inquiétudes de la famille, erreurs de médicament, questions répétitives, déclin de l'hygiène personnelle), a) Effectuez une évaluation appropriée des capacités cognitives et fonctionnelles. b) Référez le patient vers d'autres professionnels pour une évaluation plus approfondie lorsque cela est nécessaire,	Raisonnement clinique Communication Raisonnement clinique Sélectivité	Examen physique Investigation Référer en consultation
3 Lorsqu'un patient est sur le point de prendre une importante décision concernant sa santé (p. ex., chirurgie ou non, réanimation), pensez à évaluer son aptitude de prendre ces décisions.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Traitement
4 Lorsqu'il est nécessaire d'évaluer l'aptitude, évaluez activement la capacité du patient de comprendre, d'évaluer, de raisonner et d'exprimer un choix.	Raisonnement clinique	Diagnostic Investigation
5 Lorsqu'un défaut de l'aptitude de prendre des décisions est décelé, tentez d'en établir la sévérité, la réversibilité et la durée afin de planifier le traitement et les réévaluations régulières.	Raisonnement clinique	Anamnèse Diagnostic
6 Lorsqu'un patient refuse de participer à l'évaluation de la capacité, a) Inscrivez le refus au dossier. b) Continuez de dispenser des soins sécuritaires qui sont acceptables pour le patient. c) Refaites l'évaluation, lorsqu'indiquée. d) Adressez le besoin de nommer un mandataire lorsque cela s'avère nécessaire.	Communication Professionnalisme Raisonnement clinique Sélectivité Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement Traitement Suivi Génération d'hypothèses Suivi Traitement
7 Lorsqu'un traitement involontaire est indiqué, a) Instaurez le processus de certification. b) Collaborez avec vos collègues et la famille durant le processus.	Communication Professionnalisme Communication	Traitement Traitement

c) Documentez et communiquez en fonction des exigences juridiques.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
	<i>Communication</i> <i>Professionalisme</i>	
d) Aidez le patient et sa famille à comprendre pourquoi cela est nécessaire.	<i>Communication</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
e) Clarifiez votre rôle continu dans les soins du patient.	<i>Communication</i> <i>Professionalisme</i>	<i>uivi</i>
8 Lorsque des interventions involontaires qui se répercuteront sur l'autonomie sont nécessaires (p. ex. perte du permis de conduire), incluez dans le plan de traitement la gestion de l'impact émotionnel et des effets possibles sur votre relation avec le patient.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>

Arthropathie

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez un patient qui consulte pour une douleur articulaire, différenciez la pathologie grave de la pathologie bénigne (p. ex., sarcome, arthrite septique) : <ul style="list-style-type: none"> • en obtenant une anamnèse pertinente ; • en investiguant de façon appropriée (p. ex., aspiration, hémogramme, rayons-X). 	Sélectivité Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Anamnèse
	Raisonnement clinique Sélectivité	Investigation Diagnostic
2 Chez le patient qui présente une douleur musculo-squelettique imprécise, posez un diagnostic rhumatologique spécifique en vous appuyant sur l'anamnèse, l'examen physique et les investigations (p. ex., goutte, fibromyalgie, monoarthropathie vs polyarthropathie).	Raisonnement clinique	Diagnostic
3 Chez le patient qui présente une monoarthropathie, éliminez une cause infectieuse (p. ex. infection transmissible sexuellement).	Sélectivité Raisonnement clinique	Diagnostic Génération d'hypothèses
4 Chez les patients souffrant de douleur musculo-squelettique, incluez dans le diagnostic différentiel les sources de douleurs viscérales et référées (p. ex., angine, fracture dans la plaque de croissance qui se manifeste sous forme d'arthralgie, douleur neurogène).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
5 Diagnostiquez cliniquement les blessures ligamentaires. NE FAITES PAS d'examen radiologique.	Raisonnement clinique Habilité technique	Examen physique Diagnostic
6 Chez un patient qui consulte pour une douleur articulaire, incluez dans votre diagnostic différentiel certaines affections systémiques (p. ex., granulomatose de Wegener, lupus érythémateux, colite ulcéreuse).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
7 Chez les patients avec un diagnostic d'une affection rhumatologique : <ol style="list-style-type: none"> a) Renseignez-vous sur les conditions médicales pré-existantes qui peuvent modifier le plan de traitement. b) Choisissez le plan de traitement approprié (p. ex. pas d'anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les insuffisants rénaux ou les patients souffrant d'ulcère peptique). 	Raisonnement clinique	Anamnèse
	Raisonnement clinique	Traitement
8 Dans votre évaluation des patients avec un diagnostic d'une affection rhumatologique, recherchez les complications liées à la maladie (p. ex. iritis).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
9 Chez les patients qui souffrent de douleur musculo-squelettique : <ol style="list-style-type: none"> a) Informez-vous de l'impact de la douleur sur les activités de la vie quotidienne. 	Approche centrée sur le patient	Anamnèse

b) Traitez en prescrivant les analgésiques aux posologies appropriées.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
c) Si nécessaire, prescrivez des aides ambulatoires et l'accès aux ressources communautaires (p. ex., attelles, canne).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
10 Chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, initiez rapidement le traitement en incluant à la médication un agent de rémission de la maladie.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

Asthme

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez les patients de tout âge présentant des symptômes respiratoires (aigus, chroniques, récidivants) :		
a) Incluez l'asthme dans votre diagnostic différentiel.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
b) Confirmez le diagnostic d'asthme en utilisant de façon appropriée :	Raisonnement clinique	Anamnèse Examen physique
• l'anamnèse		
• l'examen physique		
• la spirométrie		
2 Chez un enfant en détresse respiratoire aiguë, différenciez l'asthme de la bronchiolite, de la laryngo-trachéo-bronchite aiguë et de l'aspiration d'un corps étranger en obtenant une anamnèse appropriée et en procédant à un examen physique.	Raisonnement clinique Sélectivité	Anamnèse Examen physique
3 Chez un asthmatique connu qui consulte pour une exacerbation aiguë ou pour une visite de contrôle, déterminez objectivement la sévérité de son état (p. ex., par l'anamnèse, y compris l'observance médicamenteuse, l'examen physique et la spirométrie). Ne sous-estimez pas la sévérité de la crise.	Raisonnement clinique	Diagnostic
4 Chez un asthmatique connu qui présente une exacerbation aiguë :		
a) Traitez l'épisode aigu (p. ex. utilisation répétée et précoce des bêta-agonistes et des stéroïdes ; évitez de sous-traiter).	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement
b) Éliminez les maladies comorbides (p. ex., complications, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique).	Sélectivité Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
c) Déterminez s'il faut une hospitalisation ou un congé de l'hôpital (en basant votre décision sur le risque de récurrence ou de complications, ainsi que sur les attentes du patient et les ressources disponibles).	Sélectivité Raisonnement clinique	Traitement
5 Pour le traitement au long cours d'un asthmatique, proposez un plan de traitement par étapes qui comprend :	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
• l'auto-surveillance ;		
• l'auto-ajustement de la médication ;		
• le moment de consulter à nouveau ;		
6 Chez un asthmatique connu dont les symptômes persistent ou récidivent :		
a) Évaluez la sévérité et la compliance médicamenteuse.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Anamnèse Diagnostic
b) Recommandez des ajustements aux habitudes de vie (p. ex. éviter les irritants et les facteurs déclenchants) qui	Raisonnement clinique L'approche centrée sur le patient	Traitement

pourraient entraîner moins de récidives et un meilleur contrôle.

Cancer

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez tous les patients, profitez de toutes les occasions pour prodiguer vos conseils sur la prévention du cancer (p. ex., cesser de fumer, diminuer les relations sexuelles non protégées, prévenir l'infection par le virus du papillome humain), même lorsque ce n'est pas la raison principale de la consultation.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
2	Chez tous les patients, faites le dépistage indiqué, fondé sur des données probantes (selon le groupe d'âge, les facteurs de risque, etc.) afin de détecter le cancer à un stade précoce (p. ex., Pap test, mammographie, coloscopie, toucher rectal, antigène prostatique spécifique).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i>
3	Chez les patients atteints de cancer, offrez un suivi et une continuité des soins. Demeurez impliqué dans le plan de traitement, en collaboration avec les spécialistes impliqués au dossier. (Ne perdez pas la trace de votre patient pendant la durée des soins contre le cancer).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionnalisme</i>	<i>Suivi</i> <i>Traitement</i>
4	Chez un patient atteint de cancer, informez-vous, avec compassion et empathie, des conséquences personnelles et sociales de la maladie (p. ex., enjeux familiaux, perte d'emploi) ainsi que de la capacité du patient à surmonter ces conséquences.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Anamnèse</i>
5	Chez un patient traité pour le cancer, informez-vous des effets secondaires ou des complications prévues du traitement (p. ex., diarrhée, paresthésies aux pieds), puisque le patient peut ne pas donner spontanément ces renseignements.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Suivi</i>
6	Chez les patients ayant des antécédents personnels de cancer qui consultent pour de nouveaux symptômes (p. ex., dyspnée, symptômes neurologiques), n'oubliez pas d'inclure dans votre diagnostic différentiel une récurrence du cancer ou l'apparition de métastases.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
7	Chez un patient atteint de cancer, soyez réaliste et honnête lorsque vous discutez du pronostic. (Dites-le lorsque vous ne le savez pas.)	<i>Communication</i> <i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>

Note : Pour le contrôle de la douleur, voir les éléments clés des thèmes « [maladies chroniques](#) » et « [soins palliatifs](#) ». Voir également les éléments clés du thème « [dépression](#) ».

Cardiopathie ischémique

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Dans un cabinet ou à l'urgence, diagnostiquez les présentations de la cardiopathie ischémique qui sont : <ul style="list-style-type: none"> • classiques • atypiques (p. ex., chez les femmes, les diabétiques, les jeunes, les personnes dépourvues de risque). 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
2	Chez un patient présentant des facteurs de risque modifiables de la cardiopathie ischémique (p. ex., tabagisme, diabète, obésité), élaborez, en collaboration avec le patient, un plan visant à réduire son risque de développer la maladie.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
3	Chez un patient dont les symptômes suggèrent une cardiopathie ischémique, mais chez qui le diagnostic n'est pas confirmé, n'éliminez pas ce diagnostic en vous basant seulement sur des tests dont la sensibilité et la spécificité sont limitées (p. ex., électrocardiogramme, épreuve d'effort, enzymes normaux).	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Investigation</i>
4	Chez un patient dont la cardiopathie ischémique est stable, gérez les changements des symptômes par des ajustements autonomes de la médication (p. ex. nitroglycérine) et des contacts médicaux appropriés (p. ex., visites au cabinet, appels téléphoniques, visites à l'urgence), selon la nature et la sévérité des symptômes.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5	Dans le suivi des patients dont la cardiopathie ischémique est confirmée, vérifiez spécifiquement les éléments suivants afin de détecter les complications et la possibilité d'un contrôle sous-optimal : <ul style="list-style-type: none"> • contrôle des symptômes • observation médicamenteuse 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Diagnostic</i>
6	Lorsqu'on a posé un diagnostic de syndrome coronarien aigu (p. ex., choc cardiogénique, arythmie, œdème pulmonaire, infarctus aigu du myocarde, angine instable), prenez la charge de la situation rapidement et efficacement.	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>

Céphalée

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui consulte pour une nouvelle céphalée, utilisez l'anamnèse et l'examen physique pour différencier une pathologie bénigne d'une pathologie grave.	<i>Sélectivité</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i>
2	Chez un patient dont la céphalée vous préoccupe au point de penser à une pathologie grave (p. ex., méningite, tumeur, artérite temporale, hémorragie sous-arachnoïdienne), a) Procédez à l'investigation appropriée (p. ex., biopsie, tomographie par densitométrie cérébrale (TDM), ponction lombaire (PL), vitesse de sédimentation). b) Posez le diagnostic. c) Débutez le traitement approprié en temps opportun (c.-à-d. traitez avant que le diagnostic d'artérite temporale ou de méningite soit confirmé). d) Ne présumez pas qu'une pathologie grave est exclue parce que le traitement a soulagé les symptômes.	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i> <i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i> <i>Diagnostic</i>
3	Chez un patient ayant des antécédents de céphalée chronique et/ou récidivante (p. ex., céphalée de tension, migraine, céphalée de Horton, céphalée induite par les drogues ou céphalée médicamenteuse), traitez de façon optimale en évitant la dépendance aux narcotiques et aux barbituriques.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
4	Chez un patient dont les antécédents laissent soupçonner une hémorragie sous-arachnoïdienne malgré une TDM cérébrale négative, procédez à une ponction lombaire.	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Investigation</i>
5	Chez un patient souffrant d'une crise migraineuse aiguë, a) Traitez l'épisode. b) Évaluez le plan de traitement à long terme (référez en consultation au besoin, adoptez une approche progressive).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>

Cessation du tabagisme

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez tous les patients, évaluez régulièrement et documentez la situation tabagique, en n'oubliant pas que les gens peuvent cesser et recommencer en tout temps.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Suivi</i>
2	Chez les fumeurs, a) Discutez des avantages qu'apporte la cessation ou la diminution du tabac.	<i>Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
	b) Évaluez régulièrement l'intérêt à cesser ou à diminuer le tabac.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse Suivi</i>
3	Chez les fumeurs motivés à cesser, recommandez l'adoption d'une approche comportant de multiples stratégies pour cesser de fumer.	<i>Raisonnement clinique Communication</i>	<i>Traitement Suivi</i>

Contraception

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsque l'occasion se présente, prodiguez vos conseils à tous les patients concernant la contraception, particulièrement les adolescents, les jeunes hommes, les femmes en postpartum et les femmes en périménopause.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
2	Pour chacun des moyens de contraception, informez les patients des facteurs précis qui peuvent en réduire l'efficacité (p. ex., retard à débiter la méthode, maladie, médicaments, lubrifiants spécifiques).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
3	Pour faciliter le choix d'une contraception adéquate,		
	a) Recherchez et identifiez les risques (contre-indications relatives et absolues).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
	b) Recherchez (et évaluez) l'exposition aux infections transmises sexuellement.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i>
	c) Identifiez les obstacles à certaines méthodes spécifiques (p. ex., coût, contraintes culturelles).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Anamnèse</i>
	d) Informez les patients concernant l'efficacité et les effets indésirables, particulièrement les effets secondaires à court terme susceptibles d'inciter à abandonner la méthode.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
4	Chez les patientes utilisant des contraceptifs hormonaux, assurez un suivi adéquat des effets secondaires (p. ex., recommandez un essai d'une durée appropriée, discutez des œstrogènes dans l'acétate de médroxyprogestérone [Depo-Provera]).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5	Renseignez toutes les patientes sur la contraception post-coïtale, particulièrement celles qui utilisent des méthodes de barrière ou lorsque l'efficacité des méthodes hormonales est réduite.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
6	Chez une patiente qui a eu une relation sexuelle non protégée ou dont la méthode contraceptive choisie a échoué, renseignez-la sur les limites temporelles de la contraception post-coïtale (contraceptif d'urgence, stérilet).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

Convulsions

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui présente une convulsion, a) Assurez la perméabilité des voies respiratoires (p. ex., voie oro-pharyngée, décubitus latéral pour prévenir une aspiration). b) Administrez rapidement des médicaments (p. ex., benzodiazépines, phénytoïne) pour faire cesser la crise, avant même d'avoir confirmé l'étiologie. c) Éliminez les causes métaboliques réversibles (p. ex., hypoglycémie, hypoxie, coup de chaleur, déséquilibre électrolytique).	Raisonnement clinique Raisonnement clinique Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement Traitement Diagnostic Génération d'hypothèses
2	Chez un patient qui présente un épisode mal défini (p. ex., crise, absence, attaque), faites une anamnèse systématique et structurée afin de distinguer une crise épileptique d'un autre type de convulsion.	Raisonnement clinique	Anamnèse
3	Chez un patient qui convulse, obtenez les antécédents complets afin de mieux orienter l'investigation (p. ex., évitez la sur l'investigation ; un trouble connu et stable peut nécessiter seulement un dosage plasmatique du médicament, alors que des convulsions nouvelles ou changeantes peuvent nécessiter une investigation plus poussée).	Raisonnement clinique	Anamnèse
4	Chez tous les patients qui convulsent, procédez à un examen neurologique minutieux afin d'identifier des signes neurologiques focaux.	Raisonnement clinique	Examen physique
5	Chez un patient ayant des antécédents d'épilepsie (ou focalisateur) et qui présente de nouvelles convulsions ou un changement dans le type de convulsions, a) À l'anamnèse, recherchez les facteurs qui peuvent influencer le trouble convulsif primaire (p. ex., observance médicamenteuse, consommation d'alcool, habitudes de vie, changements pharmacologiques récents [non limités aux anticonvulsivants], autres maladies). b) Dans votre diagnostic différentiel, incluez les autres causes de convulsions. (Ce ne sont pas toutes les crises convulsives qui sont causées par l'épilepsie.)	Raisonnement clinique Raisonnement clinique	Anamnèse Génération d'hypothèses
6	Dans le suivi d'un patient stable, a) Informez-vous régulièrement de l'observation du traitement (la médication et les habitudes de vie), des effets indésirables de la médication anticonvulsivante, de l'impact de la maladie et de son traitement sur la vie du patient (p. ex., conduite automobile, lorsqu'une crise survient au travail ou avec les amis).	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement Anamnèse

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| b) Surveillez les complications de la médication anticonvulsivante (p. ex., complications hématologiques, ostéoporose). | <i>Raisonnement clinique</i> | <i>Génération d'hypothèses</i> |
| c) Considérez la médication anticonvulsivante lors de la prise en charge des autres problèmes de santé (p. ex., au moment de prescrire des antibiotiques, grossesse). | <i>Raisonnement clinique</i> | <i>Traitement</i> |
-

Counseling

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Lors du counseling auprès d'un patient,		
	a) Établissez avec le patient des objectifs thérapeutiques clairs	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
	b) Donnez-vous suffisamment de temps	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
	c) Évaluez vos propres habiletés (p. ex. Le problème dépasse-t-il vos limites ? Êtes-vous la bonne personne et est-ce le bon moment pour ouvrir la discussion sur les préoccupations du patient ?)	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i>
	d) Reconnaissez lorsque vous vous approchez des limites de la relation (p. ex. transfert, contre-transfert)	<i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i>
	e) Reconnaissez lorsque vos croyances ou préjugés perturbent le counseling	<i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i>
	f) Demeurez conscient des risques liés au fait de donner des conseils plutôt que de proposer des options	<i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i>
	g) Portez une attention particulière à la qualité de la relation et de l'alliance thérapeutique	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
2	Pour un patient qui considère consulter pour une psychothérapie, clarifiez ses préoccupations et donnez-lui des renseignements réalistes sur le processus et les ressources offertes (p. ex. attentes, moment, fréquence, coût, durée, devoirs, établir une relation thérapeutique).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>

Voir aussi [Crise](#).

Crise

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 Lorsqu'un patient se présente avec une détresse émotionnelle aiguë, a) Prenez le temps nécessaire pour l'aider, même s'il consulte de façon inattendue. b) Validez ses émotions et aidez-le à les désamorcer. c) Profitez de l'effet thérapeutique de la conversation.	Sélectivité Communication Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique Communication	Génération d'hypothèses Anamnèse (histoire) Traitement Traitement
2 Durant la gestion d'un patient en crise, a) Identifiez les ressources personnelles du patient (p. ex. famille, force intérieure, amis). b) Proposez des ressources communautaires (p. ex. intervenant psychosocial) comme faisant partie de la prise en charge et du suivi d'un patient en crise. c) Négociez un plan de suivi avec un patient en crise. d) Assurez-vous de ne pas dépasser certaines limites lorsque vous traitez un patient en crise (p. ex., lui prêter de l'argent, lui donner rendez-vous en dehors des heures régulières).	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient Sélectivité Approche centrée sur le patient Communication Approche centrée sur le patient Professionalisme	Anamnèse (histoire) Traitement Traitement Référer en consultation Traitement Suivi Traitement Génération d'hypothèses
3 Lorsqu'un patient présente une détresse émotionnelle ou se déclare en crise, a) Évaluez soigneusement le risque qu'il se fasse du mal ou qu'il fasse du mal à autrui. b) Demandez au patient si d'autres personnes dans son entourage ont besoin d'aide en raison de cette crise. c) Agissez en conséquence.	Raisonnement clinique Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique Sélectivité	Diagnostic Anamnèse (histoire) Traitement Suivi Diagnostic Traitement
4 Utilisez la médication psychoactive de façon rationnelle pour aider un patient en crise.	Raisonnement clinique Sélectivité	Diagnostic Traitement
5 Chez un patient en crise, informez-vous de ses mécanismes d'adaptation malsains (p. ex., drogues, alcool, nourriture, jeux de hasard, violence, inertie, promiscuité).	Raisonnement clinique Professionalisme	Anamnèse (histoire)
6 Préparez votre milieu de travail à une possibilité de crise ou de désastre en incluant vos collègues et le personnel dans la planification pour tout genre de crise (médicales ou autres).	Professionalisme	Traitement Génération d'hypothèses

7	Lorsque vous faites face à une crise/urgence médicale imprévue (p. ex., crise épileptique, dystocie de l'épaule),		
	a) Restez calme et soyez méthodique.	<i>Professionalisme</i>	<i>Anamnèse (histoire)</i>
	b) Évaluez l'environnement quant aux ressources nécessaires et disponibles (personnel, matériel).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
	c) Demandez l'aide dont vous avez besoin.	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
	d) Passez à l'action au moment approprié selon le contexte de la situation (p. ex. réanimation dans la salle d'attente de la clinique vs au service d'urgence)	<i>Professionalisme</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
		<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>

8	Chez tous les patients, reconnaissez les crises antérieures possibles pour éviter un retraumatisme durant les consultations médicales,		
	a) Soyez attentif aux déclencheurs de retraumatisme.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
	b) Reconnaissez les différentes manifestations de la détresse émotionnelle.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Diagnostic</i>
	c) Réagissez de façon appropriée.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>

Démence

Éléments clés	Habilité	Phase
<p>1 Chez les patients présentant des signes précoces et non spécifiques d'atteinte cognitive,</p> <p>a) Soupçonnez un diagnostic de démence</p> <p>b) Utilisez des tests de fonction cognitive validés, évaluez l'état fonctionnel, en plus de réaliser l'anamnèse détaillée (incluant l'histoire collatérale auprès des proches et des soignants si c'est possible) et un examen physique en vue de poser un diagnostic positif précoce</p>	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
<p>2 Chez les patients dont l'atteinte cognitive est évidente :</p> <p>a) Choisissez les analyses de laboratoire et les techniques de neuro-imagerie appropriées ainsi que l'anamnèse et l'examen physique pour bien distinguer démence, délirium et dépression</p> <p>b) Envisagez les causes probables, comme un problème de santé mentale, de consommation d'alcool ou autres substances, ou de délirium</p>	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i>
<p>3 Chez les patients atteints de démence, distinguez la maladie d'Alzheimer des autres démences, puisque le traitement et le pronostic sont différents.</p>	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
<p>4 Chez les patients atteints de démence qui manifestent une détérioration fonctionnelle, recherchez d'autres diagnostics possibles comme la dépression, l'infection, les maladies concomitantes, la consommation de substances, etc. (ne tenez pas pour acquis qu'il s'agit d'une détérioration de la démence).</p>	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
<p>5 Lorsque vous annoncez le diagnostic de démence,</p> <p>a) Faites-le avec compassion</p> <p>b) Respectez le droit du patient à l'autonomie, à la confidentialité et à la sécurité.</p>	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Diagnostic Traitement</i>
<p>6 Chez les patients atteints de démence, évaluez l'aptitude à consentir pour les inclure dans le processus décisionnel, dans la mesure où la situation le permet.</p>	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic Traitement</i>
<p>7 Durant le suivi des patients chez qui on a posé un diagnostic de démence :</p> <p>a) Évaluez l'atteinte fonctionnelle et cognitive de façon récurrente.</p> <p>b) Effectuez et anticipez les interventions appropriées dans le contexte de l'évolution de la maladie (p. ex., gestion des effets secondaires, troubles comportementaux, sécurité, besoins des aidants naturels, globalité des soins, planification préalable des soins, conduite automobile, hébergement)</p>	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi Examen physique</i>
	<p><i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i></p> <p><i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i></p>	<i>Traitement</i>

	c) Prenez en charge les comorbidités, dont les troubles de santé mentale en fonction des objectifs de soin		Traitement
	d) Revoyez la pharmacothérapie (p. ex., effets secondaires, interactions médicamenteuses, polypharmacie)		Traitement
8	Évaluez les besoins et le soutien nécessaire aux aidants naturels des patients atteints de démence.	Approche centrée sur le patient	Anamnèse
9	Déclarez les patients atteints de démence aux autorités si vous soupçonnez qu'ils ne devraient pas prendre le volant.	Professionalisme Raisonnement clinique	Traitement
10	Chez les patients atteints de démence précoce, envisagez les tests génétiques.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Anamnèse

Dépression

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez un patient avec un diagnostic de dépression, a) Évaluez le risque suicidaire. b) Décidez de la prise en charge appropriée (hospitalisation ou suivi étroit, selon par exemple la sévérité des symptômes, les caractéristiques psychotiques et le risque suicidaire).	Raisonnement clinique Communication Raisonnement clinique	Anamnèse Diagnostic Traitement
2 Repérez les patients à risque élevé de dépression (p. ex., certains groupes socioéconomiques, les personnes aux prises avec la toxicomanie, les femmes en post-partum, les personnes souffrant de douleur chronique) et évaluez de façon appropriée.	Raisonnement clinique	Anamnèse
3 Chez les patients dont les symptômes sont inexpliqués sur le plan médical, envisagez et évaluez la dépression.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses Anamnèse
4 Après avoir posé un diagnostic de dépression, recherchez et diagnostiquez les affections psychiatriques coexistantes (p. ex., anxiété, trouble bipolaire, trouble de la personnalité).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
5 Chez un patient ayant reçu un diagnostic de dépression : a) Instaurez un traitement approprié (p. ex., pharmacothérapie, psychothérapie, autoprise en charge avec soutien). b) Faites un suivi de la réponse au traitement, et modifiez au besoin (p. ex., augmentation, changement de posologie, changements médicamenteux). c) Réévaluez la sécurité du patient. d) Établissez des objectifs, dont un plan de retour au travail. e) Orientez au besoin (y compris vers les ressources communautaires).	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement Traitement Suivi Suivi Traitement Référer en consultation
6 Chez un patient qui consulte pour des symptômes compatibles avec la dépression, recherchez et éliminez une pathologie organique grave en procédant à l'anamnèse ciblée, à l'examen physique et aux investigations nécessaires (particulièrement chez les personnes âgées et les patients difficiles).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Anamnèse
7 Chez les patients qui consultent pour dépression, informez-vous de la possibilité de : • Violence sexuelle, physique et psychologique (passée et actuelle, avec témoins ou infligée). • Addiction (p. ex., usage ou abus de substances, problèmes de jeu)	Raisonnement clinique Sélectivité	Anamnèse
8 Chez un patient déprimé, différenciez la dépression majeure du trouble d'adaptation, de la dysthymie ou d'une réaction de deuil.	Raisonnement clinique	Anamnèse Diagnostic

9	Advenant l'échec du traitement approprié chez un patient déprimé, considérez d'autres diagnostics (p. ex., trouble bipolaire, trouble schizoaffectif, maladie organique).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
10	Chez les patients très jeunes et âgés qui consultent pour un changement de comportement, envisagez le diagnostic de dépression (puisque la dépression peut se manifester par des symptômes atypiques).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
11	Lors du traitement par antidépresseurs, utilisez-les de manière sélective, prudente et adaptée au tableau clinique et aux besoins du patient en, <ul style="list-style-type: none"> • choisissant l'antidépresseur et la dose les plus appropriés pour le patient en fonction des facteurs liés au patient et aux médicaments (p. ex. interactions médicamenteuses) ; • surveillant l'efficacité thérapeutique, dont l'observance et l'automédication possible avec d'autres substances (p. ex., remèdes à base de plantes et naturopathiques, alcool, cannabis) ; • envisageant d'augmenter les doses s'il y a lieu ; • surveillant étroitement les effets indésirables à l'instauration du traitement, surtout chez les jeunes et les personnes âgées ; • arrêtant le médicament graduellement, en surveillant les rechutes, en reconnaissant les risques et en suivant l'évolution. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i> <i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
12	Durant l'élaboration d'un plan de retour au travail pour un patient traité pour dépression, <ol style="list-style-type: none"> a) Évaluez l'impact des symptômes résiduels sur la tolérance au travail, le rendement et la sécurité. b) Communiquez avec le patient et l'employeur pour vous assurer que le plan est réaliste et clair 	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Sélectivité</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i> <i>Traitement</i> <i>Traitement</i>

Dermatologie

Élément clé	Habilité	Phase
1 Devant un problème cutané persistant qui ne réagit pas favorablement au traitement tel qu'anticipé, a) Reconsidérez le diagnostic (p. ex. « eczéma » peut mimer une mycose). b) Investiguez ou modifiez le traitement (p. ex. dans un cas d'acné).	Raisonnement clinique Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic Traitement Investigation
2 Chez un patient qui consulte pour une lésion cutanée, établissez la bénignité ou la malignité de cette lésion (p. ex., mélanome, pemphigus, lymphome cutané à cellules T) par l'examen physique et les investigations appropriées (p. ex. biopsie ou excision)	Sélectivité Raisonnement clinique	Examen physique Investigation
3 Chez un patient qui consulte pour une manifestation cutanée compatible avec une maladie ou une affection systémique (p. ex., granulomatose de Wegener, lupus, réaction médicamenteuse), songez au diagnostic et confirmez-le par l'anamnèse, l'examen physique et les investigations appropriées.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
4 Lorsqu'un patient consulte pour une lésion cutanée localisée ou lorsque vous procédez à un dépistage des nævus cutanés, inspectez toutes les composantes de la peau (p. ex., ongles, cuir chevelu, cavité orale, périnée, plantes des pieds, la région postérieure du cou).	Raisonnement clinique	Examen physique
5 Diagnostiquez et traitez promptement les urgences dermatologiques susceptibles de mettre la vie en danger (p. ex., syndrome de Stevens-Johnson, cellulite invasive, brûlures chimiques et non chimiques).	Sélectivité	Diagnostic Génération d'hypothèses
6 Chez les patients à risque élevé (diabétiques, patients alités ou à mobilité réduite, maladie vasculaire périphérique), a) Examinez la peau même en l'absence de plainte cutanée spécifique. c) Traitez agressivement les lésions cutanées apparemment bénignes.	Raisonnement clinique Sélectivité Raisonnement clinique Sélectivité	Examen physique Traitement
7 Chez un patient traité pour une affection cutanée nouvelle ou persistante (p. ex., acné, psoriasis), déterminez son impact sur la vie personnelle et sociale du patient.	Approche centrée sur le patient	Traitement Anamnèse

Déshydratation

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lors de l'évaluation d'un patient gravement malade, recherchez des signes et symptômes de déshydratation (p. ex. recherchez une déshydratation chez un patient atteint de pneumonie débilitante).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
2	Chez un patient déshydraté, évaluez le degré de déshydratation à l'aide d'indicateurs fiables (p. ex. signes vitaux), car l'état d'hydratation de certains patients peut être plus difficile à évaluer (p. ex., personnes âgées, très jeunes enfants, femmes enceintes).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Examen physique Investigation</i>
3	Chez un patient déshydraté, a) Déterminez le volume adéquat de liquide pour le remplacement du déficit et les besoins continus.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement Diagnostic</i>
	b) Utilisez une voie adéquate (orale si possible ; IV si nécessaire).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
4	Lors du traitement d'une déshydratation grave, utilisez des mesures objectives (p. ex. valeurs de laboratoire) afin d'orienter la prise en charge continue.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation Traitement</i>
5	Chez un patient déshydraté, a) Déterminez la maladie ou la cause déclenchante, en vous concentrant particulièrement sur les causes non gastro-intestinales, notamment les causes liées aux médicaments ;	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
	b) Traitez la maladie déclenchante en même temps.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
6	Traitez énergiquement une patiente enceinte déshydratée, car la grossesse est associée à des risques additionnels de déshydratation.	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses Traitement</i>

Deuil

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les patients ayant vécu une perte, préparez-les aux différents types de réactions qu'ils pourraient vivre. (p. ex., émotionnelles, physiques, de différentes durées)	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
2 Chez tous les patients en deuil, particulièrement ceux dont la réaction de deuil est prolongée ou compliquée, a) Recherchez la dépression ou des idées suicidaires, l'automédication et le changement de consommation d'alcool et de substances b) Envisagez des traitements supplémentaires ou l'orientation vers d'autres professionnels	Raisonnement clinique	Anamnèse Génération d'hypothèses Traitement
3 Reconnaître que les réactions de deuil varient en fonction du contexte et de l'expérience de chaque personne, du cycle de vie et du stade de développement, de même que du contexte culturel et familial.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses
4 Chez les patients dont le tableau clinique évoque une réaction de deuil sans signe de facteur déclenchant, recherchez d'autres facteurs déclenchants susceptibles d'être uniques au patient (p. ex. mort d'un animal de compagnie, perte d'emploi, réaction aux anniversaires).	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Anamnèse Génération d'hypothèses
5 Chez les patients qui présentent des troubles physiques ou mentaux inexplicables ou réfractaires, qui consomment de l'alcool et d'autres substances ou une modification fonctionnelle ou comportementale, demandez si une perte ou le deuil pourraient contribuer à la situation.	Raisonnement clinique	Anamnèse Génération d'hypothèses

Diabète

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez un patient à risque élevé de diabète, qu'il soit symptomatique ou asymptomatique (p. ex., les patientes avec diabète gestationnel, les obèses, certains groupes ethniques et ceux qui ont des antécédents familiaux), dépistez à intervalles appropriés l'apparition d'un diabète. Utilisez les tests adéquats pour confirmer le diagnostic.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Investigation</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
2 Chez un diabétique de novo ou établi, traitez et modifiez le traitement selon l'état de la maladie (p. ex. utilisez les hypoglycémifiants oraux, l'insuline, la diète et/ou les changements dans les habitudes de vie).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
3 Renseignez le patient diabétique sur les signes et le traitement de l'hypoglycémie/hyperglycémie pendant une maladie aiguë ou un stress (c.-à-d., gastro-entérite, stress physiologique, diminution de l'ingestion).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
4 Chez un patient dont le diabète est déséquilibré, utilisez des techniques éducatives efficaces pour le renseigner sur l'importance d'un contrôle optimal de la glycémie par l'observance du traitement, la modification des habitudes de vie, ainsi que le suivi et le traitement appropriés.	<i>Communication</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
5 Chez un patient diabétique, a) Recherchez les complications (p. ex. protéinurie). b) Référez en consultation au besoin.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
6 Chez un diabétique présentant une maladie aiguë, diagnostiquez la cause sous-jacente et investiguez pour éliminer la possibilité d'une acidocétose diabétique ou d'une hyperglycémie.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
7 Chez un patient en acidocétose diabétique, commencez le traitement approprié et renseignez le patient afin de prévenir de futurs épisodes.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>

Diarrhée

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez tous les patients souffrant de diarrhée, a) Déterminez l'état d'hydratation.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
	b) Traitez adéquatement la déshydratation.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
2	Chez les patients souffrant de diarrhée aiguë, utilisez l'anamnèse pour établir l'étiologie possible (p. ex., contacts infectieux, voyages, recours récent à des antibiotiques ou à d'autres médicaments, endroit commun où plusieurs patients malades ont mangé).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Anamnèse</i>
3	Chez les patients souffrant de diarrhée aiguë qui ont été hospitalisés ou qui ont pris récemment des médicaments, cherchez la présence de <i>Clostridium difficile</i> .	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
4	Chez les patients souffrant de diarrhée aiguë, offrez des conseils concernant le retour au travail ou à l'école (pour le risque d'infectiosité).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5	Poursuivez en temps opportun, votre investigation des patients âgés souffrant de diarrhée inexpliquée, car ils sont plus susceptibles de présenter une pathologie.	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses Investigation</i>
6	Chez une jeune personne souffrant de diarrhée chronique ou récurrente ne présentant aucun signe ou symptôme d'alarme, à partir des critères cliniques établis posez un diagnostic positif de syndrome du côlon irritable (ne pas investiguer à outrance).	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i>
7	Chez les patients souffrant de diarrhée chronique ou récurrente, cherchez des symptômes gastro-intestinaux et non gastro-intestinaux, ainsi que des signes évoquant des maladies spécifiques (p. ex., maladie intestinale inflammatoire, syndromes de malabsorption et système immunitaire déprimé).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse Examen physique</i>

Douleur

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui présente une douleur aiguë, procurez l'analgésie pendant que vous cherchez un diagnostic.	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
2	Lorsque vous évaluez un patient qui souffre de douleur, prenez une anamnèse détaillée pour reconnaître les signes cliniques (caractéristiques évoquant un diagnostic) qui éclairent le diagnostic (p. ex., douleur neuropathique, vasculaire, viscérale).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Hypothèses</i>
3	Chez les patients qui souffrent de douleur sans diagnostic clair,		
	a) Incluez les affections potentiellement mortelles dans votre diagnostic différentiel.	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Hypothèses</i>
	b) Investiguez de manière appropriée et en temps opportun.	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i>
4	En présence de préoccupations face à un comportement de recherche de drogue chez un patient souffrant de douleur :		
	a) Maintenez une relation thérapeutique (p. ex., soyez empathique, évitez les stéréotypes, gérez vos frustrations).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
	b) N'attribuez pas le tableau clinique à la recherche de drogue sans avoir au préalable envisagé un diagnostic différentiel suffisamment large.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Hypothèses</i>
5	Lorsque vous traitez la douleur avec des opioïdes,		
	a) Choisissez le dosage approprié si le patient est naïf aux opioïdes et selon sa fonction rénale.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
	b) Tenez compte du risque d'addiction.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Hypothèses</i> <i>Traitement</i>
	c) Envisagez la possibilité de réponses métaboliques variables et potentiellement dangereuses (p. ex. la codéine, particulièrement chez la femme enceinte ou qui allaite, retrait soudain du stimulus douloureux)	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Hypothèses</i> <i>Traitement</i>
6	Chez un patient pour qui la douleur ne disparaît pas ou n'évolue pas de la façon prévue, réévaluez régulièrement (p. ex. diagnostic, complications, choix de médicaments, détournement de médicaments).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Hypothèses</i> <i>Suivi</i>
7	Lorsque vous prescrivez des médicaments contre la douleur, informez le patient qu'il ne doit pas utiliser des produits en vente libre qui contiennent le même médicament ou un médicament de la même classe (p. ex., acétaminophène, AINS).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

8	Lorsque vous traitez un patient souffrant de douleur, utilisez correctement les traitements non pharmacologiques et les stratégies d'autogestion pour maîtriser la douleur et optimiser le rendement fonctionnel.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
9	Chez un patient pour lequel une douleur aiguë est maintenant chronique, a) Reconnaissez la transition. b) Révisez en conséquence le plan thérapeutique et les attentes du patient.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>

Douleur abdominale

Élément clé	Habilitété	Phase
1 Un patient consulte pour douleur abdominale. Tout en portant une attention particulière à sa localisation et à sa chronologie, a) Distinguez une douleur aiguë ou chronique. b) Générez un diagnostic différentiel complet. c) Procédez à l'investigation appropriée.	Raisonnement clinique Raisonnement clinique Raisonnement clinique Sélectivité	Anamnèse Génération d'hypothèses Diagnostic Investigation
2 Un patient présente une douleur abdominale déjà diagnostiquée (p. ex., reflux gastro-œsophagien, ulcère peptique, colite ulcéreuse, maladie de Crohn), établissez le traitement spécifique à chaque pathologie (p. ex., médicaments, modifications des habitudes de vie).	Raisonnement clinique	Traitement
3 Une femme consulte pour une douleur abdominale, a) Si elle est en âge de procréer, éliminez toujours une grossesse. b) Envisagez une étiologie gynécologique pour expliquer sa douleur abdominale. c) Si approprié, procédez à un examen gynécologique.	Raisonnement clinique Raisonnement clinique Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Investigation Génération d'hypothèses Examen physique Diagnostic
4 Un patient consulte pour une douleur abdominale aiguë. Faites la différence entre un abdomen chirurgical et un abdomen non chirurgical.	Raisonnement clinique Sélectivité	Examen physique Diagnostic
5 Pour certains groupes de patients (p. ex., enfants, femmes enceintes, personnes âgées), incluez dans votre diagnostic différentiel les causes de douleur abdominale aiguë qui sont spécifiques à ces groupes.	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Diagnostic
6 Chez un patient présentant une douleur abdominale aiguë qui met sa vie en danger (p. ex. rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale ou rupture d'une grossesse ectopique), a) Reconnaissez la situation clinique potentiellement dangereuse pour le patient. b) Posez le diagnostic. c) Stabilisez le patient. d) Recommandez promptement le patient pour traitement définitif.	Sélectivité Raisonnement clinique Sélectivité Raisonnement clinique Sélectivité	Diagnostic Diagnostic Traitement Diagnostic Référer en consultation
7 Chez un patient dont la douleur abdominale est chronique ou récidivante, a) Assurez un suivi adéquat afin de surveiller l'apparition de nouveaux signes ou symptômes.	Raisonnement clinique	Suivi

	b) Traitez de façon symptomatique par une médication et la modification des habitudes de vie (p. ex. pour le syndrome du côlon irritable).	Raisonnement clinique Communication	Traitement
	c) Toujours envisager la possibilité d'un cancer chez un patient à risque.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
8	Chez un patient atteint d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MICI), reconnaissez les manifestations extra-digestives (p. ex., uvéite, aphtes bucaux, arthralgies, etc.).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic

Douleur au cou

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez les patients souffrant d'une douleur au cou non traumatique, faites une anamnèse précise, un examen physique et des investigations appropriées pour distinguer entre les causes graves non musculo-squelettiques (p. ex., lymphome, rupture de l'aorte), y compris les causes irradiant vers le cou (p. ex., infarctus du myocarde, méningite séreuse) et les autres causes bénignes.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
2	Chez les patients souffrant d'une douleur au cou non traumatique, à l'aide des antécédents et de l'examen physique, faites la distinction entre une douleur attribuable à la compression d'un nerf ou de la moelle épinière et une douleur attribuable à d'autres causes mécaniques (p. ex. musculaires).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i>
3	Utilisez une approche combinée (p. ex., physiothérapie, chiropratique, acupuncture, massage) pour le traitement des patients souffrant d'une douleur chronique au cou (p. ex., atteinte dégénérative d'un disque, signes neurologiques +/- subtils).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
4	Chez les patients souffrant d'une douleur au cou à la suite d'une blessure, à l'aide des antécédents et de l'examen physique, faites la distinction entre ceux qui nécessitent un examen radiographique pour écarter une fracture et ceux qui ne nécessitent pas d'examen radiographique (p. ex. lignes directrices actuelles pour la colonne cervicale).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Investigation</i>
5	Lors de l'examen des radiographies du cou des patients souffrant d'une douleur traumatique au cou, assurez-vous que toutes les vertèbres sont visualisées adéquatement.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Investigation</i>

Douleur chronique

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez un patient qui souffre de douleur chronique,		
a) Établissez l'étiologie	Raisonnement clinique Sélectivité	Diagnostic
b) Réévaluez et revoyez périodiquement l'étiologie (p. ex., violence jamais divulguée, évolution d'une cause sous-jacente)	Raisonnement clinique Sélectivité	Diagnostic Suivi
c) Recherchez périodiquement des comorbidités ou des complications potentielles, surtout la maladie mentale et les dépendances.	Raisonnement clinique	Hypothèses Suivi
2 Chez un patient qui se plaint d'une intensification significative de sa douleur chronique, recherchez une autre étiologie (p. ex. cancer, dépendance, détournement de médicaments) puisqu'on ne peut présumer que la cause initiale de la douleur est à l'origine de l'exacerbation.	Raisonnement clinique	Hypothèses Diagnostic
3 Chez le patient pour lequel vous n'avez pas posé un diagnostic initial de douleur chronique,		
a) Établissez une relation efficace.	Raisonnement clinique	Traitement
b) Vérifiez le diagnostic.	Raisonnement clinique	Diagnostic
c) Clarifiez les objectifs thérapeutiques et le plan de prise en charge.	Approche centrée sur le patient	Traitement
4 Durant le traitement des patients souffrant de douleur chronique,		
a) Ayez recours à la prise de décision partagée.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
b) Faites participer d'autres professionnels aux soins, lorsque requis.	Raisonnement clinique Professionalisme	Traitement Référer en consultation
5 Chez un patient souffrant de douleur chronique,		
a) Détaillez au dossier l'évaluation, le plan, les objectifs et les ordonnances.	Communication	Suivi
b) Rendez le plan thérapeutique accessible aux personnes appropriées (p. ex. patient, membres de l'équipe, service d'urgence, médecin de garde, pharmacien)	Communication Professionalisme	Suivi

6	Soyez prudent lorsque vous prescrivez des médicaments présentant un risque d'abus à un patient souffrant de douleur chronique sans avoir une relation thérapeutique ou des données suffisantes (p. ex., limitez les doses, inscrivez les raisons au dossier, vérifiez qu'il n'obtient pas d'ordonnances multiples). Ne pas donner la prescription d'emblée ou simplement la refuser.	<i>Professionalisme</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
7	Utilisez un contrat thérapeutique écrit qui prévoit des conséquences réalistes (p. ex. limiter la quantité prescrite ou pouvant être dispensée) lorsque vous prescrivez des médicaments présentant un potentiel d'abus à un patient qui souffre de douleur chronique.	<i>Communication</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
8	Lorsqu'un patient qui souffre de douleur chronique ne respecte pas son contrat,		
	a) Gérez vos propres émotions.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
	b) Abordez l'impact potentiel sur le personnel et l'équipe.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
	c) Appliquez ou modifiez judicieusement le contrat (c.-à-d. ne placez pas le patient en situation de sevrage immédiat).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
9	Chez un patient souffrant de douleur chronique et de dépendance qui se présente avec une déstabilisation de son comportement, identifiez soigneusement l'étiologie et les facteurs de contribution afin d'adapter votre plan de prise en charge.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Hypothèses</i> <i>Traitement</i>

Douleur thoracique

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui consulte pour une douleur thoracique, procédez à une anamnèse systématique pour en arriver à un diagnostic précis (p. ex., déterminez les facteurs de risque et l'origine de la douleur ; est-elle pleurétique, aiguë, sous forme de pression, etc.).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
2	Dans un contexte clinique suggérant une situation qui met en danger la vie du patient (p. ex., embolie pulmonaire, tamponnade, dissection de l'aorte, pneumothorax), débutez le traitement rapidement (avant la confirmation du diagnostic tout en poursuivant une investigation appropriée).	<i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic Traitement</i>
3	Éliminez toute cardiopathie ischémique.*	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses Investigation</i>
4	Si l'anamnèse de la douleur thoracique suggère une infection par le virus de l'herpes zoster, une hernie hiatale, un reflux gastro œsophagien, un spasme de l'œsophage, une infection, ou un ulcère peptique, a) Inclure l'hypothèse dans le diagnostic différentiel. b) Procédez à l'investigation et au suivi pour confirmer vos hypothèses diagnostiques.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Investigation</i>
5	Lorsque vous soupçonnez un diagnostic d'embolie pulmonaire, a) N'éliminez pas ce diagnostic sur la base d'un test dont la sensibilité et la spécificité sont faibles. b) Débutez immédiatement le traitement approprié.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i> <i>Traitement</i>

Note : Voir les éléments clés du thème « [cardiopathie ischémique](#) ».

Dyspepsie

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui consulte pour dyspepsie, vous devez inclure la maladie cardiovasculaire dans le diagnostic différentiel.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
2	Tentez de bien différencier, par l'anamnèse et l'examen physique, les affections qui se manifestent par des symptômes de dyspepsie (p. ex., reflux gastro-œsophagien, gastrite, ulcère, cancer), puisque l'investigation et le traitement peuvent être très différents.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i>
3	Chez un patient qui consulte pour dyspepsie, questionnez et examinez le patient pour identifier des signes ou des symptômes plus préoccupants (p. ex., saignement gastro-intestinal, perte de poids, dysphagie).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i>

Dysurie

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient atteint de dysurie, utilisez les antécédents et l'analyse d'urine sur bandelette réactive pour déterminer la présence d'une infection urinaire non compliquée.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i>
2	Lorsqu'un diagnostic d'infection urinaire non compliquée est posé, traitez le patient rapidement sans attendre le résultat de la culture.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
3	Dans des cas de dysurie, pensez à des étiologies liées à une infection non urinaire (p. ex., prostatite, vaginite, maladie transmise sexuellement, irritations chimiques) et cherchez-les au besoin.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
4	Lors de l'évaluation des patients atteints de dysurie, identifiez ceux qui présentent un risque plus élevé d'infection urinaire compliquée (p. ex., femmes enceintes, enfants, diabète, urolithiase).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
5	Chez les patients souffrant de dysurie récurrente, cherchez une cause sous-jacente précise (p. ex., infection urinaire postcoïtale, vaginite atrophique, rétention).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>

Empoisonnement

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Dans le cadre de soins aux enfants, informez les parents des moyens de prévention et de traitement de l’empoisonnement (p. ex., mesures de protection des enfants, numéro du Centre anti-poison).	<i>Communication</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
2	Dans le cas d’un empoisonnement intentionnel (overdose), considérez la possibilité de l’ingestion de substances toxiques multiples.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d’hypothèses</i>
3	Lors de l’évaluation d’un patient ayant fait une ingestion potentiellement toxique, explorez et vérifiez soigneusement le moment de l’ingestion et sa nature.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
4	Lors de l’évaluation d’un patient ayant fait une ingestion potentiellement toxique, faites un examen physique ciblé à la recherche de signes de toxidromes.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Examen physique</i>
5	Lors de l’évaluation d’un patient exposé (contact ou ingestion) à une substance, clarifiez les conséquences de l’exposition (p. ex. ne présumez pas que celle-ci est non toxique, appelez le Centre anti-poison).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d’hypothèses</i> <i>Traitement</i>
6	Lors du traitement d’une ingestion toxique, utilisez les protocoles de contrôle anti-poison les plus récents.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
7	Lors de la prise en charge d’une victime d’empoisonnement,		
	a) Évaluez l’ABC.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d’hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
	b) Gérez l’ABC.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
	c) Réévaluez régulièrement l’ABC (c.-à-d. ne vous concentrez pas sur les antidotes et la décontamination en ne tenant pas compte de l’effet de l’empoisonnement sur le patient).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d’hypothèses</i> <i>Traitement</i>

Enfants

Élément clé	Habilité	Phase
1 Lors de l'évaluation des enfants, élaborer un diagnostic différentiel qui tient compte des problèmes médicaux courants susceptibles de se présenter spécifiquement chez les enfants (p. ex., infections urinaires, pneumonie, appendicite, dépression).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
2 Puisque les enfants, et particulièrement les adolescents, sont généralement peu enclins à consulter pour des soins médicaux, profitez de leurs visites pour vous informer : <ul style="list-style-type: none"> • des sujets délicats (p. ex., performance scolaire, drogue, sexualité, etc.) ; • du sentiment de bien-être dans l'environnement social (p. ex., relations, contexte familial, amis) ; • des facteurs de risque modifiables (p. ex., exercice, alimentation) ; • des comportements à risque (p. ex. non-utilisation du casque de bicyclette ou de la ceinture de sécurité). 	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Anamnèse Traitement
3 Profitez de toutes les occasions pour poser directement des questions sur les comportements à risque (p. ex., usage de drogues, sexualité, tabagisme, conduite automobile) afin de promouvoir la prévention.	Raisonnement clinique Communication	Anamnèse Traitement
4 Chez les adolescents, respectez le droit à la confidentialité. Lorsque approprié, encouragez les adolescents à discuter librement avec les éducateurs ou les intervenants de certains problèmes spécifiques (p. ex., grossesse, dépression et suicide, violence, abus de substances).	Communication Approche centrée sur le patient	Traitement
5 Au moment d'évaluer et de traiter des enfants, utilisez un langage approprié à l'âge.	Communication Approche centrée sur le patient	Traitement Anamnèse
6 Dans l'évaluation et le traitement des enfants, obtenez et partagez l'information directement avec eux (c.-à-d. ne vous limitez pas à parler seulement aux parents).	Communication Approche centrée sur le patient	Anamnèse Traitement
7 Lorsqu'il est nécessaire de pousser plus loin l'investigation, ne la limitez pas à l'argument que les tests puissent être désagréables pour les personnes impliquées (l'enfant, les parents ou les dispensateurs de soins de santé).	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement Investigation

Épistaxis

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Au moyen de l'anamnèse et de l'examen physique, évaluez la stabilité hémodynamique du patient ayant une épistaxis.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Générations d'hypothèses Diagnostic</i>
2	Lors du traitement d'un saignement de nez actif, gérez la situation en tenant compte de l'anxiété excessive du patient et de sa famille.	<i>Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement Diagnostic</i>
3	Chez un patient ayant un saignement de nez actif ou récent, faites une anamnèse ciblée afin d'établir les étiologies possibles (p. ex., traumatisme récent, infection des voies respiratoires supérieures récente, médicaments).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse Génération d'hypothèses</i>
4	Chez un patient ayant un saignement de nez actif, a) Cherchez et identifiez les sites de saignements antérieurs. b) arrêtez le saignement à l'aide de méthodes adéquates.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique Habilité technique</i>	<i>Examen physique</i> <i>Traitement</i>
5	Chez un patient présentant un saignement de nez actif ou récurrent malgré les traitements, évoquez la possibilité d'un site de saignement postérieur.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
6	Chez un patient ayant un saignement de nez, demandez des tests de laboratoire seulement pour des indications précises (p. ex., patient instable, soupçon de diathèse hémorragique, recours à des anticoagulants).	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Investigation Génération d'hypothèses</i>
7	Chez un patient ayant un saignement de nez, offrez des directives de soins de suivi détaillées (p. ex., comment arrêter un saignement de nez subséquent, quand revenir consulter, humidification, etc.).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement Suivi</i>

Éruption cutanée

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient avec une nouvelle éruption,		
	a) Obtenez une anamnèse ciblée et examinez bien la peau.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i>
	b) Si le diagnostic demeure incertain, obtenez une anamnèse et un examen plus détaillés, en incluant l'appareil mucocutané complet et les autres systèmes, lorsqu'indiqué.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i>
2	Lorsque vous évaluez des patients qui présentent une éruption cutanée, sachez rechercher et reconnaître les présentations habituelles en vue d'établir le diagnostic.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
3	Utilisez la terminologie appropriée pour définir le type de lésion, sa forme, sa disposition et sa distribution pour faciliter la communication et la documentation.	<i>Communication</i>	<i>Examen physique</i> <i>Suivi</i>
4	Chez un patient mal en point qui présente une éruption,		
	a) Identifiez les affections généralisées graves et potentiellement mortelles (p. ex. septicémie à méningocoque, fasciite nécrosante, choc toxique, syndrome de Stevens-Johnson).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
	b) Instaurez le traitement et/ou la référence urgente	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Orientation</i>
5	Chez un patient qui présente une éruption persistante non diagnostiquée,		
	a) Envisagez une maladie systémique (p. ex. LED, diabète, maladie cœliaque).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Hypothèses</i>
	b) Faites les tests appropriés (p. ex. grattage cutané, écouvillonnage, culture, biopsie, analyse de laboratoire).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Habilités techniques</i>	<i>Investigation</i>
	c) Effectuez d'autres tests ou référez si indiqué même si les résultats ne sont pas concluants.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Hypothèses</i> <i>Suivi</i>
6	Chez tous les patients dont l'éruption est persistante ou récidivante, explorez les aspects fonctionnels et émotionnels, en reconnaissant que ce qui peut sembler être une affection mineure peut avoir des répercussions importantes.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Suivi</i>
7	Chez les patients dont l'éruption est persistante ou récidivante, explorez ce qui suit :	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Hypothèses</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • exposition de la peau à des produits irritants ou allergènes • observance du plan de traitement • emploi de médicaments et de traitements confondants (p. ex. anesthésiques topiques, stéroïdes topiques, remèdes maison). 		

8 Chez les patients dont l'éruption est infectieuse,

a) Gérez le risque de contagion.

Raisonnement clinique
Sélectivité

Traitement

b) Déclarez le cas aux autorités de santé publique, lorsque cela est indiqué.

Raisonnement clinique
Professionalisme

Suivi

Essoufflement

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez un patient nouvellement essoufflé, l'anamnèse doit être suffisante pour éviter de limiter de façon prématurée le diagnostic à des causes respiratoires et cardiaques (c.-à-d. envisagez des causes hématologiques, environnementales, psychogéniques, gastro-intestinales ou le déconditionnement physique).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Anamnèse</i>
2 Peu importe l'endroit où vous évaluez un patient essoufflé (p. ex. au bureau ou à domicile), envisagez des affections graves (p. ex., embolie pulmonaire, aspiration d'un corps étranger chez un enfant, anaphylaxie, infarctus).	<i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
3 Lorsque des patients dyspnéiques pour une cause déjà diagnostiquée se présentent pour une aggravation ou échec thérapeutique,		
a) Posez des questions sur les autres facteurs qui auraient pu exacerber leurs symptômes (p. ex., nouvel animal de compagnie, facteurs environnementaux, techniques d'administration de médicaments, observance, changement alimentaire).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Anamnèse</i>
b) Réévaluez votre diagnostic initial qui pourrait s'avérer être erroné.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
c) Envisagez un diagnostic de maladie coexistante (p. ex. asthme et pneumonie).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
4 Chez le patient anxieux essoufflé, ne présumez pas que l'anxiété seule est la cause des symptômes.	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>

Étourdissements

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez les patients qui consultent pour étourdissements, éliminez les maladies cardiovasculaires, vasculaires cérébrales et autres maladies neurologiques graves (p. ex., arythmie, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
2 Chez les patients qui consultent pour étourdissements, obtenez une anamnèse détaillée afin de bien les distinguer d'un vertige, d'une présyncope ou d'une syncope.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
3 Chez les patients qui consultent pour étourdissements, recherchez l'hypotension orthostatique.	<i>Raisonnement clinique Habilité technique</i>	<i>Examen physique</i>
4 Examinez minutieusement les patients qui se plaignent d'étourdissements afin d'identifier tout signe neurologique.	<i>Raisonnement clinique Habilité technique</i>	<i>Examen physique Génération d'hypothèses</i>
5 Chez les patients étourdis qui sont hypotendus, éliminez les étiologies sérieuses (p. ex., infarctus du myocarde, anévrisme de l'aorte abdominale, septicémie, saignement gastro-intestinal).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
6 Chez les patients souffrant d'étourdissements chroniques qui consultent pour un changement de leurs symptômes habituels, procédez à une réévaluation systématique pour éliminer une nouvelle pathologie.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
7 Chez un patient étourdi, passez en revue la pharmacothérapie (y compris les médicaments sur ordonnance et en vente libre) afin d'identifier une cause réversible de leurs étourdissements.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
8 Poussez plus loin l'investigation des patients atteints d'étourdissements qui présentent : <ul style="list-style-type: none"> • des signes ou symptômes de vertige d'origine central ; • des antécédents de traumatisme ; • des signes, symptômes ou autres raisons (p. ex. anticoagulothérapie) qui laissent soupçonner la possibilité d'une cause sous-jacente grave. 	<i>Sélectivité</i>	<i>Investigation</i>

Examen médical périodique/dépistage

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Profitez des occasions opportunes pour effectuer l'examen médical périodique de manière proactive (c.-à-d. aborder le maintien de la santé même lorsque les patients consultent pour des préoccupations n'ayant aucun lien).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
2 Adaptez l'examen médical périodique à chaque groupe de patients en fonction de leurs spécificités (c.-à-d. respecter les critères d'inclusion ou d'exclusion pour chacune des manœuvres/interventions, par exemple les critères pour la mammographie et le dosage de l'antigène prostatique spécifique [APS]).	<i>Sélectivité</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Investigation</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
3 Lorsque le patient demande à subir un test (p. ex., dosage de l'APS, mammographie) recommandé ou non, a) informez le patient des avantages et des limites du test de dépistage (c.-à-d. sensibilité et spécificité). b) Donnez vos conseils au patient concernant les implications reliées à l'exécution du test.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Investigation</i>
4 Restez à jour avec les nouvelles recommandations concernant l'examen médical périodique. Évaluez de façon critique leur utilité et leur application à votre pratique.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Investigation</i>
	<i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i> <i>Diagnostic</i>

Famille

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Informez-vous systématiquement de la situation familiale afin de comprendre son impact sur la maladie du patient, ainsi que l'impact de la maladie sur la famille.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i>
2 Évaluer la situation familiale : <ul style="list-style-type: none"> • périodiquement • lors de moments importants dans le cycle de la vie (p. ex., lorsque les enfants quittent le nid familial, après la naissance d'un bébé) • lorsque confronté à des problèmes qui demeurent non résolus malgré des interventions thérapeutiques appropriées (p. ex., observance médicamenteuse, fibromyalgie, hypertension). 	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>

Fatigue

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez tous les patients qui se plaignent de fatigue, incluez la dépression dans votre diagnostic différentiel.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
2	Chez tous les patients qui se plaignent de fatigue, informez-vous des autres symptômes dans le but d'éliminer des causes médicales sous-jacentes.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
3	Tentez d'exclure les effets indésirables des médicaments comme cause de fatigue chez tous les patients.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
4	Éviter d'investiguer précocement et systématiquement les patients qui se plaignent de fatigue, sauf en présence d'indications spécifiques justifiant de telles investigations.	<i>Sélectivité</i>	<i>Investigation</i>
5	Devant un patient qui se plaint de fatigue et chez qui on a éliminé les autres troubles sous-jacents, tentez avec le patient d'établir des liens entre sa fatigue et les circonstances de sa vie.	<i>Approche centrée sur le patient Communication</i>	<i>Traitement</i>
6	Chez les patients dont la fatigue est devenue chronique, accordez-leur votre soutien, tout en demeurant vigilant et à l'affût des nouvelles affections ou maladies.	<i>Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Traitement</i>

Faux croup

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez les patients atteints de faux croup, a) Vérifiez le besoin d'aide respiratoire (p. ex., évaluez l'ABC, la présence de fatigue, de somnolence, de respiration paradoxale et de tirage). b) Offrez de l'aide au besoin.	Sélectivité Raisonnement clinique Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Diagnostic Traitement
2	Avant d'attribuer le stridor à un problème de faux croup, pensez à d'autres causes possibles (p. ex., anaphylaxie, corps étranger [voies aériennes ou œsophage], abcès rétropharyngé, épiglottite).	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Diagnostic
3	Chez un patient souffrant de symptômes respiratoires, cherchez spécifiquement les signes et symptômes qui distinguent les maladies des voies respiratoires inférieures de celles des voies respiratoires supérieures (p. ex. stridor vs wheezing vs toux coquelucheuse).	Raisonnement clinique	Anamnèse Examen physique
4	Chez un enfant présentant des antécédents évidents et un examen physique compatibles avec un faux croup bénin à modéré, posez le diagnostic clinique sans procéder à d'autres tests (p. ex. ne pas recourir à la radiographie de routine).	Raisonnement clinique Sélectivité	Diagnostic Investigation
5	Chez les patients ayant reçu un diagnostic de faux croup, utilisez des stéroïdes (n'offrez pas un traitement insuffisant dans les cas de faux croup bénin à modéré).	Raisonnement clinique	Traitement
6	Chez un patient atteint de faux croup, tenez compte des inquiétudes des parents (p. ex. ne pas minimiser la gravité des symptômes et leur impact sur les parents), reconnaissez le cours fluctuant de la maladie, offrez un plan en cas de récurrence des symptômes.	Raisonnement clinique Communication	Traitement Suivi

Fibrillation auriculaire

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui manifeste une fibrillation auriculaire d'apparition récente, recherchez une cause sous-jacente (p. ex., maladie ischémique, infarctus aigu du myocarde, insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, embolie pulmonaire, hyperthyroïdie, alcool, etc.).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
2	Chez un patient qui présente une fibrillation auriculaire, a) Recherchez une instabilité hémodynamique.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
	b) Intervenez rapidement et de manière appropriée afin de stabiliser l'état du patient.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
3	Chez une personne qui présente une fibrillation auriculaire chronique ou paroxystique, a) Explorez le besoin d'une anticoagulation fondée sur le risque d'accident vasculaire cérébral.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
	b) Réévaluez périodiquement le besoin d'anticoagulation.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Suivi</i>
4	Chez un patient souffrant de fibrillation auriculaire, quand la décision de recourir à l'anticoagulation a été prise, commencez la thérapie appropriée et l'éducation, en élaborant un plan de suivi détaillé.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
5	Chez un patient stable souffrant de fibrillation auriculaire, identifiez le besoin du contrôle de la fréquence cardiaque.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
6	Chez un patient stable souffrant de fibrillation auriculaire, prenez des dispositions pour la correction du rythme lorsque nécessaire.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>

Fièvre

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez les nourrissons âgés de 0 à 3 mois qui sont fébriles, a) Reconnaissez le risque de bactériémie occulte. b) Investiguez minutieusement l'enfant (p. ex. hémocultures, analyse d'urine, ponction lombaire +/- radiographie pulmonaire).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
2	NE prescrivez PAS d'antibiotiques à un patient fébrile atteint d'une infection virale.	Raisonnement clinique	Traitement
3	Lorsqu'un patient fébrile nécessite une antibiothérapie, prescrivez le(s) antibiotique(s) approprié(s), en fonction du germe pathogène probablement responsable et du profil local d'antibiorésistance.	Raisonnement clinique	Traitement
4	Investiguez de façon appropriée les patients présentant une fièvre d'origine indéterminée (p. ex., hémocultures, échocardiographie, scintigraphies osseuses).	Raisonnement clinique	Investigation
5	Chez un patient fébrile, incluez dans vos hypothèses diagnostiques les causes infectieuses potentiellement mortelles (p. ex., endocardite, méningite).	Sélectivité	Génération d'hypothèses Diagnostic
6	Chez un patient fébrile, prenez en considération les causes d'hyperthermie qui ne sont pas infectieuses (p. ex., coup de chaleur, réaction médicamenteuse, syndrome neuroleptique malin).	Sélectivité	Traitement
7	Traitez immédiatement et agressivement, avant même de confirmer le diagnostic, les patients dont la fièvre est attribuable à une cause grave, que celle-ci soit infectieuse (p. ex., neutropénie fébrile, choc septique, méningite) ou non infectieuse (p. ex., coup de chaleur, réaction médicamenteuse, syndrome neuroleptique malin).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
8	Chez une personne âgée, n'oubliez pas l'absence de corrélation entre la fièvre et la présence et la gravité de la pathologie.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses

Fractures

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Devant un polytraumatisé, stabilisez d'abord le patient (p. ex., voies respiratoires, ventilation, circulation et blessures qui mettent la vie en danger) avant de vous occuper des fractures.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
2	Lorsque vous examinez un patient avec une fracture, évaluez l'état neuro-vasculaire. Examinez les articulations au-dessus et au-dessous de la blessure.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Examen physique</i>
3	Chez les patients où vos soupçons de fracture sont susceptibles de donner des résultats radiologiques normaux (p. ex., fractures du scaphoïde dans les blessures du poignet, fracture du coude, fracture de la plaque de croissance chez l'enfant, fractures de stress), traitez en fonction de vos suspicions cliniques, même si les radiographies sont normales.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
4	Dans l'évaluation des personnes âgées qui présentent un changement aigu de leur mobilité (c.-à-d. celles qui ne peuvent plus marcher) et dont le résultat des radiographies est normal (c.-à-d. pas d'évidence de fracture), poussez plus loin l'investigation avant d'exclure une fracture (p. ex., scintigraphie osseuse, tomographie).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i>
5	Identifiez et traitez adéquatement les fractures qui nécessitent une immobilisation et/ou une réduction urgente.	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Diagnostic</i>
6	Lorsque vous soupçonnez une fracture, procurez une analgésie rapide (c.-à-d. avant les radiographies) et adéquate (p. ex. narcotiques).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
7	Chez les patients victimes d'une fracture, recherchez et diagnostiquez les complications possibles (p. ex., fracture ouverte, instabilité de la colonne cervicale, syndrome du compartiment).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
8	Utilisez les algorithmes décisionnels (p. ex., critères d'Ottawa pour la cheville, critères pour la colonne cervicale ou pour les genoux) afin de vous guider dans la prescription des radiographies.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Investigation</i>

Note : Ce thème n'inclut pas les habiletés techniques comme la pose d'un plâtre, la réduction des luxations, etc. (Quant aux fractures de la colonne vertébrale et crâniennes, elles pourront être couvertes ultérieurement.)

Grossesse

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez la patiente qui veut devenir enceinte, a) Identifiez les facteurs de risque de complications.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
	b) Recommandez les changements appropriés (p. ex., prise d'acide folique, cessation du tabagisme, changements dans la médication).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
2	Chez une femme ou un homme actif sexuellement, profitez des rencontres médicales pour renseigner sur la fertilité, les moyens de contraception, le risque de grossesse.	<i>Communication</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
3	S'informer chez la patiente enceinte si la grossesse est planifiée et désirée.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
4	Chez une patiente enceinte et qui consulte pour sa première visite de grossesse, a) Évaluez les facteurs de risque maternels (médicaux et sociaux).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>
	b) Déterminer la date prévue de l'accouchement.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
	c) Informez la patiente du suivi médical.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5	Chez les femmes enceintes, a) Identifiez celles qui sont à risque élevé (p. ex., adolescentes, victimes de violence familiale, famille monoparentale, consommation de drogues, milieu de vie défavorisé).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>
	b) Référez les patientes à risque élevé aux ressources appropriées au cours de la grossesse et en post-partum.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
6	Chez les patientes à risque élevé (p. ex., femme infectée par le virus de l'immunodéficience humaine, utilisatrices de drogues intraveineuses, femmes diabétiques ou épileptiques), adaptez convenablement les soins et le suivi.	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
7	Chez les femmes enceintes qui présentent une complication prénatale (p. ex., rupture prématurée des membranes, hypertension, saignement), a) Établissez le diagnostic.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
	b) Commencez le traitement adéquat.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
8	Chez une parturiente qui présente une dystocie (dilatation prolongée, absence de descente), a) Diagnostiquez le problème.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
	b) Intervenez de façon appropriée.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>

9	Chez une patiente qui, pendant le travail, présente des complications (p. ex., décollement prématuré du placenta, rupture utérine, dystocie de l'épaule, tracé de monitoring fœtal non rassurant),	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
	a) Diagnostiquez la complication.		
	b) Intervenez de façon appropriée.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
10	Chez une patiente qui présente une complication du postpartum (p. ex., saignement immédiat ou tardif, infection,		
	a) Diagnostiquez le problème (p. ex., rétention placentaire non reconnue, endométrite, lacération du col).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
	b) Intervenez de façon appropriée.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
11	Identifiez la dépression postpartum en recherchant les facteurs de risque, en surveillant les patientes à risque et en distinguant la dépression postpartum des « blues du post partum ».	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
12	Chez les femmes qui allaitent au sein, dépistez et diagnostiquez les cas d'allaitement dysfonctionnel (p. ex., saisie inadéquate du mamelon, production insuffisante, évacuation inadéquate du lait).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>

Habitudes de vie

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Demandez aux patients quels sont les comportements qui, s'ils étaient modifiés, pourraient améliorer leur santé (p. ex., alimentation, exercice, consommation d'alcool, utilisation de substances, sexualité, prévention des blessures [p. ex. ceintures de sécurité et casques protecteurs]).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Anamnèse</i>
2	Avant de faire des recommandations concernant la modification des habitudes de vie, explorez dans quelle mesure le patient est prêt à les changer. Adaptez vos conseils en conséquence.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>
3	Explorez le contexte de la personne (p. ex. pauvreté) avant de faire des recommandations concernant la modification de ses habitudes de vie (p. ex., choix d'une saine alimentation, suggestions d'exercices) de façon à éviter de faire des recommandations incompatibles avec le contexte du patient.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Anamnèse</i>
4	Passez périodiquement en revue les comportements en sachant que ceux-ci peuvent changer.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Suivi</i>
5	Réitérez vos conseils concernant la modification des habitudes de vie, que les patients aient ou non modifié leurs comportements.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>

Hépatite

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui présente des symptômes d'hépatite ou des résultats de tests de la fonction hépatique anormaux, faites une anamnèse ciblée afin d'établir l'étiologie (p. ex., nouveaux médicaments, exposition à du sang ou à des liquides corporels, hépatite virale).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
2	Chez un patient dont les résultats des tests des enzymes hépatiques sont anormaux, interprétez les résultats afin de distinguer entre les causes obstructives et les causes hépatocellulaires de l'hépatite, car l'investigation subséquente est différente.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
3	Chez un patient chez qui des signes d'obstruction ont été décelés, a) Faites passer rapidement une épreuve d'imagerie.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Investigation</i>
	b) Assurez une prise en charge plus approfondie dans un délai opportun.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
4	Chez un patient chez qui l'hépatite B ou l'hépatite C a été diagnostiquée, a) Évaluez son infectiosité.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Investigation</i>
	b) Déterminez son statut par rapport au virus de l'immunodéficience humaine.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Investigation</i>
5	Chez les patients dont le résultat du dépistage d'anticorps de l'hépatite C est positif, identifiez ceux qui souffrent d'une infection chronique par l'hépatite C, car ils sont plus à risque de souffrir de cirrhose et de cancer hépatocellulaire.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Investigation</i>
6	Dirigez les patients atteints d'une hépatite C chronique vers une évaluation plus poussée et un traitement éventuel.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
7	Chez les patients qui sont à risque d'être exposés à l'hépatite B ou C, a) Donnez des conseils concernant des stratégies de diminution des effets nuisibles et du risque d'attraper d'autres maladies transmises par le sang.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
	b) Donnez les vaccins appropriés.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
8	Offrez une prophylaxie post-exposition aux patients qui sont exposés ou qui pourraient être exposés à l'hépatite A ou B.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
9	Recherchez périodiquement la présence de complications (p. ex., cirrhose, cancer hépatocellulaire) chez les patients atteints d'hépatite virale chronique, surtout d'une infection par l'hépatite C.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Suivi</i>

Hyperlipidémie

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Dépistez la dyslipidémie chez les patients à risque.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Anamnèse</i>
2	Chez tous les patients qui font l'objet d'une évaluation cardiovasculaire, n'oubliez pas le bilan lipidique.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i>
3	En présence d'une dyslipidémie, obtenez une anamnèse détaillée, examinez et tentez d'identifier des causes modifiables (p. ex., consommation d'alcool, thyroïdopathie).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Anamnèse</i>
4	Assurez-vous que les patients atteints d'une dyslipidémie reçoivent les conseils concernant l'alimentation et les habitudes de vie. Réévaluez périodiquement l'observation des conseils (en particulier les patients présentant un risque cardiovasculaire global léger ou modéré).	<i>Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement Suivi</i>
5	Pour le traitement, ciblez des taux de lipidémie à atteindre en vous basant sur le risque cardiovasculaire global.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
6	Chez les patients qui reçoivent une médication hypolipémiante, réévaluez périodiquement la compliance et les effets indésirables du traitement.	<i>Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement Suivi</i>

Hypertension

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Dépistez l'hypertension.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Examen physique</i>
2	Mesurez la tension artérielle en utilisant l'équipement adéquat. Utilisez une technique et l'équipement adéquats pour mesurer la tension artérielle (TA) et la technique appropriée.	<i>Habilité technique</i>	<i>Examen physique</i>
3	Posez le diagnostic d'hypertension seulement après des lectures répétées de la TA (c.-à-d. à différents moments lors de visites différentes).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
4	Chez les patients dont le diagnostic d'hypertension est établi, réévaluez périodiquement le risque cardiovasculaire et l'atteinte des organes cibles, <ul style="list-style-type: none"> a) Obtenez une anamnèse détaillée. b) Effectuez un examen physique approprié. c) Prescrivez les examens de laboratoire appropriés. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i> <i>Investigation</i>
5	Chez les hypertendus à risque (p. ex., jeunes patients nécessitant de multiples médicaments, patients qui ont un souffle abdominal, les patients qui présentent une hypokaliémie en l'absence de diurétiques), <ul style="list-style-type: none"> a) Soupçonnez une hypertension secondaire. b) Investiguez-les de façon appropriée. 	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Investigation</i> <i>Traitement</i>
6	Chez les hypertendus, individualisez vos conseils concernant la modification des habitudes de vie (p. ex., perte de poids, exercice, limitez la consommation d'alcool, habitudes alimentaires).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
7	Lorsque le diagnostic d'hypertension est posé, traitez-la en utilisant la pharmacothérapie appropriée (p. ex., en tenant compte de l'âge du patient, des autres troubles concomitants et des autres facteurs de risque cardiovasculaire).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
8	Devant un patient qui présente les signes et symptômes d'une poussée ou d'une crise hypertensive, posez le diagnostic et traitez promptement.	<i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
9	Chez tous les hypertendus, évaluez, lors des visites de suivi, la réponse au traitement, la compliance médicamenteuse et les effets indésirables.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>

Immigrants

Élément clé	Habilité	Phase
1 Dans le cadre de l'examen médical périodique des nouveaux immigrants, a) Évaluez l'état de la vaccination (il est possible qu'il ne soit pas à jour). b) Offrez les vaccins nécessaires.	Raisonnement clinique Raisonnement clinique	Anamnèse Traitement
2 Dans le cadre des soins offerts aux immigrants, modifiez votre approche (lorsque possible) pour vous adapter à leur contexte culturel (p. ex., anamnèse fournie seulement par le mari, refus de l'examen par un médecin masculin, obstacle linguistique).	Approche centrée sur le patient Communication	Traitement Anamnèse
3 Lorsque confronté à une barrière linguistique, efforcez-vous d'obtenir l'anamnèse à l'aide d'un interprète médical tout en reconnaissant les limites de tous les interprètes (p. ex., mentalités différentes, connaissances médicales sommaires, quelque chose à cacher).	Communication	Anamnèse
4 Dans la continuité des soins offerts aux immigrants (particulièrement à ceux qui semblent s'adapter difficilement), a) Recherchez une dépression (parce qu'ils sont à risque élevé et vivent fréquemment l'isolement). b) Recherchez des antécédents de violence ou de torture. c) Évaluez la disponibilité des réseaux de soutien (p.ex., famille, organismes communautaires).	Raisonnement clinique Raisonnement clinique Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Anamnèse Anamnèse Anamnèse
5 Chez les immigrants qui consultent pour une nouvelle affection ou une affection qui se poursuit, tenez compte dans votre diagnostic différentiel des maladies infectieuses acquises avant l'immigration (p. ex., malaria, maladie parasitaire, tuberculose).	Le raisonnement clinique La sélectivité	Les hypothèses
6 Dans la continuité des soins offerts à tous les immigrants, informez-vous de l'utilisation de pratique et/ou de médicaments non conventionnels ou le recours à des praticiens particuliers (p. ex. produits « naturels », plantes médicinales, guérisseurs spirituels, médications provenant de divers pays, moxibustion).	Raisonnement clinique	Anamnèse

Immunisation

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Ne retardez pas indûment les immunisations (p. ex., vaccinez un enfant même si le nez coule).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
2	Devant des parents qui hésitent à faire vacciner leurs enfants, explorez les raisons et offrez-leur vos conseils concernant les risques que comporte la décision de ne pas faire vacciner systématiquement leurs enfants.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i> <i>Anamnèse</i>
3	Identifiez les patients qui nécessitent spécifiquement une immunisation (p. ex., non seulement les personnes âgées et les enfants, mais également les immunosupprimés, les voyageurs, les patients atteints d'anémie falciforme, ainsi que les personnes à risque de pneumonie, d'hépatite A ou B). Offrez-leur les vaccins.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
4	Conservez au dossier médical les immunisations que vous donnez à vos patients.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
5	Lorsque vous soupçonnez une maladie infectieuse, évaluez le statut de l'immunisation, puisque le diagnostic différentiel et le traitement sont parfois différents chez les personnes non vaccinées.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
6	Lorsque vous soupçonnez une maladie infectieuse, ne présumez pas que le fait d'avoir été vacciné protège contre la maladie (p. ex., coqueluche, rubéole, maladies acquises lors de voyages).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>

Incapacité

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Déterminez dans quelle mesure la déficience (p. ex., sociale, physique, émotionnelle) entraîne une incapacité pour le patient.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
2	Chez les personnes âgées, dépistez les risques de perte d'autonomie (chutes, atteinte cognitive, immobilisation, baisse de la vision) sur une base continue.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
3	Chez les patients atteints de problèmes physiques chroniques (p. ex., arthrose, sclérose en plaques) ou de problèmes mentaux (p. ex. dépression), recherchez et diagnostiquez les incapacités.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
4	Chez un patient en perte d'autonomie, évaluez les impacts dans toutes les sphères fonctionnelles (émotionnelle, physique, sociale, y compris les finances, l'emploi et la famille).	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse (</i>
5	Lorsque les patients vivent des incapacités, adoptez une approche globale (p. ex., orthèses, modification des habitudes de vie, temps libre, ressource communautaire) afin de minimiser l'impact de l'incapacité et de prévenir une détérioration fonctionnelle plus importante.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
6	Chez les patients à risque d'incapacité (p. ex., les travailleurs manuels, les personnes âgées, les personnes atteintes de troubles mentaux), recommandez des stratégies de prévention primaire (p. ex., exercices, appareils orthopédiques, counselling, modification du travail).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
7	Ne limitez pas le traitement des affections incapacitantes à un congé de maladie (c.-à-d. que l'autorisation d'un congé ne représente qu'une partie du plan).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>

Infections

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient chez qui on soupçonne une infection, a) Déterminez les outils, techniques et protocoles adéquats pour les cultures (p. ex., écouvillons, méthode de culture et de transport). b) Faites une culture lorsque nécessaire (p. ex. directives pour frottis de gorge et mal de gorge).	Raisonnement clinique Sélectivité	Investigation
2	Au moment de choisir de traiter une infection avec un antibiotique, procédez, a) De façon judicieuse (p. ex. traitement retardé dans les cas d'otite moyenne associée à une maladie comorbide dans la bronchite aiguë). b) Rationnellement (p. ex., coût, directives, comorbidité, profils de résistance locale).	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement
3	Traitez les infections de manière empirique, lorsqu'indiqué (p. ex., septicémie menaçante pour la vie sans rapport de culture ou de diagnostics confirmé, candidose vaginale post-traitement antibiotique).	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement
4	Considérez l'infection comme une cause possible d'un problème mal défini chez un patient (p. ex., confusion chez une personne âgée, retard de développement, douleur inexplicable [fasciite nécrosante, douleur abdominale chez les enfants atteints de pneumonie]).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
5	Quand un patient revient vous voir après un diagnostic original de simple infection et que son état se détériore ou qu'il ne réagit pas au traitement, recherchez des infections plus complexes (c.-à-d. quand un patient revient en disant qu'il ne va pas mieux, ne présumez pas que l'infection met seulement du temps à disparaître).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
6	Au moment de traiter des infections à l'aide d'antibiotiques, choisissez d'autres thérapies lorsque indiqué (p. ex., réanimation liquidienne énergique dans les cas de choc septique, incision et drainage d'abcès, soulagement de la douleur.)	Raisonnement clinique	Traitement

Infections des voies respiratoires supérieures

Élément clé	Habilité	Phase	
1	Après une anamnèse et un examen physique détaillé, a) Distinguez les situations où la vie est en danger (p. ex., épiglottite, abcès rétropharyngé) des affections bénignes. b) Assurez la prise en charge appropriée.	Sélectivité Raisonnement clinique	Diagnostic Traitement
2	Posez le diagnostic d'une sinusite bactérienne après une anamnèse et un examen physique détaillé. Prescrivez l'antibiothérapie appropriée (antibiotique de première ligne, posologie adaptée).	Raisonnement clinique	Anamnèse Traitement
3	En présence de symptômes des voies respiratoires supérieures, a) Différenciez une infection virale d'une infection bactérienne (par l'anamnèse et l'examen physique). b) Posez le diagnostic d'une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) d'origine virale (par l'anamnèse et l'examen physique). c) Instaurez le traitement approprié (p. ex. ne prescrivez pas d'antibiotiques à moins d'une indication claire).	Raisonnement clinique Raisonnement clinique Raisonnement clinique Communication	Anamnèse Diagnostic Diagnostic Traitement
4	Devant une anamnèse compatible avec une otite moyenne, différenciez-la d'une otite externe et d'une mastoïdite en vous basant sur les signes physiques caractéristiques.	Raisonnement clinique	Diagnostic Examen physique
5	Chez les patients à haut risque (p. ex., ceux qui sont infectés par le virus de l'immunodéficience humaine, ceux qui souffrent de maladie pulmonaire obstructive chronique, ou de cancer) qui présentent une IVRS, recherchez activement les complications et offrez un suivi plus serré.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Suivi
6	En présence d'une pharyngite, recherchez une mononucléose.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Examen physique
7	Dans les groupes à haut risque, a) Adoptez des mesures préventives (p. ex. vaccins contre l'influenza et le pneumocoque). b) Traitez précocement afin de diminuer l'impact de la maladie sur les individus et la population (p. ex., avec phosphate d'oseltamivir [Tamiflu], amantadine).	Sélectivité Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique Professionnalisme	Traitement Traitement

Infections transmises sexuellement

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui deviendra ou qui est actif sexuellement, profitez de toutes les occasions pour offrir vos conseils concernant la prévention, le dépistage et les complications des infections transmises sexuellement (ITS).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
2	Chez un patient dont les symptômes sont atypiques ou non spécifiques d'une ITS (p. ex., dysurie, infections vaginales récidivantes), a) Incluez les ITS dans votre diagnostic différentiel. b) Investiguez de façon appropriée.	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Investigation</i>
3	Chez les patients à haut risque asymptomatiques, procédez au dépistage et conseillez-les sur les mesures préventives.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Investigation</i>
4	Chez les patients à haut risque symptomatiques d'une ITS, traitez-les avant d'obtenir la confirmation des résultats par le laboratoire.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
5	Chez un patient qui demande des tests de dépistage pour les ITS, a) Identifiez la (les) raisons(s) de cette demande. b) Évaluez les risques du patient. c) Offrez un counselling approprié au risque (c.-à-d. risque d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], absence de risque d'infection par le VIH).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i> <i>Anamnèse</i> <i>Diagnostic</i> <i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
6	Après confirmation d'une ITS, débutez : • le traitement du (des) partenaire(s) ; • la recherche des contacts avec l'aide d'organisme communautaire ou de la santé publique.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
7	Utilisez les techniques appropriées pour effectuer les prélèvements.	<i>Habilitété technique</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i> <i>Examen physique</i>
8	Devant un tableau clinique fortement suspect d'une ITS malgré un résultat de test négatif, n'excluez pas le diagnostic d'une ITS (c.-à-d. de sensibilité, de spécificité ou autres limitations des tests).	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Investigation</i>

Infection urinaire

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Obtenez une anamnèse détaillée et les tests de laboratoire requis afin d'exclure toute complication sérieuse résultant d'une infection urinaire (p. ex., septicémie, pyélonéphrite, calculs enclavés infectés).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Investigation</i>
2	Investiguez de façon appropriée toute infection urinaire chez les garçons, ainsi que les infections récidivantes chez les jeunes filles (p. ex. échographie).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i>
3	Lorsque vous posez un diagnostic d'infection urinaire, recherchez et identifiez à l'histoire les facteurs de risque importants (p. ex., grossesse, patient immunosupprimé, nouveau-né, diabétique, jeune homme ou homme âgé avec hypertrophie de la prostate).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Anamnèse</i>
4	Chez un patient atteint d'infection urinaire, modifiez le choix et la durée du traitement en fonction des facteurs de risque (p. ex., grossesse, patient immunosupprimé, diabète, jeune homme ou hypertrophie de la prostate). Dans certains cas (p. ex., grossesse, septicémie, pyélonéphrite), débutez le traitement avant de recevoir les résultats de la culture.	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
5	Devant une anamnèse non spécifique (p. ex., douleur abdominale, fièvre, délirium) chez une personne âgée ou chez l'enfant, soupçonnez une infection urinaire et procédez à l'investigation appropriée.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Investigation</i>
6	Lorsqu'un patient consulte pour une dysurie, excluez les autres causes (p. ex., infection transmise sexuellement, vaginite, lithiase, cystite interstitielle, prostatite) en obtenant une anamnèse, un examen physique et une investigation appropriée avant de poser un diagnostic d'infection urinaire.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>

Infertilité

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsqu'une patiente consulte pour difficulté à devenir enceinte, a) Obtenez une anamnèse détaillée (p. ex., essayez depuis combien de temps, évaluez l'histoire des menstruations, déterminez la fréquence et le moment des relations sexuelles) avant de rassurer ou de pousser plus loin l'investigation. b) Débutez l'investigation au moment approprié (p. ex., après un ou deux ans d'essais ; en général, n'investiguez pas trop tôt une infertilité).	Raisonnement clinique	Anamnèse
2	Chez les femmes préoccupées par leur fertilité, donnez des conseils sur le cycle menstruel, les signes d'ovulation et la fertilité.	Raisonnement clinique	Traitement
3	Les couples plus âgés préoccupés par leur fertilité, référez-les plus rapidement pour investigation et traitement, puisque leur probabilité d'infertilité est plus élevée.	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Référer en consultation
4	Lorsque vous choisissez d'investiguer une infertilité primaire ou secondaire, assurez-vous d'évaluer les deux partenaires.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
5	Chez les couples probablement infertiles, discutez de l'adoption au moment opportun. (Souvenez-vous que le processus d'adoption est souvent très long.)	Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique	Traitement
6	Dans l'évaluation des femmes qui consultent pour infertilité ou anomalies menstruelles, recherchez les signes et symptômes spécifiques de certaines affections (p. ex., syndrome des ovaires polykystiques, hyperprolactinémie, dysthyroïdie) afin de mieux orienter l'investigation (p. ex., prolactine, TSH, et dosage de la progestérone pendant la phase lutéale).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Anamnèse

Insomnie

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les patients qui consultent pour des problèmes de sommeil, obtenez une anamnèse détaillée afin de distinguer l'insomnie des autres troubles psychiatriques ou troubles liés au sommeil (p. ex., apnée du sommeil, trouble du sommeil non-REM, syndrome des jambes sans repos, somnambulisme ou parler pendant le sommeil).	Raisonnement clinique	Anamnèse Génération d'hypothèses
2 Lorsque vous évaluez les problèmes de sommeil,		
b) Obtenez, si possible ou approprié, la version du partenaire de lit ou des parents	Raisonnement clinique	Anamnèse
c) évaluez la prise de médicaments (sur ordonnance et en vente libre, drogues récréatives), de caféine et d'alcool	Raisonnement clinique	Anamnèse Génération d'hypothèses
3 Chez toutes personnes souffrant d'insomnie :		
d) Donnez des conseils sur l'hygiène du sommeil (p. ex. limitations de caféine, siestes, temps devant un écran, suivre un horaire régulier de sommeil, activités dans la chambre à coucher limitées au sommeil et aux activités sexuelles).	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
d) b) Offrez d'autres options non pharmacologiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
4 À l'instauration de somnifères,		
a) Informez le patient sur les risques liés au médicament et parlez-lui de l'effet limité dans le temps	Raisonnement clinique Communication	Traitement
b) Utilisez les hypnotiques judicieusement (p. ex., prescrivez-les seulement si l'insomnie entraîne d'importantes conséquences sur l'autonomie fonctionnelle, ne les prescrivez pas sans indication claire).	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement
c) Négociez avec le patient un plan de réduction de la dose visant l'arrêt du médicament	Approche centrée sur le patient Communication	Traitement
5 Lorsqu'un patient sous somnifères depuis longtemps se présente pour renouveler son ordonnance, réévaluez, informez et discutez de sevrage ou d'autres options de traitement.	Approche centrée sur le patient Professionalisme	Génération d'hypothèses Traitement

Insuffisance cardiaque

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les patients qui reçoivent un nouveau diagnostic d'insuffisance cardiaque, déterminez les causes sous-jacentes puisque le traitement ne sera pas le même.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
2 Chez un patient âgé qui présente de la fatigue, incluez l'insuffisance cardiaque dans votre diagnostic différentiel.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Hypothèses</i>
3 Chez un patient qui manifeste des symptômes compatibles avec l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection normale, n'excluez pas ce diagnostic.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
4 Chez un patient atteint d'insuffisance cardiaque, évaluez périodiquement la perte fonctionnelle à l'aide d'outils validés (p. ex., classe de la NYHA, activités de la vie quotidienne).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Suivi</i>
5 Dans le but d'orienter le traitement d'un patient qui présente une exacerbation de l'insuffisance cardiaque,		
a) Identifiez les déclencheurs possibles (p. ex. infection, arythmie, non-respect du traitement, alimentation, ischémie)	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Hypothèses</i>
b) Envisagez les comorbidités (p. ex. insuffisance rénale)	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Hypothèses</i>
6 Durant le traitement de l'insuffisance cardiaque,		
a) Déterminez de quel type d'insuffisance cardiaque il s'agit (p. ex. systolique, diastolique), puisque le traitement ne sera pas le même	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i>
b) Prescrivez correctement les médicaments qui réduisent la mortalité et traitent les symptômes d'insuffisance cardiaque congestive (p. ex. diurétiques, bêtabloquants, iECA, digoxine)	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
7 Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, assurez l'éducation du patient et l'autosurveillance, telle que surveiller systématiquement son poids, bien s'alimenter, observer le traitement médicamenteux, arrêter de fumer et faire de l'exercice afin de réduire les exacerbations au minimum.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
8 Chez un patient atteint d'insuffisance cardiaque, reconnaissez la non-réponse au traitement comme un indicateur d'un pronostic qui s'assombrit.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Suivi</i>
9 Chez un patient atteint d'insuffisance cardiaque, dont l'évolution clinique se détériore progressivement,		
a) Donnez au patient et à sa famille un pronostic réaliste.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>

b) Introduisez les principes de soins palliatifs lorsque cela est pertinent pour le patient.

Raisonnement clinique
Approche centrée sur le patient

Traitement

Insuffisance rénale

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, veillez à ce qu'ils connaissent leur diagnostic et ses répercussions.	<i>Communication</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
2 Chez tous les patients, réduisez les risques de provoquer une insuffisance rénale lorsque les investigations et les associations thérapeutiques sont probablement néfastes (p. ex., metformine produit de contraste, préparation intestinale).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
3 Lorsque vous prescrivez des médicaments à des patients qui sont insuffisants rénaux,		
a) Déterminez l'innocuité du médicament (p. ex., interactions, ajustements posologiques, enjeux métaboliques).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
b) Ajustez les doses lorsque cela est approprié (p. ex., iECA, ARA, metformine, allopurinol, antibiotiques, héparine de bas poids moléculaire, nouveaux anticoagulants oraux (NACO)).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
c) Surveillez fréquemment l'impact du médicament sur la fonction rénale.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Suivi</i>
4 Conseillez aux patients atteints d'insuffisance rénale modérée ou grave de porter attention à l'hydratation (p. ex. en voyage, patients âgés durant les grandes chaleurs, durant une maladie) pour éviter d'exacerber leur état.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5 Conseillez aux patients atteints d'insuffisance rénale d'éviter certains médicaments en vente libre (p. ex., AINS, suppléments à base de plantes) puisqu'ils pourraient aggraver leur état.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
6 Avisez les patients insuffisants rénaux modérés ou graves que s'ils ne peuvent maintenir leur apport liquidien, ils devraient :	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter immédiatement de prendre certains médicaments (p. ex. iECA, diurétiques). • Consulter pour se faire réévaluer 		
7 Chez les patients qui présentent une exacerbation de l'insuffisance rénale (insuffisance rénale aiguë ou chronique),		
a) Corrigez les facteurs (p. ex., hydratation, pneumonie, insuffisance cardiaque, rétention urinaire).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
c) Arrêtez les médicaments qui pourraient aggraver la situation (p. ex., iECA, metformine).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
d) Déterminez quand il serait adéquat de recommencer les médicaments, une fois la fonction rénale stabilisée.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>

8	Surveillez périodiquement les patients atteints d'insuffisance rénale, puisque l'état de certains patients tend à s'aggraver.	Raisonnement clinique	Suivi
9	Chez les insuffisants rénaux, déterminez lorsqu'une consultation sera nécessaire en tenant compte des facteurs propres au patient et aux ressources locales (p. ex., insuffisance rénale évolutive, atteinte osseuse, anémie réfractaire, insuffisance rénale légère chez une jeune personne).	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement Suivi
10	Veillez à ce que les consultants qui offrent des soins aux patients insuffisants rénaux soient au courant des considérations pouvant avoir un impact sur la prise de décision clinique (p. ex., préférences du patient, fragilité, cancer, prise en compte des déficits cognitifs face à la dialyse).	Communication	Suivi Référer en consultation

Lacérations

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Dans votre prise en charge des lacérations, identifiez celles qui sont plus compliquées et qui nécessitent des habiletés spéciales pour les réparer (p. ex., déchirure périnéale du deuxième ou du troisième degré, lacérations de la lèvre ou des paupières impliquant des rebords, lacérations artérielles).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Examen physique</i>
2 Dans votre prise en charge d'une lacération, recherchez les complications (p. ex., lacérations des fléchisseurs, fractures ouvertes, morsures aux mains ou au visage, blessures neurovasculaires, corps étranger) nécessitant davantage qu'une simple suture.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Examen physique</i>
3 Devant une lacération profonde ou contaminée, nettoyez complètement en irriguant copieusement et, avant de refermer, débridez, au besoin.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
4 Identifiez les plaies à risque élevé d'infection (p. ex., plaies punctiformes, certaines morsures, certaines plaies contaminées) ; ne les refermez pas.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
5 Lorsque vous réparez des lacérations chez les enfants, procurez une analgésie adéquate (p. ex. anesthésie topique) et/ou une sédation (p. ex. sédation procédurale) afin d'éviter les moyens de contention.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
6 Lorsque vous réparez une lacération, allouez et prenez suffisamment de temps afin d'utiliser des techniques permettant d'obtenir de bons résultats esthétiques (p. ex., fermeture en plusieurs plans par plans superposés, révision si nécessaire, utilisation d'une anesthésie régionale plutôt que locale).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
7 Lorsque vous traitez un patient pour lacération,		
a) Informez-vous de l'état de l'immunisation contre le tétanos.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
b) Immunisez le patient de façon appropriée.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

Lombalgie

	Élément clé	Habilité	Phase
1	Chez le patient qui consulte pour une lombalgie, a) Éliminez les causes graves (p. ex., syndrome de la queue de cheval, pyélonéphrite, rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale, cancer) en obtenant une anamnèse et un examen physique appropriés. b) En présence d'une douleur musculo-squelettique, procédez à l'anamnèse et à l'examen physique afin d'établir le diagnostic (et non un diagnostic d'exclusion).	Sélectivité Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic Diagnostic
2	Chez le patient atteint d'une lombalgie mécanique, a) Ne surinvestiguez pas pendant la phase aiguë. b) Dans vos conseils au patient, mentionnez que : • les symptômes peuvent évoluer et que vous assurerez un suivi ; • le pronostic est favorable (c.-à-d. que la très grande majorité des cas iront mieux).	Raisonnement clinique Sélectivité Raisonnement clinique	Investigation Traitement Traitement
3	Chez un patient atteint d'une lombalgie mécanique, qu'elle soit aiguë ou chronique, offrez une analgésie appropriée et ajustez la posologie en fonction de la douleur du patient.	Raisonnement clinique	Traitement
4	Conseillez au patient souffrant de lombalgie mécanique de consulter s'il développe de nouveaux symptômes ou des symptômes neurologiques.	Raisonnement clinique	Suivi Traitement
5	Avec tous les patients souffrant de lombalgie mécanique, discutez des exercices et des stratégies afin de prévenir les récurrences.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement

Maladie chronique

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	<p>Chez un patient atteint d'une maladie chronique qui consulte pour des symptômes aigus, diagnostiquez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les complications aiguës d'une maladie chronique (p. ex. acidocétose diabétique). • les exacerbations aiguës de la maladie (p. ex., exacerbation d'asthme, d'arthrite). • une nouvelle affection, sans lien avec la maladie chronique. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
2	Réévaluez régulièrement la compliance au plan de traitement (y compris les médicaments).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Suivi</i>
3	<p>Chez les patients atteints de maladie chronique,</p> <p>a) Informez-vous de la présence de douleur.</p> <p>b) Traitez de façon appropriée en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustant la médication en fonction de l'intensité de la douleur ; • tenant compte des autres traitements et affections (p. ex. surveillance des interactions) ; • tenant compte du traitement non pharmacologique et des autres thérapies adjuvantes. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
		<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
4	<p>Chez les patients atteints de maladie chronique, informez-vous activement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de l'impact psychologique du diagnostic et du traitement ; • des répercussions au niveau de l'autonomie fonctionnelle ; • de la possibilité d'une dépression sous-jacente ou du risque suicidaire ; • d'un abus de substances sous-jacent. 	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
5	Chez un patient qui n'observe pas son traitement, explorez-en les raisons. Tentez d'améliorer l'observation au plan de traitement.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i>

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez tous les patients qui consultent pour des symptômes de toux prolongée ou récidivante, de dyspnée, de diminution de la tolérance à l'effort, et particulièrement chez les fumeurs, soupçonnez un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
2 Lorsque vous soupçonnez un diagnostic de MPOC, tentez de le confirmer par la spirométrie (p. ex. VEMS).	Raisonnement clinique	Investigation
3 Chez les patients atteints de MPOC, répétez périodiquement les tests de fonctions pulmonaires pour mieux documenter la progression de la maladie.	Raisonnement clinique	Investigation Suivi
4 Encouragez vivement l'arrêt du tabagisme chez tous les patients atteints de MPOC.*	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
5 Offrez les vaccins appropriés aux patients atteints de MPOC (p. ex., vaccin contre l'influenza, contre le pneumocoque).	Raisonnement clinique	Traitement
6 Chez un patient atteint de MPOC apparemment stable, offrez les médicaments appropriés par inhalation (p. ex., anticholinergiques/bronchodilatateurs lorsque l'affection est réversible, essai de stéroïdes).	Raisonnement clinique	Traitement
7 Référez au besoin, les patients atteints de MPOC aux autres professionnels de la santé (p. ex. inhalothérapeute, personnel de réadaptation pulmonaire) pour améliorer la qualité de vie.	Le raisonnement clinique	Référer en consultation
8 Lorsque vous traitez des patients qui présentent des exacerbations aiguës de leur MPOC, éliminez les comorbidités (p. ex., infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, infections systémiques, anémie).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
9 Chez les patients atteints de MPOC terminale, particulièrement ceux qui sont présentement stables, discutez, documentez et réévaluez périodiquement leurs souhaits concernant le niveau de soin ou l'intensité des interventions thérapeutiques.	Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique	Traitement Suivi

Note : voir les éléments clés du thème « [cessation du tabagisme](#) ».

Masse au sein

Élément clé	Habilité	Phase
1 Lorsqu'une femme vous consulte et s'inquiète des maladies du sein,		
a) Identifiez les patientes à haut risque en évaluant les facteurs de risque modifiables et non modifiables.	Raisonnement clinique Sélectivité	Anamnèse Diagnostic
b) Donnez-lui vos conseils concernant le dépistage (mammographie, auto-examen des seins) et ses limites.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
c) Donnez-lui vos conseils concernant son implication dans la prévention ou la détection des pathologies du sein (auto-examen des seins, changements des habitudes de vie).	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
2 Chez une femme qui consulte pour une masse au sein (c.-à-d. caractéristiques cliniques),		
a) Utilisez l'anamnèse, les caractéristiques de la masse et l'âge de la patiente pour déterminer dans quelle mesure il est indiqué d'entreprendre rapidement une investigation ou d'attendre en suivant l'évolution.	Sélectivité Raisonnement clinique	Diagnostic Traitement
b) Tout au long de l'investigation, assurez un soutien adéquat à la patiente porteuse d'une masse en offrant la disponibilité d'une personne-ressource.	Approche centrée sur le patient Professionalisme	Traitement Suivi
c) Utilisez les outils diagnostiques (p. ex., aspiration à l'aiguille, imagerie, biopsie, consultation) de façon appropriée (c.-à-d. évitez la sur l'investigation ou la sous-l'investigation) pour la prise en charge d'une masse au sein.	Raisonnement clinique	Investigation Traitement
3 Chez une femme qui consulte pour une tumeur maligne du sein et qui en connaît le diagnostic,		
a) Reconnaissez et prenez en charge les complications immédiates et à long terme du cancer du sein.	Raisonnement clinique	Diagnostic Traitement
b) Dans le suivi d'une patiente atteinte d'un cancer du sein, dépistez et diagnostiquez l'envahissement métastatique par une anamnèse et une investigation appropriées.	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Anamnèse
c) Référez de façon appropriée (en assurant un lien) la patiente vers les ressources communautaires qui sont en mesure d'assurer un soutien adéquat (soutien psychosocial).	Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique	Suivi Traitement

Mauvaises nouvelles

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Avant d'annoncer une mauvaise nouvelle, assurez-vous que le contexte est approprié. Garantissez au patient le droit à la confidentialité.	<i>Approche centrée sur le patient Communication</i>	<i>Traitement</i>
2	Annoncez les mauvaises nouvelles : <ul style="list-style-type: none"> • de manière empathique et compatissante ; • en allouant suffisamment de temps ; • en offrant un service de traduction, si nécessaire. 	<i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
3	Obtenez le consentement du patient avant d'impliquer la famille.	<i>Approche centrée sur le patient Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
4	Après avoir annoncé de mauvaises nouvelles, organisez un suivi pour en évaluer l'impact et le niveau de compréhension.	<i>Approche centrée sur le patient Communication</i>	<i>Suivi</i>

Médecine des voyages

Élément clé	Habilité	Phase
1 Assurez-vous que les voyageurs reçoivent des conseils à jour, opportuns et spécifiques à leur itinéraire (p. ex., clinique de voyage, site Web de voyage).	Raisonnement clinique	Anamnèse Génération d'hypothèses
2 Lorsque vous recevez des patients qui planifient un voyage, discutez des dangers courants, non infectieux liés aux voyages (p. ex., accidents, rapports sexuels non protégés, alcool, voyage sécuritaire pour les femmes).	Raisonnement clinique	Anamnèse Génération d'hypothèses
3 Chez les patients qui présentent des symptômes d'infection sans cause évidente, surtout ceux qui ont de la fièvre, informez-vous au sujet des voyages récents afin de déterminer les sources possibles d'infection (surtout, mais pas exclusivement, le paludisme).	Approche centrée sur le patient Communication	Génération d'hypothèses Suivi
4 Offrez des conseils de prévention et de traitement et prescrivez des médicaments contre certains problèmes couramment associés aux voyages (p. ex., diarrhée du voyageur, mal de l'altitude).	Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique	Traitement Référer en consultation
5 Assurez-vous que les patients comprennent comment prendre en charge leur maladie chronique pendant leur voyage (p. ex., diabète, asthme, rapport international normalisé [RIN]).	Raisonnement clinique	Traitement
6 Profitez des visites du patient qui vous consulte pour des conseils de voyage pour mettre à jour sa vaccination de routine.	Raisonnement clinique La sélectivité	Traitement Génération d'hypothèses
7 Recommandez aux patients de vérifier leur couverture d'assurance, surtout en ce qui concerne les changements récents liés à une maladie chronique et à tout changement de traitement récent.	Professionalisme	Traitement Génération d'hypothèses
8 Conseillez aux patients qui emportent des médicaments en voyage de s'assurer d'en avoir suffisamment, d'avoir la documentation concernant leur utilisation et de les transporter en toute sécurité (p. ex. bagages de cabine).	Raisonnement clinique	Traitement Génération d'hypothèses

Méningite

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient présentant une maladie fébrile non spécifique, recherchez des signes de méningite, en particulier chez un patient chez qui le risque de cette maladie est élevé (p. ex., personnes immunodéprimées, alcoolisme, neurochirurgie récente, blessure à la tête, chirurgie abdominale récente, nouveau-nés, groupes autochtones, étudiants vivant en résidence.)	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
2	Si vous soupçonnez la présence d'une méningite, assurez-vous qu'une ponction lombaire est effectuée en temps opportun.	<i>Sélectivité</i>	<i>Investigation</i>
3	Dans le cadre de la différenciation entre une méningite virale et une méningite bactérienne, interprétez les données à la lumière d'une antibiothérapie récente.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
4	Pour une méningite bactérienne soupçonnée, commencez un traitement antibiotique IV empirique d'urgence (c.-à-d. avant même que les investigations soient terminées).	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5	Communiquez avec les services de santé publique afin d'assurer une prophylaxie appropriée pour la famille, les amis et les autres contacts de chacune des personnes atteintes de méningite.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i>

Ménopause

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Recherchez les symptômes de ménopause (p. ex., bouffées de chaleur, changements de la libido, sécheresse vaginale, incontinence urinaire ou changements psychologiques).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
2	Lorsqu'une patiente présente les symptômes typiques de la ménopause, posez le diagnostic sans prescrire de tests. (Ce diagnostic est clinique et les tests ne sont pas nécessaires.)	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
3	Lorsqu'une patiente présente des symptômes atypiques de ménopause (p. ex., perte de poids, sang dans les selles), éliminez, toute autre pathologie grave par une bonne anamnèse et l'utilisation des tests, au besoin.	<i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>
4	Chez une patiente qui présente des symptômes de ménopause, mais chez qui les résultats des tests ne confirment pas ce diagnostic, n'éliminez pas la possibilité d'une ménopause sur la seule base de ces résultats.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
5	Lorsqu'une patiente présente des contre-indications à l'hormonothérapie (HTS), ou qu'elle fait le choix de ne pas en prendre : Explorez les autres options thérapeutiques et recommandez d'autres alternatives qui sont appropriées.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
6	Chez les femmes ménopausées ou en période de périménopause, <ol style="list-style-type: none"> a) Informez-vous spécifiquement sur l'utilisation de produits naturels ou de plantes médicinales. b) Mentionnez-leur les effets et les dangers potentiels (c.-à-d. avantages et inconvénients) des produits naturels ou des plantes médicinales, ainsi que leurs interactions. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Anamnèse</i>
7	Chez les femmes ménopausées ou en période de périménopause, renseignez-les sur les recommandations concernant le dépistage et la prévention de certains problèmes de santé (p. ex., tests pour l'ostéoporose, mammographie).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
8	Utilisez l'anamnèse pour établir les risques et les avantages de l'hormonothérapie substitutive.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Anamnèse</i>

Nouveau-né

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lors de l'examen d'un nouveau-né, recherchez systématiquement des anomalies congénitales subtiles (p. ex., anomalies des oreilles, fossette sacrée), car elles peuvent être associées à d'autres anomalies et syndromes génétiques.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Examen physique</i>
2	Chez un nouveau-né, lorsqu'une personne soignante a soulevé une inquiétude (parent, infirmière), a) Envisagez la possibilité d'un problème de septicémie ; et b) Recherchez des signes de septicémie, car sa présentation peut être discrète (p. ex., pas la même que chez les adultes, non spécifique, difficultés d'alimentation, changements respiratoires). c) Posez un diagnostic provisoire de septicémie.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Examen physique Anamnèse</i> <i>Diagnostic</i>
3	Réanimatez le nouveau-né selon les lignes directrices actuelles.	<i>Raisonnement clinique Habilité technique</i>	<i>Traitement</i>
4	Maintenez vos aptitudes de réanimation néo-natale si vous avez à les utiliser dans le cadre de votre pratique.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
5	Quand un parent choisit de nourrir son nouveau-né au biberon, supportez sa décision sans porter de jugement.	<i>Professionalisme Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
6	Dans le cadre des soins au nouveau-né, assurez-vous de répéter la recherche d'anomalies qui pourraient devenir évidentes après un certain temps (p. ex., les hanches, le cœur, l'audition).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi Examen physique</i>
7	Au moment de donner le congé de l'hôpital à un nouveau-né, a) Informez les parents des signes avant-coureurs d'une maladie grave ou imminente, et b) Établissez un plan avec eux afin qu'ils obtiennent les soins adéquats si jamais un problème se présentait.	<i>Raisonnement clinique Communication</i> <i>Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement Suivi</i> <i>Suivi</i>

Obésité

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Posez le diagnostic d'obésité en utilisant une définition claire (présentement : indice de masse corporelle) et informez-le du diagnostic.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
2	Chez tous les obèses, recherchez les comorbidités traitables (p. ex., hypertension, diabète, coronaropathie, apnée du sommeil et ostéoarthrose).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
3	Chez les obèses dont la fonction thyroïdienne est normale, évitez de répéter le dosage de la TSH.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Investigation</i> <i>Traitement</i>
4	Informez-vous des effets de l'obésité sur la vie personnelle et sociale du patient afin de mieux en comprendre l'impact.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i>
5	Demandez au patient s'il est prêt à faire les changements nécessaires pour réduire son poids, et réévaluez périodiquement sa volonté de changer.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Suivi</i>
6	Dans vos conseils au patient qui désire un traitement, dites-lui qu'une prise en charge efficace nécessitera une diète appropriée, des exercices et un suivi (indépendant de tout traitement médical ou chirurgical). Facilitez-lui l'accès aux ressources disponibles.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
7	Pour prévenir l'obésité chez les enfants, conseillez aux parents la participation à des activités physiques adaptées à leurs besoins.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
8	Dans votre prise en charge de l'obésité chez l'enfant, et pour éviter des interventions contreproductives (p. ex. réprimander ou dévaloriser l'enfant obèse), mettez les parents au défi de faire les changements appropriés, en termes de diète et d'exercice, en les appliquant à toute la famille.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>

Œil rouge

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Évaluez toujours l'acuité visuelle par l'anamnèse, l'examen physique et l'échelle de Snellen.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i>
2	En présence d'un œil rouge, distinguez les causes graves (p. ex., kératite, glaucome, perforation, artérite temporale) des causes moins sérieuses (c.-à-d. ne présumez pas que la conjonctivite est responsable de tous les yeux rouges), a) Obtenez une anamnèse complète (p. ex., photophobie, changements visuels, histoire de traumatisme). b) Procédez à l'examen physique approprié (p. ex., taille de la pupille, acuité visuelle, lampe à fente, fluorescine). c) Obtenez les investigations appropriées (p. ex., vitesse de sédimentation, tonométrie). d) Référez le patient de façon appropriée (lorsque le diagnostic est incertain ou qu'une investigation plus poussée est nécessaire).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i> <i>Investigation</i> <i>Référer en consultation</i>
3	Lorsqu'un patient consulte pour une sensation de corps étranger intraoculaire, posez correctement le diagnostic en clarifiant le mécanisme de la blessure (p. ex., haute vitesse, métal sur métal, absence de verres protecteurs) et en investiguant lorsque nécessaire (p. ex., tomographie, radiographies).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
4	Lorsqu'un patient consulte pour une sensation de corps étranger, renversez les paupières pour éliminer la présence d'un corps étranger sous les paupières.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Habilité technique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Examen physique</i>
5	Chez les nouveau-nés atteints de conjonctivite (pas seulement un blocage des glandes lacrymales ou des sécrétions oculaires), recherchez une cause systémique et traitez de façon appropriée (p. ex. antibiotiques).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
6	Chez les patients atteints de conjonctivite, utilisez l'anamnèse et l'examen physique pour distinguer les causes allergiques ou infectieuses (virales ou bactériennes).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Anamnèse</i>
7	Lorsqu'un patient présente une conjonctivite bactérienne et qu'il porte des lentilles cornéennes, prescrivez une antibiothérapie qui couvre le <i>Pseudomonas</i> .	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
8	Ayez recours aux stéroïdes seulement s'il y a indication (p. ex. pour traiter une iritis ; à éviter dans les cas de kératite et de conjonctivite).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
9	Chez les patients atteints d'iritis, recherchez des causes systémiques sous-jacentes (p. ex., maladie de Crohn, lupus érythémateux, spondylite ankylosante).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>

Ostéoporose

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez tous les patients adultes, évaluez le risque d'ostéoporose dans le cadre de leur examen médical périodique.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
2	Utilisez judicieusement la mesure de la densité minérale de l'os (p. ex. ne faites pas subir le test à tout le monde, suivez une directive).	<i>Sélectivité Professionalisme</i>	<i>Investigation Suivi</i>
3	Offrez des conseils à tous les patients concernant la prévention primaire de l'ostéoporose (c.-à-d. calcium alimentaire, activité physique, abandon de la cigarette), surtout chez les personnes à risque plus élevé (p. ex., les jeunes athlètes féminines, les patients atteints de troubles alimentaires).	<i>Raisonnement clinique Communication</i>	<i>Traitement</i>
4	Chez les femmes ménopausiques et périménopausiques, offrez des conseils au sujet de la prévention des fractures, qui comprennent l'amélioration de la forme physique, la diminution de la consommation d'alcool, l'abandon de la cigarette, les risques liés à la violence physique et les facteurs environnementaux qui pourraient contribuer aux chutes (p. ex. ne pas uniquement suggérer de prendre du calcium et de la vitamine D).	<i>Raisonnement clinique Communication</i>	<i>Traitement Génération d'hypothèses</i>
5	Chez les patients atteints d'ostéoporose, évitez de prescrire des médicaments qui pourraient augmenter les risques de chutes.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Traitement</i>
6	Offrez des conseils concernant la prévention des fractures aux hommes plus âgés, car eux aussi sont susceptibles de souffrir d'ostéoporose.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Traitement</i>
7	Traitez les patients chez qui l'ostéoporose a été diagnostiquée, peu importe leur sexe (p. ex. utilisez des bisphosphonates chez les hommes).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Traitement</i>

Otalgie

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Posez le diagnostic d'otite moyenne aiguë (OMA) seulement après avoir bien visualisé le tympan (c.-à-d. tout cérumen doit être enlevé), et après avoir observé des changements significatifs au niveau du tympan, tel bombement ou distorsion du réflexe protomoteur (c.-à-d. que ce ne sont pas tous les tympan rouges qui sont synonymes d'OMA).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Habilité technique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Examen physique</i>
2	Dans le diagnostic différentiel d'une otalgie, incluez la douleur référée qui provient d'autres sources (p. ex., abcès dentaire, névralgie du trijumeau, dysfonction temporo-mandibulaire, pharyngite, etc.).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
3	Dans le diagnostic différentiel d'une otalgie, n'oubliez pas la possibilité d'une étiologie grave (p. ex., tumeur, artérite temporale, mastoïdite).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
4	Dans le traitement d'une otite moyenne, limitez l'utilisation des antibiotiques (p. ex., sensibiliser les patients au fait que la plupart des otites moyennes sont d'origine virale), tout en assurant un suivi adéquat (p. ex. réévaluation dans 48 heures).	<i>Sélectivité</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
5	Soyez rationnel dans la prescription d'une antibiothérapie pour traiter une otite moyenne (Utilisez des antibiotiques de première ligne, à moins d'indication contraire très spécifique).	<i>Sélectivité</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
6	Chez les patients souffrant d'otalgie (notamment secondaire à une otite moyenne), contrôlez adéquatement la douleur (analgésiques par voie orale).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
7	Chez un enfant qui présente une fièvre et un tympan rouge, ne présumez pas que la fièvre est causée par le tympan rouge. Envisagez toutes les hypothèses diagnostics pour expliquer la fièvre.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
8	Chez les enfants qui font des otites récidivantes, évaluez l'audition à la recherche d'une surdité.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i>

Note : voir les éléments clés du thème « [fièvre](#) ».

Parkinsonisme

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsqu'on soupçonne une maladie de Parkinson, il faut distinguer précisément la maladie de Parkinson idiopathique du parkinsonisme (p. ex., maladie qui survient à un âge plus jeune, maladie liée à l'usage des drogues), puisque les traitements sont différents.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
2	Dans le plan de soins des patients atteints de la maladie de Parkinson, impliquez d'autres professionnels de la santé pour favoriser l'autonomie fonctionnelle du patient.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
3	Chez le patient âgé où vous observez une détérioration de l'autonomie fonctionnelle, recherchez et identifiez la maladie de Parkinson, puisque celle-ci peut être une cause potentiellement réversible de cette détérioration.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
4	Chez un patient qui présente un tremblement, faites un examen physique approprié (p. ex., observation, utilisation de techniques pour amplifier le tremblement) afin de distinguer le tremblement de repos associé au parkinsonisme des autres formes de tremblement (p. ex. essentiel).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Examen physique</i>
5	Dans votre prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson, identifiez les effets indésirables des médicaments, notamment ceux avec lesquels vous n'êtes pas familier.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
6	Dans le cadre du suivi des patients atteints de la maladie de Parkinson : - Évaluez leur autonomie fonctionnelle. - Surveillez les effets médicamenteux indésirables. - Recherchez les problèmes associés (p. ex., dépression, démence, chutes, constipation).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Suivi</i>

Patient difficile

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsque la relation médecin-patient est jugée difficile, posez un diagnostic de trouble de la personnalité si les critères sont présents.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
2	Lorsque confronté à des interactions avec un patient difficile, recherchez, lorsque nécessaire, les renseignements concernant le contexte de vie passé et présent du patient ainsi que son autonomie fonctionnelle.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse Diagnostic</i>
3	Chez un patient atteint de maladie chronique, anticipez que les interactions seront difficiles de temps à autre. Soyez particulièrement compatissant et compréhensif pendant ces périodes.	<i>Approche centrée sur le patient Professionnalisme</i>	<i>Traitement Suivi</i>
4	Avec les patients difficiles, demeurez vigilant lors de l'apparition de nouveaux signes et symptômes afin de vous assurer de leur accorder une attention adéquate (p. ex., patients psychiatriques, patients souffrant de douleurs chroniques).	<i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
5	Lorsque confronté à des interactions avec un patient difficile, identifiez vos propres attitudes et votre contribution à la situation.	<i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement Diagnostic</i>
6	Lorsque vous vous impliquez avec un patient difficile, établissez clairement les limites.	<i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i>
7	Prenez l'initiative de mettre fin à la relation médecin-patient lorsque c'est dans le meilleur intérêt du patient.	<i>Professionnalisme Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
8	Avec un patient difficile, établissez, en toute sécurité, un terrain d'entente en partant des besoins du patient (p. ex. patients menaçants ou exigeants).	<i>Approche centrée sur le patient Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i>

Personnes âgées

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	<p>Chez le patient âgé qui prend plusieurs médicaments, évitez la pharmacologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en surveillant les effets indésirables ; • en révisant périodiquement la médication (p. ex. la médication est-elle toujours indiquée ? La posologie est-elle appropriée ?) ; • en surveillant les interactions médicamenteuses. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
2	Chez le patient âgé, informez-vous de l'utilisation de médicaments sans ordonnance (p. ex., plantes médicinales, pastilles contre la toux, médicaments en vente libre, vitamines).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
3	Chez le patient âgé, dépistez les facteurs de risque modifiables (p. ex., trouble visuel, atteinte auditive) afin de promouvoir la sécurité et l'autonomie fonctionnelle.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
4	<p>Chez le patient âgé, évaluez l'état fonctionnel afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'anticiper et de discuter du besoin éventuel d'apporter des changements à l'environnement ; • de vous assurer que le soutien social est adéquat. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Anamnèse</i>
5	Chez les personnes âgées, le mode de présentation des maladies peut être atypique, n'excluez pas ces maladies sans avoir préalablement effectué une évaluation minutieuse (p. ex., pneumonie, appendicite, dépression).	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>

Perte de connaissance

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient inconscient, évaluez l'ABC et réanimez au besoin.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
2	Dans le cadre de l'évaluation d'un patient ayant perdu connaissance, obtenez des antécédents précis du patient ou d'un témoin qui incluraient la durée de la perte de connaissance, le type de traumatisme, les maladies préexistantes, les drogues, les substances toxiques, les médicaments et la présence de crises épileptiques.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>
3	Examinez les patients inconscients pour localiser et identifier des signes diagnostiques (p. ex., odeur de cétone, tremblement du coma hépatique, signes neurologiques focalisés).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Examen physique</i>
4	Chez les patients ayant des antécédents de perte de connaissance et de traumatisme à la tête, écarter le diagnostic d'hémorragie intracrânienne.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Investigation</i>
5	Chez les patients anticoagulés ayant perdu connaissance, excluez le diagnostic d'hémorragie intracrânienne.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Investigation</i>
6	Évaluez et traitez les patients sans connaissance de manière urgente pour les troubles réversibles (p. ex., choc, hypoxie, hypoglycémie, hyperglycémie et overdose).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
7	Dans le cadre du suivi des patients ayant perdu connaissance, après une évaluation, offrez-leur des conseils concernant le retour au travail, les activités sportives, la conduite automobile et les activités récréatives afin de minimiser le risque de blessures à eux-mêmes ou à d'autres dans l'éventualité d'une récurrence.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
8	Chez les patients ayant perdu connaissance sans qu'un diagnostic clair ait été posé, poursuivez les investigations (p. ex. écarter le diagnostic d'arythmie transitoire, de crise épileptique).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Investigation</i>
9	Dans le cadre du suivi des patients ayant perdu connaissance et qui présentent un risque d'épisodes récurrents, discutez de mesures protectrices et de prévention précises (p. ex. changements de position avec changements de pression orthostatique).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Génération d'hypothèses</i>

10	Traitez les patients ayant perdu connaissance à la suite d'un traumatisme à la tête et assurez leur suivi selon les lignes directrices actuelles sur les commotions cérébrales.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
11	Avisez les autorités au sujet de certains patients ayant perdu connaissance (p. ex. concernant la conduite automobile).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>

Perte de poids

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Recherchez une cause sous-jacente à la perte de poids inexplicée d'un patient, en notant les antécédents, en faisant un examen physique (y compris le poids) et en effectuant les investigations adéquates.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
2	Maintenez un dossier ouvert du poids du patient afin de déterminer avec exactitude le moment où la perte de poids s'est produite.	<i>Professionalisme</i>	<i>Examen physique</i>
3	Chez un patient dont la perte de poids est persistante sans cause diagnostiquée, faites un suivi et réévaluez la situation de façon périodique afin de décider si des mesures s'imposent.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>

Pneumonie

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Devant un patient qui ne présente pas les signes et symptômes respiratoires classiques (p. ex., détérioration, délire, douleur abdominale), incluez la pneumonie dans votre diagnostic différentiel.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
2	Devant un patient qui présente les signes et symptômes d'une pneumonie, n'éliminez pas ce diagnostic sur la base de résultats normaux à la radiographie pulmonaire (considérez alors déshydratation, neutropénie, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
3	Après avoir posé le diagnostic de pneumonie, évaluez les risques d'avoir contracté un agent pathogène atypique (p. ex., antécédents de tuberculose, exposition aux oiseaux, voyages, infection par le VIH, aspiration).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
4	Chez les patients atteints de problèmes médicaux préexistants (p. ex., asthme, diabète, insuffisance cardiaque congestive) et d'un nouveau diagnostic de pneumonie : a) Traitez les deux problèmes de façon concomitante (p. ex. avec prednisone et antibiotiques). b) Ajustez le plan de traitement de la pneumonie, en tenant compte des problèmes médicaux concomitants (soyez conscient des interactions médicamenteuses, par exemple celle entre la warfarine [Coumadin] et les antibiotiques).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Traitement</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
5	Par le biais de l'anamnèse, de l'examen physique et des tests de laboratoire, identifiez les patients qui sont à risque élevé de développer des complications de leur pneumonie et qui bénéficieraient d'une hospitalisation, même si leur état peut sembler cliniquement stable.	<i>Sélectivité</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Diagnostic</i>
6	Chez le patient atteint de pneumonie qui présente des signes précoces de détresse respiratoire, évaluez et réévaluez périodiquement le besoin d'un soutien respiratoire (respiration à pression positive à deux niveaux, respiration au moyen de respirateurs à pression positive continue, intubation) (c.-à-d. identifiez le besoin avant la survenue d'une décompensation).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
7	Après confirmation du diagnostic de pneumonie, rationalisez vos choix d'antibiotiques (p. ex. patient externe + bonne santé = antibiotiques de première ligne ; évitez l'utilisation systématique des « gros canons »).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>

8	Lorsque le patient traité pour pneumonie ne répond pas favorablement :	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
	a) Réviser le diagnostic (p. ex. identifiez d'autres causes ou facteurs contributifs comme le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique, ou un bronchospasme), recherchez des pathogènes atypiques (p. ex., <i>Pneumocystis carinii</i> , une tuberculose). Diagnostiquez les complications (p. ex., empyème, pneumothorax).		
	b) Modifiez votre thérapie en conséquence (p. ex. changez d'antibiotiques).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement Diagnostic</i>
9	Identifiez les patients (p. ex., les personnes âgées, les résidents en soins prolongés, les patients atteints de maladie débilitante) qui bénéficieraient d'une immunisation ou d'autres traitements (p. ex. vaccin contre l'influenza, <i>Pneumovax</i> , ribavarine) afin de réduire l'incidence de la pneumonie.	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
10	Après avoir posé le diagnostic de pneumonie, assurez le suivi approprié (p. ex., éducation du patient, radiographie pulmonaire de contrôle, instructions de revenir en cas de détérioration).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>
11	Lorsque le diagnostic de pneumonie est confirmé, organisez la recherche de contacts lorsque approprié (p. ex., chez les tuberculeux, les résidents des centres d'hébergement, les patients atteints de la maladie du légionnaire).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi Référer en consultation</i>

Problèmes médicaux multiples

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsque les raisons de consultation sont multiples (p. ex. avec plusieurs symptômes, problèmes ou diagnostics), obtenez une anamnèse appropriée afin de déterminer la raison principale de la consultation.	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
2	Lorsque les raisons de consultation sont multiples, établissez une liste des problèmes par priorité afin d'élaborer un plan de soins sur lequel vous-même et le patient serez d'accord (c.-à-d. déterminer un terrain d'entente).	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
3	Lorsque les raisons de consultation sont multiples (et/ou visites), songez à une dépression sous-jacente, à l'anxiété ou à l'abus (p. ex., physique, médicamenteux, ou abus de substances) comme cause des malaises, tout en poursuivant votre recherche d'une pathologie organique sous-jacente.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
4	Devant un patient présentant de multiples affections médicales, évaluez périodiquement la présence de symptômes dépressifs, puisque ces patients sont particulièrement à risque de dépression secondaire.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>
5	Périodiquement, réviser et réévaluer la prise en charge des patients affligés de problèmes médicaux multiples afin de : <ul style="list-style-type: none"> • simplifier la prise en charge (pharmacologique et autre) ; • limiter la polypharmacologie ; • minimiser les interactions médicamenteuses potentielles ; • mettre à jour les alternatives thérapeutiques (p. ex. changements des lignes directrices ou de la situation du patient). 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
6	Chez les patients ayant des problèmes médicaux et des visites multiples alors que les symptômes demeurent inchangés, fixez des limites aux consultations lorsque nécessaire (p. ex. limitez la durée et la fréquence des visites).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>

Problèmes propres à chaque genre

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lors de l'évaluation de problèmes cliniques qui peuvent se manifester différemment chez les hommes et les femmes, posez un diagnostic différentiel inclusif qui tient compte de ces différences (p. ex. la coronaropathie chez la femme, la dépression chez l'homme).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
2	Dans le cadre des soins des femmes ayant des inquiétudes au sujet de leur de santé, considérez la possibilité d'un problème de violence conjugale.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>
3	Quand les hommes et les femmes manifestent des inquiétudes au sujet de leur état de santé lié au stress, évaluez la contribution possible de problèmes liés à l'équilibre entre les rôles (p. ex. équilibre travail-vie personnelle ou partage des tâches entre partenaires).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>
4	Établissez des politiques et des pratiques au travail pour vous assurer que les patients se sentent à l'aise et peuvent faire des choix, en particulier lors d'examen délicats (p. ex. positionnement pour le test de Pap, chaperons pour les examens génital ou rectal).	<i>Professionalisme</i>	<i>Examen physique</i>
5	Interprétez et appliquez pour vos patients les données probantes fondées sur la recherche en tenant compte du biais sexiste présent dans les études cliniques (p. ex., recours à l'AAS chez les femmes).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>

Prostate

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Identifiez de façon appropriée les patients qui nécessitent un dépistage du cancer de la prostate.	<i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic Anamnèse</i>
2	Lorsqu'il est indiqué de dépister un cancer de la prostate, utilisez et interprétez les tests (p. ex., antigène prostatique spécifique, toucher rectal, échographie) de façon appropriée afin d'identifier les cas potentiels.	<i>Sélectivité Approche centrée sur le patient</i>	<i>Investigation Diagnostic</i>
3	En présence d'un cancer de la prostate, recherchez activement les impacts psychologiques résultant du diagnostic et des modalités thérapeutiques.	<i>Approche centrée sur le patient Communication</i>	<i>Anamnèse</i>
4	En présence d'un cancer de la prostate, lorsque vous analysez une option thérapeutique spécifique (p. ex., chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, absence de traitement), a) Présentez les risques et les avantages du traitement. b) Surveillez chez les patients l'apparition de complications suite au traitement.	<i>Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Génération d'hypothèses Suivi</i>
5	En présence d'un cancer de la prostate, informez-vous des symptômes d'une récurrence locale ou d'envahissement métastatique.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse Génération d'hypothèses</i>
6	Lorsque vous soupçonnez une hypertrophie bénigne de la prostate, posez le diagnostic en vous basant sur l'anamnèse, l'examen physique et les investigations appropriées.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
7	Devant un patient qui consulte pour des symptômes urinaires spécifiques ou non, a) Identifiez la possibilité d'une prostatite. b) Interprétez les investigations appropriées (p. ex., analyse d'urine, culture d'urine et sensibilité du germe aux antibiotiques, toucher rectal, écouvillonnage, technique de transcription inverse suivie de la réaction en chaîne de la polymérase).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i> <i>Diagnostic Investigation</i>

Réanimation cardio-respiratoire

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Maintenez à jour vos compétences concernant la réanimation cardio-respiratoire (ACLS) (c.-à-d. assurez le maintien de votre base de connaissances).	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
2	Effectuez promptement la défibrillation d'un patient en fibrillation ventriculaire (FV) ou en tachycardie ventriculaire (TV), symptomatique sans pouls.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
3	Diagnostiquez les arythmies graves (TV, FV, tachycardie supraventriculaire [TSV], fibrillation auriculaire [FA], ou bloc du deuxième ou du troisième degré). Traitez-les conformément aux protocoles de l'ACLS.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
4	Suspectez et traitez promptement les causes d'arythmies qui sont réversibles (p. ex., hyperkaliémie, intoxication à la digitale, intoxication à la cocaïne) avant la confirmation du diagnostic.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
5	Assurez une ventilation adéquate (c.-à-d. avec masque et ballon d'anesthésie) et un contrôle des voies respiratoires.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
6	Chez les patients nécessitant une réanimation, évaluez les circonstances (p. ex., asystolie, durée de la réanimation, pronostic pré-réanimation, testament biologique) qui vous aideront à décider quand cesser la réanimation. (Évitez les réanimations inappropriées.)	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
7	Chez les patients atteints de problèmes médicaux graves ou de maladie terminale, discutez du niveau de soins en abordant la réanimation et les décisions de fin de vie (p. ex., réanimation, alimentation par sonde, niveaux de traitement). Réévaluez périodiquement la situation.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
8	Soyez présent auprès des membres de la famille (p. ex., par du counselling, présent dans la salle de réanimation) pendant et après la réanimation du patient.	<i>Professionalisme</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
9	Pour une réanimation pédiatrique, faites appel aux ressources appropriées (p. ex., échelle de Braeslow, poids du patient) pour déterminer précisément les doses des médicaments et la taille des sondes, des cathéters ainsi que du tube endotrachéal.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

Note : ce thème ne traite pas du « choc ».

Saignement gastro-intestinal

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui a du sang dans ses selles et dont l'état hémodynamique est instable, tenez compte des antécédents pour distinguer entre un saignement gastro-intestinal supérieur et un saignement inférieur, car l'examen sera alors différent.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic Anamnèse</i>
2	Chez un patient chez qui vous soupçonnez la présence de sang dans les selles, explorez d'autres causes possibles (p. ex., ingestion de betteraves, de fer, de Pepto-Bismol) avant de procéder à un examen général.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Anamnèse</i>
3	Recherchez les patients à risque plus élevé de saignement GI (p. ex., saignement GI antérieur, séjour aux soins intensifs, anti-inflammatoires non stéroïdiens, alcool) afin de modifier le traitement pour diminuer le risque de saignement GI (p. ex. cytoprotection).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Anamnèse</i>
4	Chez les patients souffrant d'un saignement GI évident, identifiez ceux qui pourraient nécessiter un traitement en temps opportun même s'ils ne sont pas encore en état de choc.	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
5	Chez un patient stable atteint d'un saignement GI inférieur, recherchez des causes sérieuses (p. ex., tumeur, maladie intestinale inflammatoire, ulcère, varices) même quand le saignement semble avoir une cause évidente (p. ex. n'attribuez pas un saignement rectal aux hémorroïdes ou à un anticoagulant oral).	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
6	Chez un patient souffrant d'un saignement GI supérieur, <ol style="list-style-type: none"> a) Incluez le saignement de varices dans votre diagnostic différentiel. b) Utilisez les antécédents et l'examen physique pour évaluer la probabilité d'un saignement variqueux, car sa prise en charge est différente. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
		<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse Examen physique</i>

Saignement vaginal

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez toute femme qui présente un saignement vaginal, éliminez une grossesse.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
2	Chez les femmes enceintes qui présentent un saignement vaginal, a) Considérez certaines causes sérieuses (p. ex., grossesse ectopique, décollement du placenta, avortement). Confirmez ou excluez le diagnostic en interprétant correctement les résultats des tests. b) N'oubliez pas de préciser le groupe sanguin et de procéder aux tests de dépistage. De plus, administrez le vaccin Winrho lorsqu'approprié. c) Diagnostiquez (et traitez) toute instabilité hémodynamique.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i> <i>Traitement Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic Traitement</i>
3	Chez une femme non enceinte qui présente un saignement vaginal, a) Procédez à l'investigation et aux tests appropriés afin de diagnostiquer certaines causes sérieuses (p. ex. cancer), en utilisant une approche appropriée à l'âge. b) Diagnostiquez (et traitez) toute instabilité hémodynamique. c) Prenez en charge toute patiente hémodynamiquement stable, mais dont le saignement vaginal est important (p. ex. traitement médical ou chirurgical).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation Diagnostic</i> <i>Diagnostic Traitement</i> <i>Traitement</i>
4	Lorsqu'une femme postménopausée présente un saignement vaginal, investiguez tout nouveau saignement ou tout changement vaginal (p. ex., biopsie de l'endomètre, échographie pelvienne, tomodensitométrie, Pap test, sans oublier l'examen gynécologique).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i>

Schizophrénie

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les adolescents et jeunes adultes qui consultent pour des problèmes de comportement, a) Incluez la schizophrénie dans le diagnostic différentiel b) Revoquez le diagnostic si la situation évolue	Raisonnement clinique Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic Génération d'hypothèses Diagnostic
2 Chez les patients schizophrènes « apparemment » stables (c.-à-d. dont la psychose est encapsulée), évaluez périodiquement et de façon structurée (idéalement en obtenant de l'information collatérale des membres de la famille et des autres soignants) : • les symptômes positifs et négatifs ; • l'autonomie au niveau des activités de la vie quotidienne, ainsi que le niveau de fonctionnement social ; • les idées de faire du mal à soi ou à autrui, y compris le risque de violence ; • l'observance au traitement médicamenteux et les effets indésirables ; • la consommation de substances ; • la capacité d'accepter ou de refuser le traitement.	Raisonnement clinique	Anamnèse
3 Chez les patients psychotiques, communiquez clairement au patient et à sa famille les limites de la confidentialité	Professionalisme Communication	Traitement
4 Chez tous les patients qui présentent des symptômes psychotiques, informez-vous de la consommation ou de l'usage abusif de substances.	Raisonnement clinique	Anamnèse
5 Chez les patients schizophrènes, veillez au traitement précoce et au suivi clinique, y compris l'orientation vers d'autres professionnels et les soins collaboratifs, puisque cela pourrait améliorer le pronostic.	Raisonnement clinique Communication	Traitement Référer en consultation
6 Chez les patients dont la schizophrénie est décompensée, déterminez si la consommation de substances a contribué à la situation, le rôle de l'observance du traitement médicamenteux et les problèmes liés aux effets indésirables, aussi, vérifiez que le soutien psychologique n'a pas changé.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
7 Chez les patients dont la schizophrénie est décompensée, a) Déterminez s'ils remplissent les critères de traitement involontaire b) Aidez le patient à comprendre pourquoi cela est nécessaire c) Clarifiez votre rôle continu dans les soins	Raisonnement clinique Professionalisme Communication Approche centrée sur le patient Communication	Diagnostic Traitement Référer en consultation Suivi
8 Diagnostiquez et traitez toute complication ou tout effet indésirable grave, relié à la médication antipsychotique (p. ex., syndrome malin des neuroleptiques, dyskinésie tardive, risques cardiométaboliques).	Raisonnement clinique	Traitement Diagnostic
9 Dans le plan de traitement des patients schizophrènes, incluez les soutiens psychosociaux (p. ex., déterminants sociaux de la santé, soutien familial, enjeux liés aux handicaps, réadaptation professionnelle).	Approche centrée sur le patient Sélectivité	Traitement Référer en consultation

Sexualité

Élément clé	Habilité	Phase
<p>1 Posez les questions de façon respectueuse, sur la santé et la fonction sexuelles lorsque cela est approprié, p. ex. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En présence d'affections présentant un risque élevé de dysfonctionnement sexuel (p. ex., après un IM, diabète, certains médicaments) • Durant les transitions entre les cycles de la vie (p. ex. adolescence, grossesse, ménopause, andropause) <p>Ne présumez pas l'inactivité sexuelle dans certaines populations (p. ex., personnes ayant un handicap, aînés, célibataires)</p>	Raisonnement clinique	Anamnèse
<p>2 Informez les patients sur la santé sexuelle, le consentement et la sécurité, surtout pour les patients à risque (p. ex., de stigmatisation, d'exploitation), à l'aide d'un vocabulaire simple approprié à l'âge, au stade du développement et à la culture du patient.</p>	Raisonnement clinique Communication	Traitement
<p>3 Chez les patients (surtout les adolescents ou les personnes vulnérables) qui consultent pour un problème sexuel ou lié à la sexualité, mentionnez explicitement la confidentialité</p>	Communication Professionnalisme	Traitement
<p>4 Chez un patient qui présente une dysfonction sexuelle, réalisez une évaluation détaillée (y compris les systèmes précis tels la santé mentale, la consommation d'alcool et de substances, les facteurs relationnels et leur impact, les médicaments, les antécédents sexuels, y compris les expériences positives et négatives) afin de poser un diagnostic juste.</p>	Raisonnement clinique	Anamnèse Génération d'hypothèses
<p>5 Lorsque vous soignez un patient qui a des préoccupations liées au genre ou à la sexualité,</p> <p>a) Saisir l'occasion pour déstigmatiser les préoccupations liées au genre et à la sexualité (p. ex., en utilisant le pronom préféré par la personne, le mot partenaire ou ami plutôt que chum)</p> <p>b) Reconnaissez vos propres préjugés, gérez-les et veillez à ce que le patient reçoive les soins appropriés</p> <p>c) Faites la différence entre orientation sexuelle, identité de genre et fonction sexuelle</p> <p>d) Référez le patient en spécialité lorsque cela est indiqué</p> <p>e) Informez le patient sur les ressources offertes dans la communauté</p>	<p>Communication Approche centrée sur le patient</p> <p>Professionnalisme</p> <p>Raisonnement clinique Sélectivité</p> <p>Raisonnement clinique Communication</p>	<p>Anamnèse Traitement</p> <p>Anamnèse Traitement</p> <p>Anamnèse</p> <p>Référer en consultation Traitement</p>
<p>6 Lorsque vous effectuez un examen physique qui provoque une réaction inattendue,</p> <p>b) Identifiez et reconnaissez la réaction</p> <p>c) Mettez fin à l'examen</p> <p>d) Discutez de la réaction, en respectant la dignité du patient</p> <p>e) Avec le patient, décidez ensemble des prochaines étapes.</p>	<p>Professionnalisme Communication Professionnalisme</p> <p>Communication Professionnalisme Approche centrée sur le patient Communication</p>	<p>Examen physique Traitement Examen physique</p> <p>Traitement Traitement</p>

Soins du nourrisson

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Mesurez et inscrivez à chacune des visites les paramètres de la croissance sur un graphique : taille, poids et périmètre crânien. Examinez les systèmes appropriés aux âges appropriés, en utilisant une feuille de suivi de l'examen médical périodique pédiatrique basée sur des données probantes (p.ex. le <i>Rourke Baby Record</i>).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Habilité technique</i>	<i>Examen physique</i>
2 Modifiez la routine du calendrier de vaccination pour accommoder certains besoins particuliers (p. ex., les immunocompromis, les allergiques).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
3 Donnez vos conseils sur l'allaitement maternel (p. ex., sevrage, retour au travail, habitudes de sommeil) au-delà de la période néonatale afin de promouvoir l'allaitement au sein aussi longtemps que désiré.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
4 À chaque rencontre, donnez aux parents vos conseils sur certains éléments importants (p. ex., habitudes alimentaires, développement, immunisation, trucs utiles pour les parents, posologie antipyrétique, sécurité).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5 Informez-vous de l'adaptation de la famille à l'enfant (p. ex., interactions entre frères et sœurs, changements au niveau des rôles des deux parents, implication de la famille élargie).	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i>
6 Lorsque les parents sont réticents à faire vacciner leurs enfants, discutez des éléments suivants afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée : <ul style="list-style-type: none"> - leur compréhension de la vaccination. - les conséquences de ne pas faire vacciner (p. ex. rubéole congénitale, décès). - la sécurité des enfants non vaccinés (p. ex. aucun voyage dans le Tiers Monde). 	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Anamnèse</i>
7 Lorsque les innovations récentes (p. ex. nouveaux vaccins) et les recommandations (p. ex. alimentation de l'enfant, circoncision) sont conflictuelles et qu'il n'existe pas de lignes directrices, discutez de ces informations avec les parents de façon non biaisée afin de les aider à prendre une décision éclairée.	<i>Professionalisme</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>

8	Même lorsque les enfants grandissent et se développent correctement, évaluez leurs habitudes alimentaires (p. ex. type, qualité et quantité d'aliments) afin de prévenir les problèmes futurs (p. ex., anémie, carie dentaire), particulièrement dans les populations à risque élevé (p. ex., les milieux défavorisés sur le plan socio-économique, ceux qui restreignent volontairement leur alimentation, les variations culturelles).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Soins palliatifs

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez tous les patients atteints de maladie en phase terminale (p. ex. insuffisance cardiaque congestive ou néphropathie au stade terminal), faites appel aux principes des soins palliatifs pour soulager les symptômes (c.-à-d. ne limitez pas le recours aux soins palliatifs uniquement aux cancéreux).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
2 Chez les patients qui nécessitent des soins palliatifs, offrez votre soutien personnel, l'expertise des autres disciplines, l'accès aux ressources communautaires, en fonction des besoins du patient (c.-à-d. utilisez une approche multidisciplinaire lorsque nécessaire).	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
3 Chez les patients en fin de vie, a) Identifiez les éléments qui sont importants pour le patient, en incluant les aspects physiques (p. ex., dyspnée, douleur, constipation, nausées), les aspects émotionnels, les aspects sociaux (p. ex. tutelle, testament, finances) et les aspects spirituels. b) Intéressez-vous aux questions importantes du patient.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
4 Chez les patients aux prises avec des douleurs, traitez-les efficacement (p. ex., ajustez les posologies, changez d'analgésiques) : • par des réévaluations fréquentes ; • en surveillant les effets indésirables des médicaments (p. ex. nausées, constipation, atteinte cognitive).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
5 Lorsqu'on a posé un diagnostic de maladie terminale, identifiez et clarifiez régulièrement les volontés de fin de vie du patient (p. ex., souhaits concernant le traitement des infections, l'intubation, fin de vie à domicile).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>

Somatisation

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les patients qui présentent des symptômes récidivants inexpliqués ou déconcertants, a) Ne concluez pas à un diagnostic de somatisation avant de procéder à une investigation adéquate pour éliminer toute affection médicale ou psychiatrique (p. ex. dépression. b) Réévaluez périodiquement les symptômes puisqu'ils peuvent évoluer en une affection médicale pouvant être diagnostiquée ou en un trouble de santé mentale, ou demeurer inexpliqués.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses Diagnostic
2 Lorsqu'un patient présente des symptômes pouvant être somatoformes (p. ex. causés par une détresse émotionnelle), distinguez bien la personne stressée qui présente des caractéristiques somatoformes d'un trouble somatique à l'aide des critères diagnostiques établis.	Raisonnement clinique Sélectivité	Diagnostic
3 Ne présumez pas que la somatisation est la cause de symptômes nouveaux ou persistants chez les patients ayant déjà reçu un diagnostic de trouble de somatisation.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses
4 Reconnaissez le vécu de la maladie des patients atteints d'un trouble de somatisation et tentez de trouver un terrain d'entente concernant le diagnostic et le traitement, y compris les investigations.	Approche centrée sur le patient Communication	Diagnostic Traitement
5 Lorsqu'un patient se présente fréquemment pour des symptômes médicalement contradictoires ou déconcertants qui ne sont pas inquiétants, a) Demandez les investigations de façon judicieuse. b) Éduquez le patient sur le lien entre les symptômes physiques et la détresse psychologique.	Raisonnement clinique Sélectivité Approche centrée sur le patient Communication	Investigation Traitement
6 Chez un patient ayant un diagnostic de santé mentale, ne présumez pas que des nouveaux symptômes physiques sont dus à la somatisation sans avoir évalué le patient.	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement Suivi
7 Lorsque vous soignez un patient qui somatise, reconnaissez et gérez vos propres réactions émotionnelles.	Professionnalisme Approche centrée sur le patient	Traitement Suivi
8 Lorsqu'un trouble somatique est établi comme le diagnostic le plus probable, recommandez et parlez au patient de la psychothérapie factuelle et orientez-le vers ces soins au besoin, en assurant les soins et le suivi continu appropriés.	Approche centrée sur le patient Communication Raisonnement clinique	Traitement Référer en consultation

9 Chez les patients qui somatisent, informez-vous des traitements qu'ils ont essayés et suggérez des thérapies pouvant soulager les symptômes et/ou aidez-les à s'adapter à leurs symptômes.

Professionalisme

Anamnèse

Approche centrée sur le patient

Traitement

Stress

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui manifeste un symptôme qui pourrait être attribué au stress (p. ex., mal de tête, fatigue, douleur), considérez le stress comme en étant la cause ou un facteur contributif et interrogez le patient à ce sujet.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>
2	Chez un patient chez qui le stress est identifié, évaluez l'impact de son stress sur son fonctionnement (c.-à-d. capable ou incapable de le gérer, simple stress ou détresse).	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Diagnostic</i>
3	Chez les patients qui ne gèrent pas leur stress, recherchez la présence d'une maladie mentale et diagnostiquez-la, le cas échéant (p. ex., dépression, trouble de l'anxiété).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
4	Chez les patients qui ne gèrent pas leur stress dans leur vie, a) Reconnaissez et identifiez les facteurs contribuant au stress. b) Explorez les ressources et les solutions possibles afin d'améliorer la situation.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
5	Chez les patients qui vivent un stress, recherchez des mécanismes d'adaptation inadéquats (p. ex., drogues, alcool, consommation de nourriture, violence).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>

Suicide

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Posez des questions sur les idées suicidaires et homicidaires (p. ex., idées, pensées, plan précis), surtout lors des soins aux patients atteints de maladie chronique, de troubles de santé mentale ou troubles liés à l'usage de substances, qui ont subi une perte récente ou sont en détresse émotionnelle, sont impulsifs ou qui ont des idées suicidaires répétitives ou ont fait plusieurs tentatives de suicide.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Anamnèse</i>
2 Devant un patient suicidaire, évaluez le degré de risque (p. ex., pensées, plans précis, accès à des moyens, impulsivité) afin de déterminer une intervention et un plan de suivi appropriés (COQ)	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
3 Chez les patients qui se sont automutilés (p. ex. coupures)		
a) Évaluez le risque de suicide, mais ne présumez pas qu'il s'agit d'un geste suicidaire (les personnes qui se coupent ne sont pas toutes suicidaires, mais certaines d'entre elles le sont.)	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
b) Explorez la détresse émotionnelle sous-jacente.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i>
c) Discutez d'autres stratégies d'adaptation.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
4 Chez les patients à faible risque de suicide que vous suivez dans la communauté,		
a) Fournissez des instructions précises pour le suivi	<i>Communication</i>	<i>Suivi</i>
b) Concevez un plan d'urgence approprié avec le patient en cas où les idées suicidaires augmenteraient.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
5 Durant l'évaluation et la prise en charge d'un patient à risque de se faire du mal ou de faire du mal à autrui, ayant été rapporté par un rapporteur, équilibrez le droit à la confidentialité du patient et celui du rapporteur, et le risque de blessures au patient, au rapporteur ou à d'autres personnes.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
6 Chez un patient suicidaire qui consulte à l'urgence pour une suspicion de surdose de drogues ou d'intoxication médicamenteuse, procédez toujours au dépistage d'une intoxication à l'acide acétylsalicylique ou à l'acétaminophène ; celles-ci sont courantes, dangereuses et fréquemment négligées.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Investigation</i>
7 Chez les patients traumatisés, n'oubliez pas de considérer une tentative de suicide comme facteur précipitant.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>

Thrombose veineuse profonde

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez des patients accusant une douleur ou une enflure à la jambe, évaluez la possibilité d'une thrombose veineuse profonde (TVP), car l'investigation et le traitement devraient être différents selon le risque.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
2	Chez des patients présentant une forte probabilité de maladie thrombotique (p. ex., caillot important dans la jambe, embolie pulmonaire soupçonnée), commencez un traitement anticoagulant si les tests sont retardés.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
3	Identifiez les patients susceptibles de profiter de la prophylaxie contre la TVP.	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
4	Ayez recours aux examens pour la TVP en tenant compte de leurs limites (p. ex., échographie et D-dimère).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Investigation</i> <i>Diagnostic</i>
5	Chez les patients dont la TVP a été diagnostiquée, utilisez un anticoagulant oral de façon adéquate (p. ex., commencez rapidement, surveillez les interactions médicamenteuses, surveillez les valeurs de laboratoire et ajustez les doses au besoin, cessez la warfarine au besoin, éduquez le patient).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
6	Évoquez la possibilité d'une coagulopathie sous-jacente chez les patients atteints d'une TVP, surtout quand elle est inattendue.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
7	Utilisez les bas de contention chez certains patients, afin de prévenir et de traiter un syndrome postphlébitique.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

Thyroïde

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	<p>Limitez le dépistage de la dysfonction thyroïdienne aux patients dont la probabilité prétest de résultats anormaux est élevée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ceux qui présentent les symptômes ou les signes classiques d'une dysfonction thyroïdienne ; - ceux dont les signes ou les symptômes sont atypiques, mais qui sont à plus grand risque d'avoir cette maladie (p. ex., les personnes âgées, les femmes en période postpartum, les patients ayant des antécédents de fibrillation auriculaire, les patients atteints d'une endocrinopathie). 	<p><i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i></p>	<p><i>Investigation</i></p>
2	<p>Chez le patient dont la dysfonction thyroïdienne est bien établie, ne vérifiez pas trop souvent les taux de thyroïdostimuline (TSH) ; faites-le plutôt à des moments appropriés, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après avoir ajusté la posologie médicamenteuse ; - lors du suivi des patients ayant une forme légère de thyroïdopathie ou avant de commencer le traitement ; - périodiquement chez les patients traités, mais dont l'état est stable. 	<p><i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i></p>	<p><i>Investigation</i></p>
3	<p>Lorsque vous examinez la glande thyroïde, utilisez la technique appropriée (c.-à-d. placez-vous derrière le patient et demandez-lui d'avaler), particulièrement pour trouver des nodules (lesquels peuvent nécessiter une investigation plus poussée).</p>	<p><i>Habilité technique</i></p>	<p><i>Examen physique</i></p>

Note : Ce thème ne couvre pas les nodules thyroïdiens.

Toux

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez les patients qui consultent pour une toux aiguë :		
a) Inclure dans votre diagnostic différentiel certaines causes graves (p. ex., pneumothorax, embolie pulmonaire).	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses
b) Pour poser un diagnostic d'infection virale, obtenez une anamnèse appropriée.	Raisonnement clinique	Diagnostic
c) Ne prescrivez pas d'antibiothérapie pour traiter une infection virale. (Lorsqu'approprié, considérez plutôt une thérapie antivirale).	Raisonnement clinique	Traitement
2 Chez les enfants qui consultent pour une toux persistante (ou récidivante), élaborez un bon diagnostic différentiel (p. ex., reflux gastro-œsophagien (RGO), asthme, rhinite, présence d'un corps étranger, coqueluche, etc.).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
3 Lorsque la toux persiste (p. ex. pendant des semaines) :		
a) Incluez dans votre diagnostic différentiel des causes extrapulmonaires (p. ex. RGO, insuffisance cardiaque congestive, rhinite), ainsi que d'autres causes plus graves (p. ex., cancer, embolie pulmonaire). Ne présumez pas que l'enfant souffre de bronchite virale.	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Diagnostic
b) Procédez à une investigation appropriée.	Raisonnement clinique	Investigation
4 N'attribuez pas une toux persistante à un effet médicamenteux indésirable (p. ex. à un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) sans d'abord considérer d'autres causes.	Raisonnement clinique	Diagnostic
5 Chez les fumeurs qui toussent de façon persistante, recherchez une bronchite chronique (maladie pulmonaire obstructive chronique) et si présente, posez le diagnostic. (Ne vous limitez pas à un diagnostic de « toux du fumeur ».)	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic

Traumatisme

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Évaluez et stabilisez les victimes de traumatismes avec une approche systématique, en anticipant les complications et en effectuant l'examen primaire et secondaire.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Examen physique</i>
2	Anticipez, identifiez et débutez immédiatement le traitement des complications qui mettent la vie du patient en danger (p. ex., pneumothorax sous tension, tamponnade).	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Diagnostic</i>
3	Devant plusieurs patients polytraumatisés, procédez au triage en fonction des ressources et des priorités de traitement.	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
4	Chez les victimes de traumatismes, assurez la perméabilité des voies respiratoires (p. ex., sécurisez la colonne cervicale, utilisez une sédation consciente, reconnaissez les airways difficiles, prévoyez les alternatives du airway difficile tel une crico-thyréostomie).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
5	Chez le patient qui présente des signes et symptômes de choc, <ul style="list-style-type: none"> a) Reconnaissez le choc. b) Définissez-en le type (neurogène, hypovolémique, septique) et la sévérité. c) Traitez efficacement le choc. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i> <i>Examen physique</i> <i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
6	Chez les victimes de traumatismes, recherchez une hypothermie dès l'arrivée et subséquemment (puisqu'elle peut se développer pendant le traitement).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Examen physique</i>
7	Soupçonnez certains problèmes médicaux (p. ex., convulsions, intoxication médicamenteuse ou par des drogues, hypoglycémie, tentative de suicide) comme la cause précipitante du traumatisme.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
8	Ne déplacez pas des patients potentiellement instables de la salle de stabilisation vers la salle d'investigation (p. ex., tomographie, examen radiologique).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Investigation</i>
9	Déterminez le moment où le transfert du patient est nécessaire (p. ex., saignement au niveau du système nerveux central, absence de soutien spécialisé).	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
10	Transférez les patients de façon appropriée (c.-à-d. stabilisez-les avant le transfert et choisissez le moyen de transfert, p. ex. ambulance ou avion).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
11	Profitez des occasions propices pour donner vos conseils afin de prévenir ou de minimiser les traumatismes (p. ex., ne conduisez pas en état d'ébriété, utilisez les ceintures et les casques de sécurité).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

12	Chez les enfants victimes de blessures d'origine traumatique, éliminez la violence. (Évaluez minutieusement le mécanisme déclaré de la blessure et assurez-vous qu'il correspond véritablement à la blessure).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Trouble de comportement

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez tous les patients, durant l'investigation d'un problème de comportement,		
a) Évaluez en détail les affections médicales et mentales (p. ex. schizophrénie chez les adolescents et les jeunes adultes) et les facteurs psychosociaux avant d'offrir un diagnostic ou des conseils définitifs (c.-à-d. ne vous limitez pas à dire que le problème « est une phase » ou « est hormonal » ou encore « fait partie de l'adolescence »)	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses Anamnèse
b) Utilisez un outil d'évaluation validé s'il est disponible		
c) Utilisez plusieurs sources d'information (p. ex. lieu de travail, famille, école) avec le consentement du patient	Sélectivité	Anamnèse Investigation
d) Explorez le point de vue du patient, et non pas exclusivement celui du soignant	Raisonnement clinique Professionalisme	Anamnèse
	Approche centrée sur le patient	Anamnèse
2 Lorsque vous évaluez des problèmes de comportement chez les adolescents, recherchez spécifiquement la consommation de substance, les problèmes avec les pairs et les autres facteurs de stress.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Anamnèse
3 Lorsque vous évaluez des problèmes de comportement chez un patient,		
a) Évaluez l'impact du comportement	Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique	Anamnèse
b) Explorez avec le patient toute détresse émotionnelle sous-jacente	Approche centrée sur le patient Communication	Anamnèse Traitement/Prise en charge
c) Déstigmatisez les comportements gênants	Approche centrée sur le patient Communication	Traitement/Prise en charge
4 Lorsque vous posez un diagnostic de trouble du comportement chez un patient,		
a) Évitez d'étiqueter prématurément un comportement comme un trouble	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
b) Effectuez un suivi avec soutien et visites régulières jusqu'à ce que la situation soit plus claire et que toute exigence thérapeutique soit évidente	Raisonnement clinique	Suivi
5 Lorsque vous traitez les problèmes de comportement,		
a) Évaluez le risque immédiat pour le patient et autrui, et désamorcez-le	Approche centrée sur le patient	Traitement/Prise en charge

b) Ne limitez pas le traitement à la médication ; considérez les autres dimensions du problème (p. ex., ne vous limitez pas aux amphétamines pour traiter le TDA, mais ajoutez l'enseignement des habiletés sociales, la gestion du temps, etc.) et appariez le patient aux ressources offertes dans la communauté.

Approche centrée sur le patient

Traitement/Prise en charge

6 En présence d'une relation difficile avec un patient aux prises avec un problème de comportement, maintenez une relation continue, thérapeutique et sans préjugé avec le patient et sa famille.

Approche centrée sur le patient
Professionalisme

Suivi

Trouble de la personnalité

Élément clé	Habilité	Phase
1 Lors de l'évaluation d'un patient qui présente des traits de personnalité ou des comportements qui perturbent les interactions ou le fonctionnement,		
a) Faites la différence entre les manifestations isolées ou intermittentes et les habitudes comportementales établies	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Anamnèse
b) Éliminez les causes pharmacologiques ou médicales sous-jacentes (p. ex., usage de substances, tumeur au cerveau)	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses
c) N'étiquetez pas prématurément le patient d'un trouble de la personnalité ou ne le faites pas sans justification claire (c.-à-d. des traits de personnalité ne sont pas un trouble)	Raisonnement clinique	Diagnostic
2 Pour tout patient atteint d'un trouble de la personnalité ou qui présente des traits de personnalité qui perturbent les interactions interpersonnelles,		
a) Adaptez votre style de communication de manière à optimiser le développement d'une relation thérapeutique afin d'offrir des soins efficaces	Communication Approche centrée sur le patient	Traitement
b) Déterminez l'impact de la personnalité du patient sur sa capacité d'accéder aux soins de santé	Approche centrée sur le patient Communication	
3 Lorsque vous dispensez des soins à un patient atteint d'un trouble de la personnalité, prenez en considération votre réponse émotionnelle, reconnaissez et gérez-la afin de dispenser des soins emphatiques centrés sur le patient.	Professionnalisme Approche centrée sur le patient	Traitement
4 Lorsque vous soignez des patients atteints d'un trouble de la personnalité ou qui ont des comportements ou des demandes difficiles,		
a) Abordez le comportement directement, mais de manière non menaçante	Communication Professionnalisme	Traitement
b) Créez avec le patient des objectifs et des attentes réalisables	Communication Approche centrée sur le patient	Traitement Suivi
c) Établissez et maintenez des limites claires (p. ex., durée de la consultation, prescription de médicaments, accessibilité) et communiquez ces limites à votre personnel	Communication Professionnalisme	Traitement Suivi
d) Poursuivez la relation thérapeutique avec le patient à moins qu'il y ait un risque pour vous ou pour autrui	Professionnalisme Approche centrée sur le patient	Traitement Suivi

5 Chez un patient atteint de trouble de la personnalité qui consulte pour l'évaluation de nouveaux symptômes ou d'un changement de sa symptomatologie habituelle, réévaluez vos diagnostics médicaux et psychiatriques (les patients atteints de troubles de la personnalité peuvent également développer des affections médicales et psychiatriques).

Raisonnement clinique

*Génération
d'hypothèses*

6 Lorsque vous voyez un patient pour lequel un autre médecin a déjà diagnostiqué un trouble de la personnalité, évaluez vous-même cette personne parce qu'il peut s'agir d'un diagnostic erroné et que l'attribution d'une étiquette peut avoir des répercussions importantes.

*Raisonnement clinique
Approche centrée sur le patient*

Diagnostic

Troubles alimentaires

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Lors des consultations cliniques avec des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, peu importe le genre de la personne, inclure l'évaluation du risque des troubles alimentaires. C'est une opportunité de procéder au dépistage à ne pas manquer.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Anamnèse Génération d'hypothèses
2 Chez un patient qui présente une détresse psychologique chronique ou des symptômes physiques inexplicables, posez-lui des questions sur son image corporelle et les comportements d'automutilation, y compris les troubles alimentaires.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Anamnèse Génération d'hypothèses
3 Chez un patient pour lequel vous avez identifié un trouble alimentaire, prenez une anamnèse appropriée, y compris : <ul style="list-style-type: none"> • habitudes alimentaires, relation avec la nourriture, image corporelle, détresse ; • troubles sous-jacents de santé mentale, y compris traumatisme psychologique antérieur, et les troubles liés à l'usage de substances ; • usage de médicaments en vente libre et sur ordonnance, de tabac, de caféine, de laxatifs et de suppléments. 	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Anamnèse
4 Chez un patient qui présente un trouble alimentaire, <ol style="list-style-type: none"> Évaluez les complications physiologiques et métaboliques Déterminez si l'hospitalisation ou une intervention immédiate sont nécessaires 	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Examen physique Investigation Traitement
5 Lorsqu'un diagnostic de trouble alimentaire est posé, <ol style="list-style-type: none"> Discutez de l'impact et des conséquences potentielles, peu importe si le patient accepte le diagnostic ou non Faites participer les parents, soignants, conjoints dans le traitement lorsque cela est approprié, et avec le consentement du patient Collaborez avec le patient et, s'il y a lieu, la famille pour créer un plan de traitement, incluant une orientation vers des ressources interprofessionnelles ou intraprofessionnelles le cas échéant Utilisez d'abord une intervention cognitivo-comportementale simple (c.-à-d. ne pas conclure qu'il faut nécessairement des soins tertiaires) Réévaluez périodiquement les comportements et leurs impacts sur l'humeur, l'anxiété, la fonction cognitive et les relations avec les proches 	Professionnalisme Approche centrée sur le patient Professionnalisme Approche centrée sur le patient Communication Approche centrée sur le patient Raisonnement clinique Sélectivité Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement Traitement Traitement Référer en consultation Traitement Anamnèse Suivi
6 Lorsque vous évaluez un patient qui présente un défi diagnostique (p. ex., arythmie sans cardiopathie, déséquilibre électrolytique en l'absence de	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses

médicament ou d'insuffisance rénale, aménorrhée en l'absence de grossesse), garder « complication d'un trouble des conduites alimentaires » dans votre diagnostic différentiel.

Usage de substances et addiction

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez tous les patients, et particulièrement dans les groupes à risque élevé (p. ex., maladie mentale, incapacité chronique), profitez de toutes les occasions pour dépister l'usage de substances (tabac, alcool, autres substances).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
2 Chez un patient qui consomme de l'alcool ou d'autres substances (y compris les patients qui ne consomment qu'occasionnellement), a) Discutez de l'impact possible de la consommation sur eux-mêmes et sur autrui (p. ex., risque pour les enfants, indiscretions sexuelles) b) Discutez en détail des stratégies de réduction des méfaits (p. ex., échange de seringues, pas d'alcool au volant, immunisations)	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionalisme</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Traitement</i>
3 Pour tout patient qui présente un déclin fonctionnel, une confusion ou un délire, évaluer l'usage d'alcool ou de substances et le sevrage, même lorsque d'autres causes semblent plus évidentes.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
4 En présence de signaux d'alarme (p. ex., échec scolaire, changement de comportement), discutez de l'usage de substances avec les adolescents, leurs proches ou les autres intervenants.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
5 Considérez et recherchez l'usage de substances comme facteur étiologique possible en présence de problèmes qui ne répondent pas favorablement à une intervention appropriée (p. ex., usage d'alcool chez les patients atteints d'hypertriglycéridémie, inhalation de drogues chez un asthmatique).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
6 Chez un patient atteint d'une affection médicale traitée par opioïdes, stimulants ou sédatifs, ou hypnotiques, a) Réévaluez régulièrement le problème clinique pour confirmer qu'ils ont toujours besoin du médicament. b) Discutez d'un plan de sevrage menant à l'arrêt lorsque cela est indiqué c) Discutez du danger et de la sécurité du médicament (p. ex., entreposage, risque pour les enfants, détournement, mésusage)	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Suivi</i> <i>Traitement</i> <i>Suivi</i> <i>Traitement</i>
7 Pour un patient qui demande ou qui nécessite une nouvelle ordonnance d'opioïdes, de stimulants ou de tranquillisants, a) Évaluez la consommation d'alcool et de substance b) Expliquez clairement les bienfaits et les risques, et ne prescrivez pas avant d'avoir évalué et réduit les risques de mésusage	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
8 Chez les personnes faisant usage de substance, ou présentant un trouble lié à l'usage de substances, explorez régulièrement leur volonté de changer leurs habitudes de consommation.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Suivi ou Anamnèse</i>

<p>9 Pour un patient souffrant d'un trouble lié à l'usage d'alcool ou de substances, évaluez son niveau de motivation et impliquez-le dans l'élaboration d'un plan individualisé de sevrage et de traitement en cours comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'usage approprié de pharmacothérapie (p. ex., méthadone, acamprosate, revia) ; • le recours aux ressources communautaires et à d'autres professionnels de la santé ; • le suivi clinique approprié avec vous. 	<p><i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication ou</i> <i>Raisonnement clinique</i></p>	<p><i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i></p>
<p>10 Chez les patients aux prises avec un trouble lié à l'usage de substances, profitez des occasions pour dépister les comorbidités (p. ex., pauvreté, criminalité, infections transmissibles sexuellement, troubles de santé mentale) et les complications à long terme (p. ex. cirrhose).</p>	<p><i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i></p>	<p><i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i></p>
<p>11 Offrez votre soutien aux patients et aux membres de la famille affectés par le trouble lié à l'usage de substances. (L'utilisateur de substances peut ne pas être votre patient.)</p>	<p><i>Approche centrée sur le patient</i></p>	<p><i>Traitement</i></p>

Vaginite

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez les patientes qui consultent pour des symptômes récidivants d'écoulement vaginal et/ou de prurit périnéal, élaborer un vaste diagnostic différentiel (p. ex., lichen scléreux et atrophique, cancer de la vulve, dermatite de contact, fistule colo-vaginale), obtenez une anamnèse détaillée et procédez à un examen physique minutieux afin d'offrir une investigation et un traitement appropriés. (Ne présumez pas que les symptômes indiquent seulement la présence d'une mycose vaginale.)	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Examen physique</i>
2 Chez les patientes qui consultent pour un écoulement vaginal récidivant, mais chez qui l'anamnèse, l'examen physique et les résultats des tests sont négatifs, vous pouvez poser un diagnostic positif d'écoulement physiologique. Communiquez-le à la patiente pour éviter des consultations, des investigations ainsi que des traitements répétés et inappropriés dans le futur.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
3 Lorsque des prélèvements vaginaux ou le Pap test identifient fortuitement une vaginose bactérienne ou des candidoses, informez-vous des symptômes et traitez seulement lorsqu'approprié.	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Anamnèse Traitement</i>
4 Chez une fillette qui présente un écoulement vaginal, éliminez une infection transmissible sexuellement ou un corps étranger. (Ne présumez pas que l'enfant présente une mycose.)	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
5 Chez une fillette qui présente une candidose, recherchez une pathologie sous-jacente (p. ex., immunodépression, diabète).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>

Viol/agression sexuelle

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Prodiguez une approche globale centrée sur le patient à toutes les victimes d'agression sexuelle, indépendamment de leur décision ou de leur refus de procéder au recueil des preuves.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
2	Appliquez, les mêmes principes de prise en charge des agressions sexuelles dans un contexte aigu qu'ambulatoire (c.-à-d. évaluation médicale, prévention de la grossesse, dépistage/traitement/prophylaxie des infections transmissibles sexuellement, counselling).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
3	Dans les cas d'agression sexuelle, limitez la cueillette des données aux observations et aux autres renseignements médicalement nécessaires (c.-à-d. évitez d'inscrire les informations fondées sur les ouï-dire).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Anamnèse</i>
4	Chez les patientes victimes d'agression sexuelle, en plus de prendre les mesures prophylactiques post-exposition, évaluez le besoin d'une prophylaxie contre le virus de l'immunodéficience humaine et le virus de l'hépatite B.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
5	Offrez un counselling à tous ceux qui sont affectés par une agression sexuelle, que ce soit les victimes, les membres de la famille, les amis, ou les partenaires ; ne négligez pas l'impact de l'agression sexuelle chez toutes ces personnes.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
6	Réévaluez le besoin de counselling chez les patients affectés par une agression sexuelle.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
7	Informez-vous de toute agression sexuelle non déclarée lorsque vous voyez en consultation des patientes qui présentent des symptômes de dépression, d'anxiété ou de somatisation.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>

Violence familiale (sexuelle, physique, psychologique)

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui présente des risques de violence familiale, profitez des occasions offertes lors des consultations pour dépister la violence familiale (p. ex., examen médical périodique, visites pour anxiété/dépression, visites à l'urgence).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
2	Chez un patient dont la situation est suspecte ou confirmée de violence familiale, a) Évaluez l'importance du risque et la sécurité des enfants (c.-à-d. le besoin d'une intervention de la protection de la jeunesse). b) Sensibilisez-les sur l'escalade de la violence familiale.	<i>Sélectivité</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
3	Dans une situation de violence familiale suspecte ou confirmée, élaborez, avec le patient, un plan d'urgence approprié pour assurer la sécurité du patient et celle des autres personnes vivant sous le même toit.	<i>raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
4	Chez un patient qui vit de la violence familiale, offrez vos conseils sur le cycle de la violence familiale et des sentiments qui l'accompagnent (p. ex., sentiment d'impuissance, culpabilité) et ses conséquences sur les enfants.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>

Violence/patient agressif

Élément clé	Habilité	Phase
1 Dans certaines populations (p. ex., patients intoxiqués, patients psychiatriques, patients ayant des antécédents de comportement violent),		
a) Anticipez la possibilité de violence ou de comportement agressif.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
b) Reconnaissez les signaux d'avertissement du comportement violent/agressif.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
c) Ayez un plan d'action avant d'évaluer le patient (p. ex., demeurez près de la porte, soyez accompagné d'agents de sécurité ou autre personnel, préparez les contentions physiques et/ou chimiques en cas de nécessité).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
2 Chez tous les patients violents ou agressifs, y compris les intoxiqués, éliminez toute affection médicale ou psychiatrique sous-jacente (p. ex., hypoxémie, trouble neurologique, schizophrénie) (c.-à-d. n'attendez pas qu'ils soient à jeun, et comprenez bien que le fait de les calmer avec ou sans sédation ne signifie pas nécessairement qu'ils sont mieux).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
3 Chez un patient violent ou agressif, assurez la sécurité (y compris par des contentions appropriées) du patient et du personnel avant d'évaluer ce patient.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i>
4 Dans la gestion de votre milieu de pratique (c.-à-d. cabinet, service des urgences), élaborer un plan visant à maîtriser les patients agressifs verbalement ou physiquement, et faites en sorte que votre personnel connaisse ce plan et qu'il soit en mesure de l'appliquer.	<i>Professionnalisme</i>	<i>Traitement</i>

Annexes :

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences pour la médecine familiale en régions rurales et éloignées

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en santé mentale

Liste des actes techniques de base en médecine de famille (2010)

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences pour la médecine familiale en régions rurales et éloignées¹⁹

1. Traumatisme en régions rurales et éloignées
2. Transfert de patients
3. Septicémie
4. Urgences pédiatriques
5. Présentations cardiaques aiguës
6. Urgences psychiatriques
7. Urgences diabétiques
8. Assistance respiratoire active
9. Présentations respiratoires urgentes
10. Prise en charge des fractures et des luxations
11. Soins de maternité
12. Altération du niveau de conscience
13. Sédation procédurale
14. Douleur chronique en en régions rurales et éloignées
15. Santé des Autochtones
16. Courage clinique
17. Adaptation à la vie rurale
18. Sécurité et sensibilité culturelles

¹⁹ Blau E, Cambell G, Chase C, Dhillon P, Miller K, Geller B, et collab. *Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences pour la médecine familiale en régions rurales et éloignées* Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2018.

Traumatisme en régions rurales et éloignées

Élément clé	Habilité	Phase
1		
Lorsqu'un patient polytraumatisé se présente,		
a) Évaluez et stabilisez les affections menaçant le pronostic vital en ayant recours à une approche standardisée avant de vous occuper des blessures distrayantes qui ne menacent pas le pronostic vital.	Raisonnement clinique Sélectivité	Diagnostic Traitement
b) Réévaluez minutieusement tout en tenant compte des mécanismes de la blessure, des causes sous-jacentes possibles (p. ex., intoxication, convulsions, violence physique) et du patient dans sa globalité.	Raisonnement clinique Sélectivité	Diagnostic Suivi
c) Soupçonnez fortement la présence de blessures significatives et faites la différence entre un traumatisme multiviscéral et celui touchant un seul système ou appareil	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Diagnostic
2		
Lorsque la nécessité d'un transfert est anticipée, amorcez rapidement le processus de transfert. (VOIR AUSSI : Transfert de patients)	Sélectivité Communication	Traitement Référer en consultation
3		
Dans une situation de polytraumatismes complexes (p. ex., plusieurs patients) endossez le rôle de leadership en :	Professionalisme	Traitement
• communiquant clairement ;		
• faisant plusieurs choses à la fois et s'occupant du triage correctement ;		
• attribuant les rôles aux membres de l'équipe ;		
• mobilisant rapidement les ressources communautaires (p. ex., médecins en congé, sapeurs-pompiers, policiers, clergé).		
4		
Lors du traitement d'un patient traumatisé,		
a) Réévaluez régulièrement l'état du patient.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Suivi
b) Maintenez la communication avec l'équipe, de même que la famille, et informez-les de tout changement.	Communication	Traitement Suivi

Voir aussi : [Traumatisme](#) et [Perte de connaissance](#)

Transfert de patients

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
<p>1 Pour tout patient devant potentiellement être transféré, tenez compte des facteurs ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • stabilité de l'état du patient ; • ses propres limites et les limites en matière de ressources ; • conditions météorologiques et facteurs géographiques ; • délais de transfert prolongés ; • aspects socioculturels et volontés du patient et de la famille. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
<p>2 Chez tous les patients, évaluez et reconnaissez ceux qui nécessitent un transfert immédiat et ne retardez pas le transfert pour des raisons administratives ou pour obtenir d'autres examens à moins que ces dernières puissent modifier la prise en charge immédiate.</p>	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
<p>3 Après avoir pris la décision de transférer le patient,</p> <p>a) Stabilisez le patient et continuez de réévaluer les conditions pour le transfert (p. ex., météorologiques) et l'état du patient,</p> <p>b) Établissez la communication avec l'équipe devant recevoir le patient, en articulant clairement et avec assurance les besoins et les motifs du transfert.</p> <p>c) Évaluer la meilleure méthode de transport en fonction de l'état du patient, des conditions météorologiques et des facteurs géographiques.</p> <p>d) Prévoyez les complications possibles liées au transfert (p. ex., barotraumatisme, plaies de lit) et préparez le patient en conséquence (p. ex., veillez à ce que les solutés et tubes endotrachéaux soient bien fixés, veillez à ce que le patient soit bien au chaud).</p> <p>e) Déterminez le besoin d'accompagnement du patient par un professionnel de la santé tout en tenant compte des répercussions sur le reste de l'équipe de santé et la communauté.</p> <p>f) Veillez à communiquer continuellement avec la famille, l'hôpital et l'équipe devant recevoir le patient.</p> <p>g) Assurez-vous de bien documenter au dossier.</p>	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
	<i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Référer en consultation</i>
	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Habilités techniques</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
	<i>Professionalisme</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
	<i>Communication</i>	<i>Référer en consultation</i> <i>Suivi</i>
	<i>Communication</i>	<i>Référer en consultation</i> <i>Suivi</i>
<p>4 Durant le transfert,</p> <p>a) Réévaluez régulièrement l'état du patient, y compris la température corporelle et les points de pression</p>	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>

b) Maintenez la communication avec l'hôpital devant recevoir le patient.	<i>Communication</i>	<i>Référer en consultation Suivi</i>
c) Demeurez engagé et intervenez au besoin jusqu'à ce que le patient soit transféré en toute sécurité sous les soins du médecin qui le reçoit.	<i>Communication Professionalisme</i>	<i>Référer en consultation Suivi</i>

Voir aussi : [Traumatisme](#)

Septicémie

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1		
Chez un patient qui présente une infection,		
a) Reconnaissez les symptômes et signes précoces de septicémie, en fonction des lignes directrices actuelles.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
b) Restez vigilant pour les tableaux cliniques difficiles à discerner et atypiques (p. ex., chez les nouveau-nés, les enfants, les personnes âgées).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
c) Tenez compte des patients à risque (p. ex., patients sous agents biologiques, patients toxicomanes).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>
2		
Chez un patient qui manifeste des signes et symptômes de septicémie,		
a) Prenez-le en charge immédiatement avec des antibiotiques. Ne retardez pas le traitement si les examens sont difficiles à obtenir (p. ex., collecte d'urine, imagerie).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
b) Connaissez les profils locaux de résistance aux antibiotiques et instaurez un traitement, tel qu'indiqué	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
c) Envisagez le traitement antiviral et/ou antifongique.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
3		
Surveillez étroitement les patients infectés et prenez-les en charge sans tarder, puisque ces patients peuvent décompenser rapidement :	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
• reconnaissez le choc septique ;		
• reconnaissez le besoin d'administrer un vasopresseur ;		
• envisagez proactivement le transfert du patient, en fonction des normes thérapeutiques et des capacités de la localité		
4		
Durant le traitement d'un patient infecté, communiquez avec la Santé publique, le cas échéant, pour veiller à ce que les contacts soient traités de manière appropriée.	<i>Communication</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>

Voir aussi : [Infections](#), [Antibiotiques](#), [Étourdissements](#), [Nouveau-né](#), [Infection urinaire](#), [Personnes âgées](#), [Enfants](#) et [Pneumonie](#)

Urgences pédiatriques

Élément clé	Habilitété	Phase	
1	Lorsqu'un enfant en détresse se présente,		
a)	Prévoyez une détérioration rapide, peu importe le contexte, et identifiez les situations menaçant le pronostic vital. Ne sous-estimez pas la gravité des symptômes si l'enfant se présente au bureau et non à l'urgence.	Raisonnement clinique Sélectivité	Anamnèse Génération d'hypothèses
b)	Ne retardez pas le traitement et/ou le transfert, le cas échéant.	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Traitement
c)	Mobilisez les ressources appropriées.	Raisonnement clinique Communication	Traitement
2	Lors de l'évaluation d'un enfant en détresse,		
a)	Vérifiez les signes vitaux et mesurez la taille, le poids et la glycémie.	Raisonnement clinique Habilités techniques	Examen physique
b)	Effectuez un examen physique complet, en sachant que l'anamnèse pourrait être incomplète et en tenant compte du fait que certaines maladies se manifestent différemment chez les enfants.	Raisonnement clinique Habilités techniques	Examen physique
c)	Envisagez la violence envers les enfants comme une étiologie possible et prenez les mesures nécessaires.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses
3	Lors de la formulation d'un plan de prise en charge pour un enfant en détresse,		
a)	Préparez l'équipement et les fournitures pédiatriques disponibles (p. ex., accès intra osseux, bande d'urgence pédiatrique de Broselow)	Habilités techniques	Génération d'hypothèses Traitement
b)	Calculez les posologies en fonction du poids et non de l'âge.	Raisonnement clinique Habilités techniques	Traitement
4	Lors de la prise en charge d'un enfant en détresse,		
a)	Soyez prêt à parer à une décompensation rapide.	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Traitement
b)	Surveillez constamment en suivant une approche systématique, et soyez prêt à réanimer	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement Suivi
5	Après avoir pris en charge une urgence pédiatrique et surtout après une issue défavorable,		
a)	Reconnaissez l'impact émotionnel sur la famille, le personnel, la communauté et vous-même	Approche centrée sur le patient Professionnalisme	Suivi
b)	Débreffez et gérez les conséquences de manière appropriée.	Communication Professionnalisme	Suivi

Voir aussi : [Réanimation cardio-respiratoire](#) et [Traumatisme](#)

Présentations cardiaques aiguës

Élément clé	Habilité	Phase
1	Chez un patient se présentant avec une atteinte cardiaque aiguë,	
a)	Reconnaissez un patient potentiellement instable qui nécessite une intervention, une consultation et/ou un transfert immédiats.	Raisonnement clinique Diagnostic Traitement
b)	Soupçonnez fortement et reconnaissez les tableaux cliniques variables en fonction du sexe, de l'âge et du mode de vie.	Raisonnement clinique Génération d'hypothèses
2	Chez un patient qui manifeste des symptômes évoquant un infarctus du myocarde,	
a)	Demandez un ECG et des analyses de laboratoire, et interprétez les résultats dans les meilleurs délais.	Raisonnement clinique Sélectivité Diagnostic Investigation
b)	Commencez le traitement en fonction du tableau clinique et des résultats de l'ECG, dans un contexte où la sérologie cardiaque n'est pas disponible.	Raisonnement clinique Diagnostic Traitement
b)	Identifiez les patients qui nécessitent une thrombolyse, tenez compte des contre-indications absolues et relatives et prenez en charge les complications qui se manifestent.	Raisonnement clinique Diagnostic Traitement
d)	Évaluez la nécessité d'une consultation téléphonique par rapport à un transfert immédiat ou tardif.	Raisonnement clinique Sélectivité Traitement Référer en consultation

Voir aussi : [Cardiopathie ischémique](#) et [Douleur thoracique](#)

Urgences psychiatriques

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lors de l'établissement d'un diagnostic différentiel pour un patient en urgence psychiatrique, tenez compte des différences culturelles et des causes sous-jacentes potentielles.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
2	Chez un patient en urgence psychiatrique diagnostiquée, déterminez les dispositions sécuritaires en tenant compte : <ul style="list-style-type: none"> • du contexte culturel et géographique ; • des ressources locales ; • de l'épuisement de l'aidant naturel. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
3	Lorsque l'admission ou le transfert d'un patient en urgence psychiatrique est envisagé, <ol style="list-style-type: none"> • Suivez les dispositions de la <i>Loi sur la santé mentale</i> en vigueur dans la province ou le territoire, et connaissez les limites de l'établissement local en matière d'admission et de soins d'urgence psychiatrique. • Veillez à la sécurité du patient, de sa famille et du personnel. • Insistez vigoureusement pour permettre l'admission du patient au niveau de soins appropriés. 	<i>Raisonnement clinique Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
4	Lors du transfert d'un patient en urgence psychiatrique, envisagez la sédation.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Traitement</i>
5	Devant un collègue, un ami ou un membre de sa famille en urgence psychiatrique, reconnaissez la possibilité de ressentir de l'inconfort, consultez tôt et transférez les soins à une autre personne aussitôt que possible.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement Référer en consultation</i>

Voir aussi : [Schizophrénie](#), [Dépression](#) et [Suicide](#)

Urgences diabétiques

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez un patient qui manifeste des symptômes évoquant une urgence liée à la glycémie,		
a) Evisagez et identifiez les cas d'hypoglycémie et d'hyperglycémie, même en présence d'un tableau clinique atypique (p. ex., jeunes patients avec d'autres symptômes, patients sous antiglycémique d'une nouvelle classe).	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Diagnostic
b) Évaluez les causes sous-jacentes (p. ex., infection, syndrome coronarien aigu).	Raisonnement clinique	Anamnèse Diagnostic
c) Évaluer le besoin de transférer le patient.	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement Référer en consultation
2 Chez un patient qui se présente avec une urgence hyperglycémique,		
a) Différenciez l'acidocétose diabétique de l'état d'hyperglycémie hyperosmolaire (EHH).	Raisonnement clinique	Traitement
b) Évaluer la gravité de la perturbation métabolique.	Raisonnement clinique	Investigation Diagnostic
3 Chez un patient pour lequel l'acidocétose diabétique ou l'EHH est diagnostiqué, suivez une approche systématique de prise en charge, y compris l'utilisation :	Raisonnement clinique	Traitement
<ul style="list-style-type: none"> • d'outils de point de service ; • de ressources de laboratoire ; • de ressources locales, tertiaires et en ligne ; • de lignes directrices actuellement acceptées. 		
4 Après une urgence diabétique aiguë, renseignez le patient et sa famille en matière de prévention (y compris le recours aux ressources locales) et à la reconnaissance précoce de futurs épisodes semblables.	Raisonnement clinique Communication	Traitement Suivi

Voir aussi : [Diabète](#)

Assistance respiratoire active

Élément clé	Habilité	Phase
1 Lorsque l'assistance respiratoire active est envisagée, faites appel à une approche systématique pour évaluer et déterminer : <ul style="list-style-type: none"> • l'urgence de la situation ; • les indications et contre-indications des interventions envisagées ; • les ressources disponibles (personnel, équipement et médicaments) ; • la possibilité qu'un soutien respiratoire prolongé soit requis. 	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Traitement
2 Avant d'assurer la perméabilité des voies respiratoires : <ul style="list-style-type: none"> a) Préparez tout l'équipement nécessaire. b) Prévoyez toujours les difficultés possibles à établir une voie respiratoire et soyez prêt à faire appel à d'autres stratégies (p. ex., masque laryngé, trachéotomie chirurgicale). 	Habilités techniques Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Traitement Génération d'hypothèses Traitement
3 Après avoir assuré la perméabilité des voies respiratoires : <ul style="list-style-type: none"> a) Confirmez cliniquement la position du tube endotrachéal. b) Continuez de réévaluer et préparez-vous à une modification rapide de l'état du patient. c) Assurez les soins oculaires, le drainage naso-gastrique et la sonde urinaire. d) Envisagez la capnographie et la radiographie pulmonaire pour confirmer la position du tube. 	Raisonnement clinique Sélectivité Habilités techniques Raisonnement clinique	Examen physique Suivi Traitement Investigation
4 Lors du transfert d'un patient intubé, <ul style="list-style-type: none"> a) Confirmez la position correcte du tube endotrachéal à chaque point de transfert du patient. b) Envisagez les exigences spéciales selon le mode de transport (p. ex., solution saline dans le ballon, matelassez les points de pression). 	Raisonnement clinique Raisonnement clinique	Examen physique Suivi Traitement

Voir aussi : [Réanimation cardio-respiratoire](#) et [Traumatisme](#)

Présentations respiratoires urgentes

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsqu'un patient en détresse respiratoire se présente, a) Gérez la détresse immédiatement. b) Formulez un diagnostic différentiel en se fiant à ses habiletés cliniques, à l'aide de l'imagerie, lorsque disponible. c) Faites la différence entre les étiologies des voies respiratoires supérieures et inférieures.	Sélectivité Raisonnement clinique Raisonnement clinique	Traitement Génération d'hypothèses Diagnostic Diagnostic
2	Lors de la prise en charge d'un patient en détresse respiratoire, a) Envisagez l'assistance respiratoire active (p. ex., blessure d'inhalation, hématome pulmonaire) en fonction de l'état du patient et des ressources disponibles. b) Réévaluez régulièrement à mesure que les symptômes évoluent, et que plus d'information est disponible, en gardant à l'esprit que la décompensation peut se produire rapidement. c) Envisagez le transfert avant que les besoins du patient ne surpassent les capacités locales	Raisonnement clinique Sélectivité Raisonnement clinique Raisonnement clinique Professionalisme	Génération d'hypothèses Diagnostic Suivi Référer en consultation
3	Chez un patient dont les voies respiratoires supérieures sont compromises, agir rapidement pour soulager l'obstruction (p. ex., abcès périamygdalien, épistaxis, corps étranger, épiglottite).	Habilités techniques Sélectivité	Traitement

Voir aussi : [Assistance respiratoire active](#), [Infections des voies respiratoires supérieures](#), [Pneumonie](#) et [Douleur thoracique](#)

Prise en charge des fractures et des luxations

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui se présente avec une fracture ou une luxation, évaluez s'il y a atteinte vasculaire ou déficit neurologique, et notez-le au dossier.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Examen physique</i> <i>Diagnostic</i>
2	Chez un patient présentant une atteinte vasculaire, réduisez rapidement la fracture et/ou la luxation sans attendre les clichés d'imagerie.	<i>Habilités techniques</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
3	Chez un patient pour lequel une fracture est soupçonnée,		
	a) Posez une attelle et immobilisez convenablement, et envisagez l'analgésie.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
	b) Demandez l'examen d'imagerie approprié (p. ex., incidence spécifique, articulation au-dessus et au-dessous) en fonction de l'urgence de la situation et des ressources disponibles.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Investigation</i>
	c) Soupçonnez fortement les fractures non déplacées même lorsque la radiographie initiale est négative.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Examen physique</i> <i>Investigation</i>
4	Chez les patients qui présentent des fractures significatives, prévoyez les complications (p. ex., thromboembolie, syndrome du compartiment, hémorragie occulte) et prenez-les en charge en conséquence.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Examen physique</i> <i>Traitement</i>
5	Envisagez une consultation dans certains cas, comme : <ul style="list-style-type: none"> • fracture intra-articulaire ; • fracture touchant la plaque de croissance ; • fracture ouverte. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Référer en consultation</i>
6	Lors de la prise en charge d'un patient présentant une fracture ou une luxation, communiquez clairement avec le patient et sa famille (surtout lorsque le patient est un enfant) la nature de l'intervention, les complications possibles et les délais de rétablissement.	<i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
7	Lors de la préparation d'un patient avec une fracture pour un transfert,		
	a) Immobilisez la fracture et réévaluez régulièrement l'état neurovasculaire, y compris aux points de transfert.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
	b) Administrez une analgésie adéquate.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
	c) Réduisez au minimum le risque de plaies de lit.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

Voir aussi : [Sédation procédurale](#) et [Fractures](#)

Soins de maternité

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Durant les soins prénataux, communiquez précocement les avantages et les risques d'un accouchement local par rapport à un accouchement éloigné.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
2 Lors de la prise de décision, quant au lieu de l'accouchement avant ou durant le travail, examinez les facteurs existants et évolutifs importants, tels que : <ul style="list-style-type: none"> • préférences culturelles en matière de naissance ; • ressources locales ; • conditions météorologiques ; • état de la patiente. 	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
3 Pour toute femme en fin de la grossesse ou en travail, recherchez les présentations non céphaliques et adaptez la prise en charge en conséquence.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
4 Lorsqu'un fœtus est en détresse, <ol style="list-style-type: none"> a) Effectuez une intervention de réanimation intrapartum. b) Prévoyez un accouchement vaginal assisté ou un accouchement chirurgical. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Traitement</i>
5 Chez une femme enceinte ou en post-partum, envisagez la possibilité de pré éclampsie ou d'éclampsie et prenez-la en charge, le cas échéant.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
6 Après chaque accouchement, <ol style="list-style-type: none"> a) Soyez prêt à gérer une hémorragie du post-partum. b) Évaluez la présence de lacérations, en incluant un examen rectal, lorsque cela est indiqué. d) Prenez en charge les lacérations de façon adéquate et identifiez celles qui nécessitent l'intervention d'un consultant. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i> <i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i> <i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
7 Chez toutes les femmes et tous les nouveau-nés dont l'état est stable, encouragez et soutenez l'allaitement, surtout dans les régions où l'eau est de mauvaise qualité.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>

Voir aussi : [Grossesse](#) et [Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité.](#)

Altération du niveau de conscience

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient qui se présente avec un niveau de conscience altéré,	
a)	Obtenez une anamnèse complète et effectuez une évaluation clinique détaillée.	Raisonnement clinique Anamnèse Examen physique
b)	Déterminez et prenez en charge rapidement les causes réversibles courantes (p. ex., hypoglycémie, surdose d'opioïdes, septicémie, hypothermie).	Raisonnement clinique Sélectivité Diagnostic Traitement
c)	Déterminez le besoin d'effectuer des examens complémentaires pouvant nécessiter le transfert du patient à un autre établissement.	Raisonnement clinique Sélectivité Investigation Référer en consultation
d)	Réévaluez fréquemment toute modification de l'état du patient.	Raisonnement clinique Sélectivité Traitement Suivi
2	Lorsqu'un patient avec un niveau de conscience altéré se présente dans un état d'agitation ou d'agressivité, optimisez la sécurité du patient et du personnel.	Professionalisme Traitement

Voir aussi : [Perte de connaissance](#) et [Démence](#)

Sédation procédurale

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsque la sédation procédurale est envisagée, reconnaissez la différence entre les situations non urgentes et urgentes et obtenez le consentement en conséquence.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
2	Durant la préparation pour une sédation procédurale, <ol style="list-style-type: none"> a) Veillez à disposer du soutien et de l'équipement adéquats, y compris le protocole d'intubation à séquence rapide. b) Sélectionnez les médicaments et l'équipement adaptés au tableau clinique, en tenant compte de vos connaissances et de vos habiletés personnelles. c) Vérifiez toujours la dose en fonction du poids du patient, surtout chez les enfants. d) Envisagez de protéger les voies respiratoires chez les patients affaiblis. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
		<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
		<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
		<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
3	Durant la sédation procédurale, prévoyez, surveillez et réagissez aux complications potentielles (p. ex., laryngospasme, hypoventilation, hypotension).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
4	Chez un patient ayant subi une sédation procédurale : <ol style="list-style-type: none"> a) Veillez à une période de réveil adéquate en observation. b) Veillez à ce que le patient soit accompagné d'une personne responsable au congé. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
		<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>

Voir aussi : [Fractures](#)

Douleur chronique en régions rurales et éloignées

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez un patient souffrant de douleur chronique, reconnaissez les déterminants sociaux de la santé et les affections antérieures (p. ex., traumatisme, violence, toxicomanie) qui pourraient contribuer au syndrome de douleur.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
2 Lors du traitement de patients souffrant de douleur chronique, optimisez les médicaments non opioïdes et efforcez-vous d'offrir une prise en charge non pharmacologique (p. ex., counseling axé sur le traumatisme, physiothérapie, attelle, injections dans les articulations et les points d'acupuncture).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
3 Durant les soins d'un patient ayant reçu une ordonnance d'opioïdes contre la douleur chronique, utilisez toutes les ressources de la communauté (y compris la pharmacie locale) pour développer une approche locale et efficace de prescription qui réduit au minimum le potentiel de toxicomanie, améliore le traitement et favorise la sécurité.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
4 Durant les soins d'un patient souffrant de douleur chronique en milieu rural ou éloigné où il est difficile d'accéder à d'autres ressources, plaidez activement pour l'accès du patient aux services.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>

Voir aussi : [Douleur](#) et [Douleur chronique](#)

Santé des Autochtones

Ces éléments clés s'appliquent également à d'autres populations mal desservies des régions rurales et éloignées.

Élément clé	Habilité	Phase	
1	Lors de la prestation de soins aux populations autochtones,		
a)	Reconnaissez vos propres préjugés, suppositions et généralisations.	Professionnalisme	Génération d'hypothèses
b)	Tenez compte des normes culturelles locales des différents groupes de la population.	Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses Traitement
c)	Reconnaissez les effets systémiques et individuels des politiques historiques et actuelles du gouvernement à l'égard des populations autochtones et leur impact sur l'état de santé de la population.	Approche centrée sur le patient	Anamnèse Traitement
d)	Prenez le temps nécessaire pour établir la confiance et trouver des points communs.	Approche centrée sur le patient Communication	Anamnèse Traitement
e)	Reconnaissez le lien entre un piètre état de santé et les déterminants sociaux de la santé, et défendez activement l'accès des patients aux services.	Raisonnement clinique Professionnalisme	Génération d'hypothèses Traitement
2	Lors de l'évaluation des patients autochtones, envisagez les maladies qui sont courantes dans la localité (p. ex., tuberculose, maladies liées à l'eau ou environnementales, maladies liées aux sources traditionnelles de nourriture).	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses
3	Durant les soins auprès des populations autochtones, tenez compte de l'impact de la santé dentaire et renseignez les patients et leur famille sur la santé dentaire.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses Traitement
4	Durant les soins auprès des populations autochtones, tenez compte de l'effet de la situation géographique (p. ex., heures d'ensoleillement, isolement, accès à la nourriture) sur la santé mentale et physique.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Génération d'hypothèses
5	Chez les patients autochtones qui entretiennent des idées suicidaires, déterminez les endroits sécuritaires et faites participer les services de soutien disponibles.	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement
6	Lorsque le transfert d'un patient autochtone est envisagé, reconnaissez le traumatisme potentiel lié au départ de la communauté et traitez le patient localement autant que possible.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement

Voir aussi : [Professionnalisme](#) (Thèmes 3, 6 et 9), [Approche centrée sur le patient](#), [Suicide](#), et [Examen médical périodique/dépistage](#)

Courage clinique

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>	
1	Devant une situation clinique qui pourrait dépasser le niveau de confort du clinicien,		
a)	Ne minimisez pas la situation (p. ex., sous-estimer les habiletés nécessaires, ignorer la complexité de la situation pour éviter d'avoir à composer avec elle) et ne réagissez pas de manière excessive (p. ex., surtransférer, surconsulter).	<i>Professionnalisme</i> <i>Raisonnement clinique</i>	Traitement
b)	Évaluez de manière exhaustive en tenant compte des ressources, du tableau clinique, et des indications et contre-indications des interventions proposées.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	Diagnostic Traitement
c)	Formulez un plan de prise en charge.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	Traitement
2	Lorsque le clinicien envisage une intervention qui dépasse son niveau de confort, celui-ci doit se préparer à prendre le risque en :	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionnalisme</i>	Traitement
	<ul style="list-style-type: none"> • s'appuyant sur sa formation ou ses connaissances parallèles ; • prévoyant les difficultés et en consultant le cas échéant, en quête d'un soutien local et externe ; • suivant une approche axée sur le patient et en maintenant la communication avec le patient ou la personne qui agit en son nom, afin de s'assurer d'agir dans son intérêt. 		
3	Après une rencontre qui dépasse le niveau de confort du clinicien, celui-ci doit réfléchir, débriefer avec les confrères et identifier les occasions d'apprendre.	<i>Professionnalisme</i> <i>Raisonnement clinique</i>	Suivi
4	Durant les soins à un patient dont le diagnostic est incertain en région rurale ou éloignée où les ressources sont limitées, reconnaissez que l'évaluation répétée dans le temps contribue à assurer que le patient reçoit les soins appropriés.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	Suivi

Voir aussi : [Professionnalisme](#) (Thèmes [2](#), [3](#), [6](#) et [7](#))

Adaptation à la vie rurale

Se sensibiliser à la culture locale et aux normes sociales est le fondement de la familiarité avec sa communauté locale. Certaines personnes s'adaptent sans heurts, alors que pour d'autres, la transition est difficile.

Durant un emploi en région rurale ou éloignée :

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Reconnaissez vos propres besoins et ceux de votre famille dans le but d'obtenir un mode de vie durable et satisfaisant.	<i>Professionnalisme</i>	
2	Demeurez conscient de votre visibilité personnelle au sein de la communauté et du chevauchement de la vie personnelle et professionnelle.	<i>Professionnalisme</i>	
3	Assurez la confidentialité des patients, en gardant à l'esprit que la communauté est connectée de manières qui vous sont inconnues.	<i>Professionnalisme</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
4	Sachez que la création et le maintien des limites appropriées pourraient être plus difficiles en milieu rural.	<i>Professionnalisme</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
5	Participez activement à la vie communautaire.	<i>Professionnalisme</i> <i>Communication</i>	
6	Envisagez de maintenir une relation universitaire avec une faculté de médecine, à titre de superviseur.	<i>Professionnalisme</i>	
7	Soyez prêt à partager les responsabilités administratives en soins de santé dans la communauté (p. ex., médecin-chef, rôles de leadership, participation aux comités).	<i>Professionnalisme</i>	
8	Reconnaissez la possibilité d'une forte réponse émotionnelle et d'un état de stress post-traumatique chez soi et chez le personnel après avoir traité un collègue, un ami ou un membre de sa famille, ou après un événement communautaire ou médical traumatisant, et faites-y face en conséquence.	<i>Professionnalisme</i>	<i>Suivi</i>
9	Nouez des relations de soutien sécuritaires avec d'autres professionnels de la santé (y compris ceux d'autres communautés) avec lesquels il est possible de discuter sans formalité d'enjeux médicaux et sociaux (p. ex., groupes Balint, apprentissage en petit groupe axé sur les problèmes, Société de la médecine rurale du Canada).	<i>Professionnalisme</i>	
10	Ayez votre propre médecin de famille.	<i>Professionnalisme</i>	

Voir aussi : [Professionnalisme](#) (Thèmes [8](#), [10](#) et [11](#))

Sécurité et sensibilité culturelles

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Durant la prestation de soins de santé en région rurale ou éloignée, familiarisez-vous avec les traditions, croyances et habitudes locales, et reconnaissez les différences afin de prévoir et de prévenir les conflits potentiels.	<i>Professionalisme</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
2 Durant la prestation de soins de santé à un patient en région rurale ou éloignée, demeurez conscient des choix et des ressources déjà limités pour les patients et que vos propres valeurs pourraient influencer encore plus sur les services de soins de santé dispensés dans la communauté (p. ex., prescription d'opioïdes, contraception).	<i>Professionalisme</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
3 Durant la prestation de soins de santé à un patient en région rurale ou éloignée,		
a) Identifiez les priorités, attentes et préférences du patient (p. ex., transfert du patient, naissance, soins palliatifs et décès).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
b) Respectez les pratiques locales importantes (p. ex., hutte de sudation, cérémonie de purification, application de ventouses).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
c) Envisagez de solliciter des conseils ou de l'aide de personnes qui connaissent bien la culture du patient (p. ex., ministre, aîné).	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
4 Durant la prestation de soins de santé dans une communauté qui abrite un groupe ethnique ou religieux prédominant, évitez la généralisation et les suppositions selon lesquelles tous les membres de la communauté partagent les mêmes croyances et créez un environnement sécuritaire pour tous.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>

Voir aussi : [Professionalisme](#) (Thèmes [3](#), [5](#), [6](#) et [10](#))

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité²⁰

1. Travail et accouchement normaux
2. Surveillance du bien-être fœtal durant le travail
3. Douleur durant le travail
4. Dystocie du travail
5. Accouchement assisté par ventouse
6. Accouchement assisté par ventouse — habiletés techniques
7. Dystocie des épaules
8. Dystocie des épaules — habiletés techniques
9. Hémorragie post-partum
10. Déchirures du périnée — habiletés techniques
11. Fièvre du péri-partum
12. Hémorragie anténatale—après 20 semaines de gestation
13. Présentation non céphalique du fœtus
14. Rupture prématurée des membranes
15. Travail prématuré
16. Épreuve de travail après césarienne
17. Induction du travail
18. Santé mentale péri-partum
19. Hypertension/prééclampsie gestationnelle
20. Diabète gestationnel
21. Allaitement
22. 1^{re} semaine de vie
23. Travailler en équipes en soins intrapartum
24. Limites—pratiquer à l'intérieur de ses limites personnelles et de celles de l'établissement

²⁰ Citation suggérée : Biringer A, Ehman W, Fenton S, Gagnon A, Graves L, Miller K, Northorp S, et collab. *Sujets prioritaires et éléments clés dans l'évaluation des compétences en soins intrapartum et périnataux*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2017.

Travail et accouchement normaux

	Élément clé	Habilité	Phase
1	Lorsqu'une femme ²¹ se présente en travail,		
	a) Évaluez les facteurs de risque pour identifier celle pour qui l'accouchement vaginal est inapproprié.	Raisonnement clinique	Anamnèse
	b) Élaborez avec cette femme et ses accompagnateurs les attentes souhaitées pour l'accouchement.	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement Anamnèse
2	Lorsqu'une femme se présente en travail,		
	a) Diagnostiquez l'étape et la phase du travail en fonction de l'anamnèse et de l'examen abdominal et pelvien.	Raisonnement clinique	Diagnostic
	b) Décidez de l'admettre ou non en fonction des facteurs médicaux, sociaux et personnels appropriés afin de réduire les admissions prématurées.	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses
3	Durant le travail,		
	a) Offrez soutien et gestion de la douleur à l'aide d'une approche centrée sur la patiente et offrez plusieurs options (p. ex., ambulation, positionnements variés).	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
	b) Surveillez le bien-être de la mère et du fœtus, pour dépister tout changement qui pourrait altérer le plan de prise en charge.	Raisonnement clinique	Traitement
	c) Suivez les progrès régulièrement.	Raisonnement clinique	Traitement
	d) Évitez les interventions inutiles ou prématurées (p. ex. recours aux utérotoniques en dehors des phases de travail actif).	Sélectivité	Traitement
4	Durant le deuxième stade du travail,		
	a) Amorcez les poussées au moment approprié, en respectant les préférences de la femme en matière de position et d'efforts d'expulsion.	Raisonnement clinique	Traitement
	b) Exécutez un accouchement contrôlé afin de réduire les traumatismes au minimum.	Habilités techniques	Traitement
5	Immédiatement après l'accouchement vaginal,		

²¹ Nous reconnaissons et respectons le fait que toutes les personnes enceintes ne s'identifient pas aux rôles sexuels traditionnels. Le mot « femme » pour désigner la personne enceinte a été choisi aux fins d'uniformité et pour faciliter la lecture du document et n'entend pas exclure les personnes pour lesquelles il n'est pas le terme préféré.

a)	Prenez soin du nouveau-né en favorisant un contact peau à peau immédiat, une évaluation sommaire sans rompre le peau-à-peau, le clampage tardif du cordon et l'instauration précoce de l'allaitement.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
b)	Évaluez la nécessité de réanimer le nouveau-né et gérez la situation de manière appropriée.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Traitement</i>
c)	Évaluez le tonus et le saignement utérin, et administrez de l'ocytocine en prophylaxie durant le troisième stade.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
d)	Accouchez le placenta en évitant toute traction inutile.	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
e)	Évaluez la présence de lésions du périnée et prenez-les en charge, le cas échéant.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Examen physique Traitement</i>
<hr/>			
6	Après l'accouchement vaginal,		
a)	Débriefez l'équipe, y compris la femme et ses accompagnateurs et documentez de manière adéquate.	<i>Communication</i>	<i>Suivi</i>
b)	Réévaluez la mère et le bébé, et revoyez les plans de prise en charge continus avant de quitter l'unité de naissance.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>
<hr/>			

Surveillance du bien-être fœtal durant le travail

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
<p>1 Lorsqu'une femme se présente en travail, évaluez les facteurs de risque et le tableau d'ensemble pour sélectionner la méthode, la fréquence et le moment approprié pour instaurer la surveillance fœtale (auscultation intermittente p/r à monitoring fœtal électronique [MFÉ]).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation des facteurs de risque et du contexte doit être actuelle. • En règle générale, utilisez l'auscultation intermittente chez les femmes exemptes de facteurs de risque et le MFÉ en présence de facteurs de risque. • La surveillance fœtale doit respecter les protocoles standardisés. 	<p><i>Raisonnement clinique</i></p> <p><i>Sélectivité</i></p>	<p><i>Génération d'hypothèses</i></p> <p><i>Traitement</i></p>
<p>2 Lors de la surveillance du bien-être fœtal, corréliez toujours la fréquence cardiaque fœtale avec l'activité utérine.</p>	<p><i>Raisonnement clinique</i></p>	<p><i>Traitement</i></p> <p><i>Investigation</i></p>
<p>3 Lors de la surveillance du bien-être fœtal durant le travail, classifiez et consignez les observations (p. ex., normale, atypique ou anormale) conformément à la classification standardisée.</p>	<p><i>Raisonnement clinique</i></p> <p><i>Communication</i></p>	<p><i>Diagnostic</i></p>
<p>4 Lors de l'interprétation de la surveillance fœtale,</p> <p>a) Recherchez et reconnaissez les anomalies, particulièrement celles difficiles à discerner qui exigent des mesures immédiates.</p> <p>b) Agissez promptement pour corriger la situation.</p>	<p><i>Raisonnement clinique</i></p> <p><i>Sélectivité</i></p>	<p><i>Génération d'hypothèses</i></p> <p><i>Traitement</i></p>
<p>5 Lors de l'observation de résultats anormaux ou atypiques de surveillance fœtale,</p> <p>a) Interprétez-les dans le contexte d'ensemble de la grossesse et du travail (p. ex. étapes et progrès du travail, stabilité de l'état de la mère, facteurs de risque maternels et fœtaux, durée des anomalies).</p> <p>b) Évaluez l'étiologie et les facteurs contributifs.</p> <p>c) Instaurez la réanimation intra-utérine appropriée et, lorsque la surveillance fœtale anormale n'est pas corrigée par réanimation intra-utérine, planifiez l'accouchement.</p>	<p><i>Raisonnement clinique</i></p> <p><i>Raisonnement clinique</i></p> <p><i>Raisonnement clinique</i></p>	<p><i>Diagnostic</i></p> <p><i>Génération d'hypothèses</i></p> <p><i>Traitement</i></p>

Douleur durant le travail

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Avant le travail, discutez de douleur et de son soulagement avec la femme, en rectifiant les idées fausses et en lui fournissant de l'information.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
2	Chez une femme en travail, faites appel à une approche centrée sur la patiente pour clarifier son expérience de la douleur et son état émotionnel, de même que ses attentes et ses préférences en matière de gestion de la douleur.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
3	Lors de la gestion de la douleur chez une femme en travail, optimisez l'utilisation et l'efficacité du soutien et d'autres mesures non pharmacologiques (p. ex. hydrothérapie, NET, ambulation).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
4	Lors du soulagement pharmacologique de la douleur durant le travail, utilisez une méthode appropriée (p. ex. opiacés, protoxyde d'azote, anesthésie épidurale) en tenant compte des choix de la femme, du stade du travail, des ressources disponibles et des effets indésirables possibles (p. ex. modification du bien-être foetal, dépression respiratoire chez le nouveau-né, prolongation du travail).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5	Chez une femme qui a recours à l'analgésie durant le travail, recherchez les effets indésirables (p. ex. fièvre chez la mère, modification du bien-être foetal) et prenez-les en charge.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
6	Lorsque la douleur durant le travail est inhabituelle ou réfractaire à la prise en charge normalement efficace, évaluez la situation afin d'éliminer les causes inhabituelles ou pathologiques (p. ex. rupture de l'utérus, embolie pulmonaire, antécédents d'abus sexuel) qui exigeraient d'autres interventions ou approches.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>

Dystocie du travail

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsqu'une femme se présente possiblement en travail, diagnostiquez ou éliminez le travail actif en fonction de l'anamnèse et de l'examen abdominal et pelvien (c.-à-d. éviter les admissions prématurées à l'unité d'accouchement).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
2	Chez une femme en travail, <ol style="list-style-type: none"> a) Évaluez et prenez en note les progrès du travail en portant attention à la dilatation du col et la descente du fœtus. b) Posez un diagnostic de dystocie du travail si la dilatation du col ne progresse pas durant le premier stade du travail et si le fœtus ne descend pas durant le deuxième stade, tout en tenant compte des facteurs maternels et environnementaux; évitez de poser un diagnostic prématuré ou tardif. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Diagnostic</i>
3	Lorsque la dystocie du travail est soupçonnée ou diagnostiquée, <ol style="list-style-type: none"> a) Envisagez tout d'abord des méthodes non pharmacologiques pour la traiter (p. ex. ambulation, soutien continu, amniotomie). b) Recherchez systématiquement et identifiez les facteurs contributifs possibles (p. ex., contractilité utérine, taille et présentation du fœtus, structure pelvienne, douleur et état psychologique chez la mère) dans le but d'optimiser la prise en charge. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
4	Dans le cas d'une femme qui présente une dystocie du travail n'ayant pas répondu aux interventions non pharmacologiques adéquates, administrez un utérotonique approprié tout en surveillant minutieusement le bien-être de la mère et du bébé.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
5	Dans le cas d'une femme qui présente une dystocie du travail, recherchez et reconnaissez les indications chez la mère et le bébé d'un accouchement opératoire.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Diagnostic</i>

Accouchement assisté par ventouse

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez une femme en travail, recherchez les signes indiquant qu'elle pourrait avoir besoin d'un accouchement assisté (p. ex., dystocie du travail, surveillance fœtale atypique ou anormale, fatigue de la mère) et, lorsque ces signes sont présents, commencez les préparations pertinentes, y compris un plan alternatif qui compte de l'aide additionnelle, au besoin.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Traitement
2 Lorsqu'un accouchement assisté est envisagé, évaluez les contre-indications (p. ex. toute présentation autre que céphalique, dilatation incomplète du col de l'utérus, non-engagement de la tête, < 34 semaines) et, lorsqu'elles sont présentes, formulez d'autres plans pertinents pour l'accouchement.	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Traitement
3 Lorsqu'un accouchement assisté est indiqué, discutez des options avec la femme, obtenez son consentement éclairé et préparez l'équipe.	Communication Approche centrée sur le patient	Traitement
4 Lors d'un accouchement assisté, faites appel à une approche standardisée (p. ex. lettres A à J de la mnémonique du cours GESTA).	Raisonnement clinique	Traitement
5 Lorsqu'un accouchement assisté ne progresse pas comme prévu, ne continuez pas les efforts excessifs, mais abandonnez l'intervention et mettez de l'avant le plan alternatif pour l'accouchement.	Sélectivité	Traitement
6 Après un accouchement assisté, examinez la femme et le nouveau-né à la recherche de signes de traumatismes (p. ex., déchirure vaginale haute, déchirure du troisième degré, hémorragie sous-galéale) ou de la nécessité de soins plus poussés.	Raisonnement clinique	Examen physique Suivi
7 Au moment approprié suivant un accouchement assisté, débriefez la femme, ses accompagnateurs et l'équipe. Consignez soigneusement la conversation au dossier.	Communication	Suivi

Note : Pour les aspects techniques, voir aussi [les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale](#).

Accouchement assisté par ventouse — habiletés techniques

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Lorsqu'un accouchement assisté par ventouse est envisagé, confirmez la dilatation complète du col de l'utérus et évaluez la station et la position de la tête pour établir que l'intervention est sûre et qu'elle réussira probablement.	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
2 Avant de placer la ventouse, optimisez les chances de succès en veillant à ce que l'analgésie soit adéquate, à ce que la vessie de la femme soit vidée, et faites participer la femme et ses accompagnateurs à l'intervention. Vérifiez que l'équipement est en bon état de marche et qu'un plan alternatif est en place.	<i>Habilités techniques</i> <i>La communication</i>	<i>Traitement</i>
3 Lors de l'application de la ventouse, veillez à ce que sa position soit correcte, qu'aucun tissu maternel ne soit pincé et que la pression négative appropriée soit appliquée.	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
4 Lors d'un accouchement assisté par ventouse, appliquez la traction durant l'effort de poussée de la mère et tirez fermement, mais pas excessivement, sans pivoter. Appliquez la traction en suivant la courbe pelvienne, soit initialement vers le bas, puis finalement vers le haut.	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
5 Durant les tractions, évaluez la descente à chaque traction. Réévaluez le plan en présence d'indications que l'intervention échouera : <ul style="list-style-type: none"> • Aucun progrès après deux tractions lorsque la ventouse est bien positionnée et la force de traction est adéquate. • Trois détachements de la ventouse sans cause évidente. • Accouchement non imminent après quatre contractions. • Accouchement non imminent après avoir appliqué la ventouse pendant 20 minutes. 	<i>Habilités techniques</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>

Note : Pour les aspects techniques, voir aussi [les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale](#).

Dystocie des épaules

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Pour tous les accouchements, évaluez les facteurs de risque de dystocie des épaules, élaborer un plan de prise en charge en fonction des risques, et ajustez la préparation en fonction de leur évolution.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Traitement</i>
2	Pour tous les accouchements, anticipez tout signe de dystocie imminente des épaules, et demeurez vigilant quant à leur survenue et, lorsque cela est approprié, préparez la femme et l'équipe en vue de la possibilité d'une dystocie des épaules.	<i>La sélectivité Communication</i>	<i>Génération d'hypothèses Traitement</i>
3	Durant le deuxième stade du travail, reconnaissez promptement la dystocie des épaules lorsqu'elle se produit, communiquez la survenue clairement à l'équipe, y compris à la femme et, en équipe, exécutez les manœuvres appropriées pour corriger la situation.	<i>Raisonnement clinique Communication</i>	<i>Diagnostic Traitement</i>
4	Après la correction de la dystocie des épaules,		
	a) Examinez la mère et le nouveau-né à la recherche de traumatismes.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Examen physique Suivi</i>
	b) Débriefez l'équipe, y compris la femme et ses accompagnateurs.	<i>Communication</i>	<i>Suivi</i>
	c) Consignez minutieusement les manœuvres utilisées et la chronologie des événements (y compris l'intervalle entre l'accouchement de la tête et celui des épaules).	<i>Communication</i>	<i>Suivi</i>

Note : Pour les aspects techniques, voir aussi [les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale](#).

Dystocie des épaules — habiletés techniques

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsqu'une dystocie des épaules survient, informez l'équipe (y compris la femme), appelez de l'aide, et mettez immédiatement en œuvre un algorithme accepté pour corriger la dystocie.	<i>Habilités techniques</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
2	Lors de la prise en charge d'une dystocie des épaules, évitez les gestes qui pourraient faire en sorte que les épaules se coincent plus (p. ex. pression sur le fond de l'utérus, efforts de poussée de la mère alors que les épaules restent bloquées) ou que le bébé soit blessé (p. ex. tirer sur la tête, pivoter la tête pour tourner les épaules). Indiquez à la femme de pousser/pousser seulement lorsqu'on lui dit de le faire.	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
3	Lors de la prise en charge d'une dystocie de l'épaule, faites appel à une approche systématique qui inclut : <ul style="list-style-type: none"> • les manœuvres externes : hyperflexion des hanches (manœuvre de McRoberts), pression sus-pubienne sur l'épaule antérieure, position à quatre pattes ; • les manœuvres internes : rotations des épaules (manœuvres de Rubin, de Woods), dégagement du bras postérieur. • l'épisiotomie si nécessaire pour exécuter les manœuvres internes. 	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
4	Lors de la prise en charge d'une dystocie des épaules, terminez une manœuvre avant d'encourager la femme à pousser. En cas d'échec, passez rapidement à la manœuvre suivante avant le prochain effort de poussée.	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
5	Si les manœuvres initiales échouent, répétez-les, en perfectionnant la technique et en vous concentrant sur les manœuvres qui ont le plus de chances de réussir (p. ex. dégagement du bras postérieur, changez la position de la mère). Demandez de l'aide additionnelle.	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>

Note : Pour les aspects techniques, voir aussi [les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale](#).

Hémorragie post-partum

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez toutes les femmes enceintes, reconnaissez les facteurs de risque d'hémorragie post-partum (c.-à-d. grande multiparité, travail prolongé, anticoagulants) et préparez-vous en conséquence.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Traitement</i>
2	Prenez en charge le troisième stade du travail avec des utérotoniques en prophylaxie, envisagez la traction contrôlée du cordon et évaluez le tonus utérin après l'expulsion du placenta.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
3	Après toutes les naissances, surveillez étroitement les saignements continus (visibles et occultes) afin d'estimer avec précision la perte totale de sang et de dépister et diagnostiquer rapidement l'hémorragie post-partum.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>
4	Lorsqu'un diagnostic d'hémorragie post-partum est posé,		
	a) Distinguez les femmes stables des femmes instables, et ajustez la prise en charge en conséquence.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic Traitement</i>
	b) Mobilisez l'équipe de manière à offrir de l'aide additionnelle précoce.	<i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
	c) Recherchez les étiologies pouvant être corrigées, afin de les traiter, particulièrement : <ul style="list-style-type: none"> • la perte de tonus utérin (utérotoniques) • la rétention de produits de conception (retirer) • le traumatisme (réparer) • le globe vésical (sonde urinaire) • le déficit de coagulation (corriger) 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses Diagnostic</i>
	d) Surveillez étroitement la situation afin d'anticiper et de reconnaître le besoin d'intervenir.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>
5	Dans le cas d'une hémorragie post-partum stabilisée, continuez de surveiller la situation durant une période prolongée jusqu'à ce que la récurrence soit improbable.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>
6	Aux femmes ayant subi une hémorragie post-partum, fournissez des conseils relatifs à une grossesse subséquente.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>

Déchirures du périnée — habiletés techniques

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Après chaque accouchement, évaluez la présence, l'emplacement et l'amplitude des déchirures du périnée incluant un toucher rectal, lorsque cela est indiqué. Faites la différence entre les déchirures nécessitant une réparation et celles qui guériront spontanément.	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i> <i>Diagnostic</i>
2	Lorsqu'une déchirure du périnée est identifiée, <ol style="list-style-type: none"> a) Veillez à ce que l'évaluation et la réparation de la déchirure soient faites dans les conditions optimales (p. ex. aide, éclairage, rétraction, hémostase, analgésie). b) Reconnaissez les lésions compliquées du périnée (p. ex., déchirure du troisième ou du quatrième degré, déchirure vaginale haute) et envisagez de demander de l'aide ou une consultation pour la réparation. c) Réparez les déchirures en ayant recours aux techniques qui réduisent le risque de complications (p. ex. saignement, infection, incontinence, douleur). 	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i> <i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
3	En présence d'une déchirure du périnée du deuxième degré, réparez-la en faisant appel à une approche systématique qui inclut : <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les structures anatomiques clés — apex de la déchirure, anneau hyménal, muscles périnéaux, sphincter anal intact. • Identifier l'apex de la lacération, puis suturer la muqueuse vaginale de l'apex et l'hymen. • Suturer les muscles périnéaux. • Suturer la peau ou planifier de la laisser guérir en seconde intention. 	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
4	Après la réparation d'une déchirure du périnée, réexaminez la suture et l'hémostase pour veiller à ce qu'elles soient complètes. Cela peut inclure un toucher rectal.	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>

Note : Pour les aspects techniques, voir aussi [les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale](#).

Fièvre du péri-partum

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsqu'une femme en travail ou en post-partum est fiévreuse, déterminez si la cause est infectieuse (p. ex. chorioamniotite, endométrite, pyélonéphrite) ou non (p. ex. épidurale, efforts déployés durant le travail), et réévaluez le diagnostic régulièrement.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
2	En présence de soupçons selon lesquels une femme en travail ou en post-partum serait atteinte d'une infection,		
	a) Prévoyez les répercussions possibles de l'infection sur la femme et sur le fœtus/nouveau-né.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
	b) Faites les investigations appropriées, assurez la surveillance de la mère et du fœtus et/ou évaluez le nouveau-né,	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i>
	c) Instaurez le traitement dès que possible.	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
3	Lorsque la chorioamniotite est soupçonnée, traitez empiriquement et énergiquement (p. ex. antibiotiques i. v. à large spectre), même chez les femmes ayant reçu une antibioprofylaxie visant les SGB, et élaborer un plan pour activer l'accouchement.	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
4	Chez toutes les femmes en post-partum,		
	a) Identifiez celles qui présentent un risque élevé d'infection (p. ex. travail prolongé, césarienne).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
	b) Reconnaissez les signes précoces d'infection.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
	c) Conseillez la femme au sujet des symptômes et du moment propice pour obtenir des soins.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>

Hémorragie anténatale—après 20 semaines de gestation

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez une femme qui présente une hémorragie anténatale, évaluez tout d'abord la stabilité de l'état de la femme et du fœtus, puisque la prise en charge urgente doit débiter chez les patientes instables avant même que la cause exacte de l'hémorragie ait été identifiée.	Raisonnement clinique	Diagnostic
2 Si l'état de la femme qui présente une hémorragie anténatale est instable ou si l'on soupçonne que le fœtus est en danger,		
a) Réanimatez immédiatement.	Sélectivité	Traitement
b) Mobilisez les ressources nécessaires pour un accouchement d'urgence.	Communication	Traitement
c) Surveillez la situation.	Raisonnement clinique	Traitement
d) Déterminez la cause de l'hémorragie.	Raisonnement clinique	Diagnostic
3 Lors de la prise en charge d'une femme qui présente une hémorragie anténatale, identifiez la cause de l'hémorragie à l'aide de méthodes qui réduisent au minimum les risques de préjudices en reconnaissant les causes qui menacent potentiellement le pronostic vital :	Raisonnement clinique	Diagnostic
• Obtenez l'anamnèse (p. ex. début, abondance du saignement, présence de douleur, traumatisme).		
• Déterminez par échographie (antérieure ou actuelle) l'emplacement du placenta avant de procéder à l'examen vaginal (ne pas faire un examen vaginal à moins que la possibilité d'un placenta praevia ait été éliminée).		
• Évaluez l'utérus (p. ex. activité, tonus, sensibilité) et le bien-être fœtal.		
• Faites appel aux autres techniques diagnostiques selon l'indication (p. ex. examen au spéculum).		
4 Chez une femme qui présente une hémorragie anténatale dont l'état est stable et la surveillance fœtale est normale, continuez l'évaluation et la prise en charge en tenant compte du diagnostic et de l'âge gestationnel (p. ex. prendre en charge si la mère est Rh-négatif, administrer des corticostéroïdes pour la maturité des poumons du fœtus). Décidez si l'hospitalisation ou le transfert est indiqué et la méthode d'accouchement la plus appropriée.	Raisonnement clinique	Traitement Diagnostic
5 Après une hémorragie anténatale résolue, informez la femme et ses accompagnateurs des risques de récurrence d'hémorragie anténatale durant la grossesse actuelle et lors de grossesses subséquentes, et des stratégies visant à réduire le risque au minimum.	Raisonnement clinique	Suivi

Présentation non céphalique du fœtus

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Pour toute femme au troisième trimestre ou en travail, déterminez la présentation exacte du fœtus à l'aide des techniques appropriées (p. ex. manœuvres de Leopold, examen vaginal si indiqué, échographie).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
2 Lorsqu'il a été déterminé avant le travail que le bébé se présente en position non céphalique, discutez avec la femme et ses accompagnateurs des autres options et possibilités pour l'accouchement (p. ex., version céphalique externe, essai de travail, césarienne planifiée) en fonction de la présentation. Informez la femme des complications possibles (p. ex. procidence du cordon) et des mesures appropriées.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement Suivi</i>
3 Lorsqu'une présentation non céphalique est déterminée durant le travail, discutez des options d'accouchement avec la femme, tout en obtenant la consultation et le soutien de l'équipe si nécessaire, et en commençant à se préparer pour la possibilité d'une césarienne.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement Référer en consultation</i>
4 Lors d'un accouchement par le siège imminent et inévitable, optimisez le processus en évitant de tirer sur le fœtus, en veillant à ce que le dos demeure sur le dessus et à fléchir la tête durant l'accouchement.	<i>Habilités techniques</i>	<i>Traitement</i>
5 Après un accouchement vaginal par le siège, prévoyez que le nouveau-né soit plus à risque de nécessiter une réanimation.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>

Rupture prématurée des membranes

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez toutes les femmes enceintes qui présentent une possibilité de perte des eaux, recherchez et diagnostiquez la rupture prématurée des membranes en se basant sur l'anamnèse et l'examen abdominal pour confirmer la présentation, l'examen au spéculum (évités les examens vaginaux à moins qu'ils soient indiqués dans la prise en charge) et l'inspection et l'analyse du liquide (p. ex., nitrazine, test de fougère).	Raisonnement clinique	Génération d'hypothèses Diagnostic
2 Chez une femme enceinte qui présente des signes et symptômes évocateurs d'une rupture prématurée des membranes, mais dont les tests de confirmation sont négatifs, n'écartez pas complètement cette possibilité et prévoyez une surveillance fœtale et maternelle appropriée pour détecter les signes de fièvre et/ou d'infection.	Raisonnement clinique Sélectivité	Génération d'hypothèses Traitement
3 Chez toutes les femmes à terme qui présentent une rupture prématurée des membranes, éliminez les contre-indications à l'accouchement vaginal et, en l'absence de contre-indication, offrez de déclencher le travail dans le cadre d'une discussion éclairée tenant compte des facteurs de risque (p. ex. présence de SGB), de la préférence de la femme et des capacités du système (p. ex. disponibilité du personnel).	Raisonnement clinique	Anamnèse Traitement
4 Chez une femme qui présente une rupture prématurée des membranes dont le travail n'a pas été déclenché,		
a) Surveillez les signes d'infection (p. ex. fièvre, tachycardie fœtale, odeur) même chez les patientes sous antibiothérapie prophylactique.	Raisonnement clinique	Diagnostic
b) Traitez énergiquement et précocement toute chorioamnionite soupçonnée ou confirmée (p. ex. par antibiotiques i. v.), et ne vous fiez pas au traitement prophylactique antérieur.	Sélectivité	Traitement
5 Chez une femme présentant une rupture prématurée des membranes avant terme,		
a) Instaurez le traitement conformément au protocole en vigueur dans l'établissement (p. ex. admission, stéroïdes, antibiotiques i. v. et surveillance).	Raisonnement clinique	Traitement
b) Planifiez un traitement définitif approprié en fonction de l'âge gestationnel et des capacités de l'établissement et de l'équipe, et soupesez les indications pour une consultation ou un transfert dans un autre établissement de soins.	Raisonnement clinique	Référer en consultation
6 Évaluez le bébé né après une rupture prématurée des membranes pour déceler tout signe de septicémie afin d'instaurer le traitement approprié promptement.	Raisonnement clinique Sélectivité	Traitement

Travail prématuré

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lors de l'évaluation d'une femme enceinte qui n'est pas en travail, recherchez les facteurs de risque de travail prématuré, et prenez en charge les facteurs pouvant être traités afin de réduire ce risque.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
2	Chez une femme enceinte qui n'est pas en travail, renseignez la femme et ses accompagnateurs quant aux signes et symptômes de travail prématuré et sur la façon d'obtenir de l'aide.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
3	Chez une femme pour laquelle on soupçonne un travail prématuré, confirmez la présence ou l'absence de travail à l'aide des techniques appropriées (p. ex. évaluation des contractions, examen stérile au spéculum, fibronectine fœtale, évaluation cervicale).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i>
4	Chez une femme en travail prématuré, prenez la situation en charge en fonction de l'âge gestationnel et de la surveillance fœtale afin de réduire au minimum la morbidité et la mortalité néonatale en : <ul style="list-style-type: none"> • mobilisant l'équipe pour veiller à la disponibilité des ressources, y compris les consultations précoces pouvant être nécessaires pour la mère et le bébé ; • administrant les médicaments appropriés (p. ex. corticostéroïdes prénatals, tocolytiques, antibiotiques, sulfate de magnésium) ; • organisant le transfert s'il est nécessaire, au moment approprié. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5	Après la naissance de bébés prématurés, tout particulièrement ceux qui nécessitent des soins intensifs, soutenez la femme et sa famille et parlez en leur nom dans le contexte d'une relation thérapeutique continue.	<i>Communication</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>

Épreuve de travail après césarienne

Élément clé	Habilité	Phase
1 Chez une femme ayant déjà subi une césarienne, évaluez les risques et bénéfices d'une épreuve de travail après césarienne (ÉTAC) et discutez-en avec la femme afin de déterminer si elle est une bonne candidate ou si l'ÉTAC serait contre-indiqué. Documentez la discussion, y compris des risques et bénéfices identifiés.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
2 Chez une femme qui est une bonne candidate pour une ÉTAC, offrez-lui cette option et aidez-la à prendre une décision éclairée, en discutant franchement des risques et avantages tout en faisant preuve de souplesse et de compréhension à l'égard de ses préférences et préoccupations.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
3 Chez une femme ayant déjà subi une césarienne qui rentre en travail, faites preuve de souplesse dans l'approche de prise en charge et adaptez-la aux circonstances, tout en respectant autant que possible les plans et préférences de la femme (p. ex., gérer un accouchement accéléré chez une femme pour laquelle une autre césarienne était prévue, discuter de la conversion d'une ÉTAC à une césarienne).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
4 Avant de planifier ou de prendre en charge une ÉTAC, assurez-vous que les ressources nécessaires à un accouchement opératoire immédiat et inattendu sont en place, veillez à ce que la femme et ses accompagnateurs soient prêts à composer avec les complications pouvant nécessiter cette éventualité et que toutes les discussions et décisions sur l'ÉTAC aient été dûment notées.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Traitement</i>
5 Chez les femmes qui optent pour une ÉTAC, fournissez la surveillance maternelle et fœtale appropriée, la surveillance étroite des progrès du travail et l'emploi circonspect des utérotoniques et du déclenchement, lorsque cela est indiqué.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
6 Lors de la prise en charge d'une ÉTAC, évaluez minutieusement le bien-être de la mère et du fœtus et dépistez tout signe de rupture imminente ou avérée de l'utérus nécessitant la réanimation de la mère et du fœtus et la conversion urgente à une césarienne, le cas échéant.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>

Induction du travail

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsque l'induction du travail est envisagée, évaluez en particulier les facteurs qui influent sur la décision (p. ex. exactitude de la date prévue d'accouchement, indications, contre-indications, maturation cervicale, préférences de la mère) et consignez clairement les facteurs afin de justifier les décisions.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
2	Lorsque l'induction du travail est planifiée,		
	a) Induisez le travail seulement en présence d'une indication convaincante et en l'absence de contre-indications.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
	b) Priorisez et prévoyez l'induction en fonction de l'indication et des ressources	<i>Sélectivité</i>	<i>Traitement</i>
	c) Sélectionnez l'établissement doté des ressources appropriées pour prendre en charge les besoins du fœtus et de la mère.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
3	Lors de la recommandation d'une induction préterme, obtenez et consignez clairement et en détail le consentement éclairé de la femme qui accepte ou refuse l'induction.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
4	Lors de l'induction du travail,		
	a) Choisissez la méthode appropriée de maturation cervicale (p. ex., ballonnets, prostaglandines) et/ou d'induction (p. ex. prostaglandines, oxytocine), en fonction des antécédents obstétricaux et médicaux, du score de Bishop, des préférences de la femme et des considérations de l'équipe.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
	b) Évaluez l'effet de l'induction sur le bien-être de la mère et du fœtus.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
	c) Sélectionnez les femmes pour lesquelles la prise en charge ambulatoire de la maturation cervicale est appropriée.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5	Durant l'induction du travail, recherchez et prenez en charge les complications de l'induction (p. ex., tachysystolie, surveillance fœtale anormale).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
6	Lorsque la méthode d'induction choisie échoue, modifiez le plan de prise en charge en conséquence.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

Santé mentale péri-partum

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Informez-vous de la santé mentale de toutes les femmes durant la période péri-partum, en identifiant les signes, les symptômes et les facteurs qui augmentent le risque (p. ex. toxicomanie, violence familiale, trouble antérieur de santé mentale, antécédents d'abus sexuel) et ajoutez un outil approprié d'évaluation de l'humeur (p. ex. Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg, échelle du trouble d'anxiété généralisé) lorsque cela est indiqué.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
2 Lorsque des préoccupations de santé mentale font surface durant la période péri-partum, explorez activement la situation avec la femme et ses accompagnateurs et informez-la des changements psychologiques normaux et courants qui surviennent durant la grossesse, de même que des signes qui pourraient évoquer un trouble de santé mentale.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
3 Chez une femme en péri-partum aux prises avec un trouble de santé mentale, éliminez les affections médicales sous-jacentes pouvant causer le problème ou y contribuer (p. ex., anémie, dysfonctionnement thyroïdien).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
4 Chez une femme en péri-partum aux prises avec un trouble de santé mentale, déterminez le risque qu'elle se blesse, ou qu'elle blesse le bébé ou autrui. En présence de risques, effectuez une prise en charge urgente afin de les réduire le plus possible. Informez la femme et ses accompagnateurs que les symptômes peuvent s'intensifier rapidement, et informez-la des ressources disponibles.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
5 Chez une femme en péri-partum aux prises avec un trouble de santé mentale,		
a) Maintenez la relation thérapeutique, offrez du counseling, recommandez les ressources disponibles et exigez l'accès rapide aux soins selon les besoins	<i>Communication</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
b) Administrez un médicament si cela est indiqué, tout en soupesant le risque posé par un problème de santé mentale non traité par rapport à celui posé par les médicaments sur le fœtus ou le nouveau-né, tout en reconnaissant les bienfaits de poursuivre l'allaitement, si désiré.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

Hypertension/prééclampsie gestationnelle

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Au début de toutes les grossesses, identifiez et évaluez les facteurs de risque d'hypertension/prééclampsie gestationnelle et envisagez d'instaurer un traitement préventif chez les femmes à risque.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic Traitement</i>
2	Envisagez le diagnostic de prééclampsie durant les visites prénatales, même si la tension artérielle n'est pas visiblement élevée, surtout lorsque la femme présente de nouveaux symptômes constitutionnels mal définis.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
3	Lorsque la prééclampsie est soupçonnée, recherchez les signes de confirmation (symptômes, signes, investigations de base) afin de confirmer ou éliminer le diagnostic. Classifiez en fonction de la nomenclature actuelle et réévaluez régulièrement pour dépister toute évolution de l'affection.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic Traitement</i>
4	Dans les cas d'hypertension gestationnelle ou de prééclampsie légère, assurez un suivi étroit et prenez en charge la situation en fonction du bien-être de la mère et du fœtus, ainsi que de l'âge gestationnel.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement Suivi</i>
5	Chez une femme ayant reçu un diagnostic de prééclampsie avec facteurs adverses ou prééclampsie sévère, prenez-la en charge activement en : <ul style="list-style-type: none"> • administrant le MgSO₄ au bon moment de même que tout autre médicament approprié (p. ex. antihypertenseurs) ; • évaluant le besoin d'accoucher promptement, et en organisant l'accouchement et/ou la consultation lorsque cela est indiqué. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
6	Chez toute femme atteinte d'hypertension ou de prééclampsie gestationnelle ayant accouché, poursuivez la prise en charge et surveillez toute progression ou complication durant le post-partum.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>

Diabète gestationnel

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez toutes les femmes enceintes, faites un test de dépistage du diabète gestationnel approprié selon l'âge gestationnel et les facteurs de risque. Interprétez les résultats dans le contexte de la grossesse (c.-à-d. selon les lignes directrices du diabète gestationnel et non celles du diabète ordinaire).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
2 Devant une femme atteinte de diabète gestationnel, prévoyez de contrôler la glycémie afin d'éviter les extrêmes, soit l'hyperglycémie et l'hypoglycémie, et ne mêlez pas les cibles thérapeutiques et les lignes directrices avec celles du diabète non gestationnel.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
3 Chez une femme enceinte qui reçoit des soins explicites pour le diabète (gestationnel ou pré-gestationnel) par d'autres professionnels de la santé, maintenez les soins de maternité planifiés pour cette patiente et intégrez les soins recommandés pour le diabète dans le plan d'ensemble de prise en charge.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
4 Lors du suivi d'une femme atteinte de diabète gestationnel, surveillez de près la croissance et le bien-être du fœtus (p. ex., échographie, examen de réactivité fœtale), de même que l'état de la mère afin de détecter toute indication pour déclencher le travail.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>
5 Durant le suivi périnatal d'une femme atteinte de diabète gestationnel,		
a) Anticipez la survenue potentielle de macrosomie fœtale, et si elle survient, anticipez la dystocie du travail ainsi que la dystocie de l'épaule et planifiez en conséquence.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
b) Gérez la glycémie activement, en utilisant l'insuline, lorsqu'indiquée, pour assurer des soins optimaux, et poursuivez le traitement au besoin dans la phase post-partum	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
6 Après l'accouchement d'une femme atteinte de diabète gestationnel,		
a) Surveillez étroitement la présence d'hypoglycémie chez le bébé, dans la période post-partum immédiate.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
b) Incluez le dépistage du diabète dans les soins post-partum de la mère	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>

Allaitement

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Durant le suivi prénatal, informez-vous des plans pour l'alimentation du nouveau-né. Encouragez l'allaitement exclusif, formulez des attentes raisonnables et fournissez l'information adéquate pour élaborer un plan qui respecte les préférences et le choix éclairé de la mère.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
2 Chez une femme qui n'allait pas son bébé, soutenez-la dans sa décision et renseignez-la sur l'alimentation avec un substitut du lait maternel.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
3 Chez toutes les femmes enceintes, identifiez et évaluez les problèmes pouvant perturber l'allaitement (p. ex. mamelons invaginés, chirurgie antérieure). Proposez des interventions et des ressources.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
4 Pour toutes les naissances, y compris par césarienne, favorisez le contact peau à peau et une prise du sein confortable et efficace.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5 Lorsque l'allaitement est difficile, évaluez d'abord la prise du sein et déterminez si elle est efficace, puis recherchez d'autres obstacles à la réussite de l'allaitement (p. ex. absence de soutien, dépression post-partum, douleur mammaire, frein de langue court, prématurité).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i>
6 Lorsque des préoccupations ou des difficultés en matière d'allaitement font surface, surtout durant la période immédiatement après la naissance, facilitez l'accès précoce au soutien professionnel adéquat.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
7 Facilitez la poursuite de l'allaitement lorsque certaines conditions font surface, telles que : <ul style="list-style-type: none"> • la femme a une infection mammaire ou une lésion au mamelon ; • la femme ou le nouveau-né a besoin de médicaments, d'analyses ou d'une hospitalisation. 	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
8 Lorsqu'un nouveau-né/nourrisson est exclusivement allaité, informez la famille quant au gain pondéral attendu, au transit intestinal et miction normaux, et à la façon d'évaluer le caractère adéquat de l'allaitement.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>

1^{re} semaine de vie

Élément clé	Habilité	Phase
1	Durant le suivi d'un nouveau-né,	
a)	Recherchez et reconnaissez les signes subtils indiquant que le bébé ne va pas bien (p. ex. état respiratoire, couleur, tonus, allaitement), évaluez l'étiologie (p. ex., hypoglycémie, effet d'un médicament pris par la mère, septicémie) et effectuez les tests diagnostiques et les soins nécessaires.	Raisonnement clinique Diagnostic
b)	Reconnaissez un nouveau-né qui semble bien se porter, mais qui pourrait présenter un risque élevé de complications (p. ex., bébé d'une femme diabétique, infection périnatale, naissance opératoire, sevrage de drogue, facteurs de stress sociaux) afin de planifier l'observation étroite et la prise en charge.	Raisonnement clinique Génération d'hypothèses
c)	Effectuez un examen physique méticuleux (p. ex., palais, poulx, cœur, hanches, testicules, anus) afin de détecter les anomalies congénitales.	Raisonnement clinique Examen physique
2	Avant de donner son congé à un nouveau-né, vérifiez que :	Raisonnement clinique Traitement
	<ul style="list-style-type: none"> • un plan d'allaitement adéquat est établi ; • les tests de dépistage chez le nouveau-né (p. ex. bilirubine, bilan métabolique, test de l'audition) ont été faits ou sont prévus ; • la famille a été informée des soins à donner au nouveau-né (p. ex. siège d'auto, sommeil du bébé, perte pondérale acceptable) tout en respectant les différences culturelles ; • le suivi avec un professionnel de la santé est planifié quelques jours après le congé, surtout dans le cas des premiers bébés, des familles qui présentent des stressors psychosociaux ou en présence de toute complication périnatale. 	
3	Lorsque les parents (ou autres soignants, y compris les professionnels de la santé) d'un nouveau-né s'inquiètent que le bébé n'aille pas bien, écoutez attentivement et évaluez le bébé de manière exhaustive afin de détecter les indicateurs subtils de maladie grave (p. ex. septicémie).	Sélectivité Diagnostic

Travailler en équipes en soins intrapartum

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Reconnaître le rôle et la contribution de tous les membres de l'équipe (y compris la femme et ses accompagnateurs), écoutez respectueusement l'opinion d'autrui et répondez, surtout lorsqu'elle diffère de la vôtre.	<i>Communication</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
2 Encouragez la collaboration en acceptant et en offrant de l'aide, au besoin, contribuez lorsque cela est le plus utile, même dans des rôles secondaires, et suivez le leadership d'autrui, à moins qu'il soit plus approprié d'assumer le leadership soi-même pendant une période ou un défi défini.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
3 Respectez l'autonomie professionnelle des membres de l'équipe, tout en encourageant les décisions et les actions collaboratives pour le bien-être de la femme.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
4 Lorsque l'équipe travaille dans des conditions difficiles, tentez d'encourager et de maintenir l'efficacité de l'équipe en gardant son calme, en aidant les autres à accomplir leurs tâches, en réglant les désaccords activement en tenant compte de l'intérêt fondamental de la femme, et en inspirant confiance lorsque cela est possible.	<i>Professionalisme</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
5 Maintenez une communication verbale et écrite claire (incluant la documentation), confirmez que l'information est bien reçue (boucler la boucle) et facilitez la participation de tous lors des débriefings.	<i>Communication</i>	<i>Traitement</i>

Limites—pratiquer à l'intérieur de ses limites personnelles et de celles de l'établissement

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Lorsque une femme a besoin de soins qui dépassent les limites personnelles du soignant ou celles de l'établissement, défendez fermement les intérêts de la femme pour obtenir les soins en temps opportun auprès d'une ressource appropriée.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
2 Lorsque l'état clinique d'une femme n'évolue pas comme prévu, revoyez le diagnostic provisoire et la prise en charge, envisagez des solutions de rechange et modifiez le plan au besoin (p. ex. réévaluez régulièrement les femmes dont l'état est potentiellement instable, réfléchissez sur les décisions cliniques).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
3 Lorsque un diagnostic ou un plan de prise en charge doit être modifié,		
a) Tentez d'obtenir plus d'informations ou de l'aide supplémentaire dans les meilleurs délais.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Référer en consultation</i>
b) Discutez des changements avec la femme, ses accompagnateurs et l'équipe.	<i>Communication</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement</i>
c) Documentez les changements et la discussion.	<i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
4 Durant le suivi d'une femme enceinte, l'apprenant doit réfléchir sur ses expériences cliniques afin de relever les lacunes dans ses compétences et les combler par des activités d'apprentissage personnelles ou en groupe.	<i>Professionalisme</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
5 Après un événement inattendu ou inhabituel, débriefez efficacement les membres appropriés de l'équipe, y compris la femme et ses accompagnateurs.	<i>Communication</i>	<i>Suivi</i>

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en santé mentale

Des 24 sujets prioritaires élaborés par le Groupe de travail sur l'évaluation de la compétence en santé mentale, seize étaient identiques aux sujets existants en médecine de famille. Ces sujets prioritaires ont donc été utilisés pour mettre à jour leurs éléments clés (voir la Partie III).

Les sujets restants sont énumérés ci-après en tant que ressource.

1. [Trouble bipolaire](#)
2. [Comorbidités en santé mentale](#)
3. [Dépistage et détection précoce des troubles de santé mentale](#)
4. [Famille, proches et cercle de soutien en santé mentale](#)
5. [Retard et déficience développementale](#)
6. [Soins tenant compte des traumatismes subis](#)
7. [Travail d'équipe en santé mentale](#)
8. [Utilisation des ressources communautaires de santé mentale](#)

Trouble bipolaire

* voir également le thème [dépression](#)

<i>Éléments clés</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1. Chez un patient déprimé, considérez la possibilité de trouble bipolaire. Questionnez-le sur ses antécédents familiaux, ses symptômes et les épisodes antérieurs.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse Génération d'hypothèses</i>
2. Reconnaissez que le traitement antidépresseur standard chez une personne possiblement atteinte de trouble bipolaire pourrait déclencher une manie ou des épisodes thymiques à cycle rapide. Surveillez le patient de près.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement Suivi</i>
3. Lorsque vous envisagez un diagnostic de trouble bipolaire,		
a) Évaluez complètement les autres possibilités diagnostiques, telles que consommation de substances, état de stress post-traumatique, tension situationnelle ou trouble de la personnalité	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse Génération d'hypothèses</i>
b) Évitez d'appliquer trop tôt l'étiquette diagnostique, surtout chez les jeunes patients	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
c) Envisagez de consulter si le diagnostic est incertain	<i>Raisonnement clinique Communication</i>	<i>Référer en consultation</i>
4. Lorsque vous soignez un patient atteint du trouble bipolaire,		
a) Maintenez une solide relation thérapeutique afin de négocier le traitement adéquat durant les épisodes où les symptômes s'intensifient	<i>Professionalisme Approche centrée sur le patient</i>	<i>Suivi</i>
b) Recherchez et reconnaissez les indicateurs d'une crise imminente et du besoin d'intervenir, y compris le traitement involontaire, le cas échéant	<i>Raisonnement clinique Sélectivité</i>	<i>Anamnèse Traitement</i>
c) Négociez et planifiez les soins proactifs des rechutes et du rétablissement qui pourraient inclure la participation d'autres personnes	<i>Communication Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement Suivi</i>
d) Surveillez la réponse aux médicaments et les effets médicamenteux indésirables.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Traitement Suivi</i>
e) Surveillez et gérez l'automédication avec l'alcool ou d'autres substances	<i>Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement Suivi</i>

Comorbidités en santé mentale

<i>Éléments clés</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1. À chaque rencontre médicale, posez au patient des questions sur son état physique et mental dans le but de dispenser activement des soins holistiques.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i>
2. Lorsque vous soignez un patient aux prises avec des problèmes de santé mentale, de consommation d'alcool ou autres substances, envisagez les comorbidités et,		
a) Surveillez l'impact du traitement sur la santé de la personne (p. ex. médicaments contre la schizophrénie qui haussent le risque cardiovasculaire).	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Suivi</i>
b) Veillez à ce que le patient ait accès à des soins préventifs et aux services médicaux	<i>Professionalisme</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
c) Portez attention aux effets du stress et de l'adversité sur le risque cardiométabolique	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Suivi</i>
d) Évaluez l'impact de la douleur aiguë et chronique	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i>
e) Déterminez les facteurs de risque spécifiques de maladie (p. ex., tabagisme, obésité, apnée du sommeil)	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
3. Après qu'une comorbidité a été diagnostiquée chez un patient aux prises avec des troubles de santé mentale ou de toxicomanie :		
a) Communiquez clairement le diagnostic, le plan thérapeutique et les renseignements pertinents. Répondez aux questions et faites participer le patient aux soins.	<i>Communication</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Diagnostic</i> <i>Traitement</i>
b) Reconnaissez que le patient partage le même intérêt envers ses problèmes médicaux que tout autre patient, mais qu'il lui faudra peut-être plus de temps et de soutien pour comprendre et assimiler l'information	<i>Professionalisme</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Diagnostic</i>
c) Facilitez l'accès aux soins et coordonnez efficacement le traitement avec les autres services dans le but de réduire les obstacles du système et la stigmatisation	<i>Professionalisme</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
d) Suivez les progrès, maintenez l'alliance thérapeutique et clarifiez votre propre rôle dans leurs soins continus	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Suivi</i>
4. Lorsque vous soignez des patients atteints d'une maladie chronique, questionnez-les systématiquement sur l'impact de leurs problèmes médicaux sur leur vie, leurs proches, leur humeur et leur niveau d'anxiété. Reconnaissez que l'humeur dépressive et l'anxiété pourraient découler des problèmes de santé.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Suivi</i>

Dépistage et détection précoce des troubles de santé mentale

<i>Éléments clés</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1. Lorsque les patients se présentent pour recevoir des soins, pour un examen périodique ou ponctuel		
a) Évaluez la santé mentale et la consommation d'alcool et d'autres substances puisque ces problèmes sont courants et passent souvent inaperçus	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
b) Identifiez les patients qui pourraient être à risque élevé de problèmes de santé mentale	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
c) Faites le dépistage systématique chez ces patients à l'aide des outils validés, au besoin	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Investigation</i>
	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i>
2. Si un patient se présente pour de nouveaux symptômes ou des symptômes mal définis, ou pour une modification du comportement ou de l'état fonctionnel, évaluez la santé mentale et la consommation d'alcool et d'autres substances.		
	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Génération d'hypothèses</i>
3. Chez les patients qui présentent des antécédents de troubles de santé mentale ou d'usage d'alcool ou d'autres substances, recherchez les récurrences, puisqu'il s'agit de maladies chroniques.		
4. Chez tous les patients aux prises avec un problème de santé mentale ou de consommation d'alcool ou d'autres substances, approchez-les avec compassion et sans les juger afin de favoriser une communication ouverte.	<i>Communication</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
	<i>Raisonnement clinique</i>	
5. Lorsque vous suivez des patients aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation d'alcool et d'autres substances, veillez à faire le dépistage approprié des problèmes ou maladies physiques.		<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>

Famille, proches et cercle de soutien en santé mentale

<i>Éléments clés</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1. Lorsque vous dispensez des soins à un patient ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, tentez de comprendre qui est sa « famille », ses proches et/ou son « cercle de soutien » du patient.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i>
2. Lorsqu'un patient prend la décision d'exclure des membres de la famille de son cercle de soutien, déterminez les raisons et abordez lorsque cela est possible.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i>
3. Lorsque vous envisagez de communiquer avec la famille, les proches ou le cercle de soutien, obtenez d'abord le consentement du patient ou de son mandataire afin de respecter son droit à la confidentialité.	<i>Communication</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
4. Lorsque vous soignez un patient aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de consommation d'alcool ou d'autres substances : a) évaluez l'impact de la maladie sur sa famille ; b) évaluez l'impact de la famille sur sa maladie ; c) évaluez la capacité de sa famille/ses proches à contribuer aux soins, ainsi que le soutien nécessaire pour eux ; d) réévaluez la situation régulièrement.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Anamnèse</i> <i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
5. Lorsque vous travaillez en collaboration avec les proches aux soins continus et au rétablissement d'un patient, a) Établissez des objectifs clairs durant les réunions avec les proches et faites preuve de souplesse pour accueillir des informations inattendues b) Trouvez un équilibre entre des interventions et décisions collectives versus individuelles c) Reconnaissez que les relations familiales sont complexes et que chaque membre de la famille pourrait répondre différemment	<i>Sélectivité</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Professionalisme</i> <i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i> <i>Traitement</i> <i>Traitement</i>
6. Déterminez les besoins spécifiques d'interventions ou de soutien pour les proches d'un patient. Dans l'affirmative, prenez les dispositions pour que cette intervention ait lieu en temps opportun, tout en prêtant attention aux enjeux liés à l'éthique, à l'intimité et aux limites de la relation professionnelle.	<i>Professionalisme</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
7. Lorsqu'une thérapie familiale est indiquée, déterminez quelles sont les ressources optimales en fonction des objectifs de la thérapie, du niveau d'expertise nécessaire, des ressources disponibles, des limites de la relation professionnelle et des préférences de la famille.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Référer en consultation</i>

8. Lorsqu'une tierce personne fait état de préoccupations au sujet d'un patient ou d'un membre de la famille, élaborez votre plan de traitement seulement après une évaluation complète de la situation, dont :	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Traitement</i>
<ul style="list-style-type: none"> • la présence d'enjeux de sécurité, surtout lorsqu'il est question d'enfants ou d'autres personnes vulnérables ; • la situation familiale selon le point de vue de la tierce personne et selon le point de vue du patient ; • la présence de troubles de santé mentale, de consommation d'alcool ou d'autres substances et les autres problèmes de santé ; • la disponibilité de ressources ou de services communautaires appropriés ; • les considérations éthiques et liées aux droits de la personne. 		
9. Lorsque vous dispensez des soins à plus d'un membre d'une famille, restez vigilant quant aux objectifs contradictoires et aux enjeux de confidentialité. Consultez un collègue, orientez un patient ou transférez les soins au besoin.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>

Retard et déficience développementale

<i>Éléments clés</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1. Durant les soins aux enfants, évaluez régulièrement et systématiquement le développement physique et neuropsychologique afin de dépister précocement les troubles du développement.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Examen physique</i>
2. Lorsque les parents s'inquiètent du développement d'un enfant, même après une évaluation n'ayant pas fait ressortir de signes de retard développemental, planifiez des revues régulières afin : <ul style="list-style-type: none"> • d'évaluer le développement de l'enfant dans le temps ; • de porter une attention particulière à la santé mentale de l'enfant ; • d'évaluer l'impact sur la famille. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Suivi</i>
3. Chez un enfant dont le développement ne correspond pas aux attentes, réévaluez régulièrement sa santé physique et mentale. Recherchez les causes possibles et particulièrement les causes réversibles ou traitables.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Sélectivité</i>	<i>Anamnèse</i> <i>Génération d'hypothèses</i>
4. Lorsqu'on soulève des inquiétudes au sujet du développement ou du comportement d'un enfant, tentez d'obtenir de l'information auprès de toutes les personnes qui prennent soin de l'enfant (p. ex. parents, garderie, école) après avoir reçu le consentement des parents.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Anamnèse</i>
5. Lorsqu'un problème développemental est soupçonné ou identifié chez un enfant, créez avec les parents un plan de prise en charge comprenant : <ul style="list-style-type: none"> • le recours approprié aux services de soutien communautaires ; • la consultation aux services spécialisés ou les traitements spécialisés ; • un suivi pour mesurer le progrès et pour aborder les préoccupations présentes ou nouvelles ; • une attention particulière lors de la puberté et la transition vers l'adolescence. 	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
6. Lorsque vous prodiguez des soins à un adulte ayant une déficience développementale, établissez des moyens de communication qui permettent : <ul style="list-style-type: none"> • de construire une relation de confiance ; • d'évaluer les modifications du comportement ; • d'évaluer la santé physique et mentale ; • de planifier les soins personnels à long terme. 	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>

Soins tenant compte des traumatismes subis

<i>Éléments clés</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1. Chez tous les patients, qu'ils aient ou non un problème de santé mentale ou de consommation a) Envisagez la possibilité d'un traumatisme non divulgué b) Interrogez le patient avec compassion sur les expériences de sa vie ayant pu être traumatiques	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Communication</i>	<i>Génération d'hypothèses</i> <i>Anamnèse</i>
2. Chez un patient qui présente un problème lié à un traumatisme, prenez le temps d'établir une relation de confiance, où il pourra dévoiler son expérience dans un lieu sécuritaire.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i> <i>Suivi</i>
3. Chez les patients avec des antécédents connus de traumatisme, adaptez les interventions cliniques de routine afin d'éviter de traumatiser le patient à nouveau.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Suivi</i>
4. Chez un patient avec des antécédents de traumatisme, renforcez son sentiment d'autonomie et de contrôle en élaborant, avec lui, des stratégies d'adaptation et un plan de traitement faisant appel à ses forces et capacités.	<i>Approche centrée sur le patient</i> <i>Communication</i>	<i>Traitement</i>
5. Chez un patient à risque de traumatisme répété, appuyez-le pour créer et mettre en place un plan de sécurité afin de réduire les risques.	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
6. Lorsque vous soignez un patient qui présente des problèmes liés à un traumatisme, reconnaissez et gérez vos propres réponses émotionnelles.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>

Travail d'équipe en santé mentale

<i>Éléments clés</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1. Lorsqu'une approche d'équipe est nécessaire pour dispenser les soins à une personne aux prises avec un trouble de santé mentale ou de consommation d'alcool ou autres substances,		
a) Établissez des objectifs de soins centrés sur le patient	Raisonnement clinique Approche centrée sur le patient	Traitement
b) Incluez le patient et/ou ses proches dans la création et les activités de l'équipe	Approche centrée sur le patient	Traitement
c) Favorisez l'inclusion de membres dans l'équipe et l'adaptation de leur rôle selon l'évolution de la situation	Professionalisme Communication	Suivi
2. Lorsque vous partagez les soins d'une personne aux prises avec un problème de santé mentale ou de consommation d'alcool ou autres substances,		
a) Encouragez une approche coordonnée dans le plan de traitement	Professionalisme Communication	Traitement
b) Comprenez les rôles et responsabilités des autres membres de l'équipe	Professionalisme	Référer en consultation
c) Établissez une communication claire et éthique	Communication Professionalisme	Traitement
d) Veillez à ce que le patient comprenne et accepte l'entente, incluant ses propres responsabilités	Approche centrée sur le patient Communication	Traitement
3. Prévoyez l'effet que pourrait avoir une approche d'équipe sur votre alliance thérapeutique, et collaborez avec le patient pour maintenir l'alliance d'une façon différente	Approche centrée sur le patient Professionalisme	Suivi
4. Lors du travail en équipe,		
a) Facilitez la contribution de chacun	Professionalisme Communication	Suivi
b) Utilisez un style de communication ouvert et respectueux	Communication	Traitement
c) Prêtez attention à l'inscription minutieuse et précise de l'information au dossier	Communication	Suivi Traitement
d) Appuyez les plans de soins axés sur le rétablissement	Raisonnement clinique	Traitement

Utilisation des ressources communautaires de santé mentale

<i>Éléments clés</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1. Lorsque vous soignez un patient aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de consommation d'alcool ou d'autres substances,		
a) Connaissez les ressources de votre communauté et le cheminement des demandes de services.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
b) Identifiez les patients qui pourraient bénéficier des ressources et des services communautaires.	<i>Raisonnement clinique</i>	<i>Diagnostic</i>
c) Appariez les préférences, capacités et besoins du patient à la ressource appropriée disponible.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
d) Faites pression pour combler les lacunes en matière de services.	<i>Professionalisme</i>	<i>Traitement</i>
e) Envisagez une gamme complète de ressources (p. ex., aide à l'emploi, loisirs thérapeutiques, aide spirituelle, etc.).	<i>Raisonnement clinique</i> <i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Traitement</i>
2. Lorsque vous orientez un patient vers des ressources communautaires,		
a) Expliquez au patient ce à quoi il peut s'attendre.	<i>Approche centrée sur le patient</i>	<i>Référer en consultation</i>
b) Facilitez l'accès aux ressources en fournissant l'information et la documentation nécessaires.	<i>Communication</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Référer en consultation</i>
c) Communiquez directement avec les ressources, le cas échéant	<i>Communication</i> <i>Professionalisme</i>	<i>Suivi</i>
3. Lorsqu'un patient a été orienté vers des ressources communautaires ou s'il y reçoit des services, assurez de maintenir la relation thérapeutique avec le patient. Veillez à ce que les soins demandés soient bien dispensés.	<i>Professionalisme</i>	<i>Suivi</i>

Liste des actes techniques de base en médecine de famille (2010)

Interventions tégumentaires

Incision et drainage d'abcès
 Débridement de plaie
 Insertion de sutures ; simple, point de matelassier et sous-cuticulaire
 Réparation de lacération ; suture et application de colle
 Biopsie cutanée ; rasage, à l'emporte-pièce et excisionnelle
 Excision de lésions dermiques, p. ex. papillome, nævus ou kyste
 Cryothérapie des lésions cutanées
 Cautérisation des lésions cutanées
 Grattage de la peau pour identification de champignons
 Utilisation de la lampe de Wood
 Évacuation d'un hématome sublingual
 Drainage d'un panaris aigu
 Exérèse partielle d'un ongle d'orteil
 Excision cunéiforme d'un ongle incarné
 Exérèse d'un corps étranger, p. ex. hameçon, écharde ou morceau de verre
 Rogner une callosité cutanée

Interventions avec anesthésie locale

Infiltration d'un anesthésique local
 Bloc digital d'un doigt ou d'un orteil

Interventions oculaires

Instillation de fluorescéine
 Examen à la lampe à fente
 Exérèse d'un corps étranger cornéen ou conjonctival
 Application d'un pansement oculaire

Interventions auriculaires

Exérèse de cérumen
 Exérèse d'un corps étranger

Interventions nasales

Exérèse d'un corps étranger
 Cautérisation d'une épistaxis antérieure
 Tamponnement nasal antérieur

Interventions gastro-intestinales

Insertion d'une sonde naso-gastrique
 Recherche de sang occulte dans les selles
 Anuscopie/rectoscopie
 Incision et drainage d'une hémorroïde externe thrombosée

Interventions génito-urinaires et santé de la femme

Insertion d'un cathéter transurétral
 Cryothérapie ou chimiothérapie des condylomes
 Aspiration d'un kyste mammaire

Test de Papanicolaou
 Insertion et ajustement d'un diaphragme
 Insertion d'un stérilet
 Biopsie de l'endomètre par aspiration

Interventions obstétricales

Accouchement vaginal normal
 Épisiotomie et réparation
 Rupture artificielle des membranes

Interventions musculo-squelettiques

Pose d'une attelle aux extrémités blessées
 Pose d'une écharpe—extrémité supérieure
 Réduction d'une luxation d'un doigt
 Réduction d'une luxation de la tête radiale (subluxation du coude)
 Réduction d'une luxation de l'épaule
 Application d'un plâtre à l'avant-bras
 Application d'une attelle cubitale en gouttière
 Application d'un plâtre scaphoïdien
 Application d'un plâtre sous le genou
 Aspiration et injection dans l'articulation du genou
 Aspiration et injection dans l'articulation de l'épaule
 Injection de l'épicondyle latéral (tennis elbow)
 Aspiration et injection des bourses, p. ex. rotulienne, sous-acromiale

Interventions de réanimation

Insertion d'une canule orale
 Ventilation par masque et ballon
 Intubation endotrachéale
 Défibrillation cardiaque

Injections et mise en place d'une canule

Injection intramusculaire
 Injection sous-cutanée
 Injection transdermique
 Ponction veineuse
 Installation d'une ligne intraveineuse périphérique ; adulte et enfant
 Accès veineux périphérique—nourrisson
 Ponction lombaire chez l'adulte