

MÉDECINE DU SPORT ET DE L'EXERCICE

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Niveau de compétences avancées

Éléments clés

Avril 2017

Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation de la compétence dans le domaine de soins

Ce recueil de sujets prioritaires et d'éléments clés pour l'évaluation a été compilé par le Groupe de travail sur l'évaluation de la compétence dans la médecine du sport et de l'exercice du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) de 2013 à 2016. Elle présente ce qu'il faut évaluer pour déterminer l'atteinte de la compétence au niveau des compétences avancées en utilisant l'approche classique du CMFC qui consiste à définir les sujets prioritaires, les habiletés techniques et leurs éléments clés.

Le but de ces sujets prioritaires et éléments clés consiste à encadrer l'évaluation des compétences requises pour l'attribution d'un Certificat de compétence additionnelle (CCA) aux résidents inscrits aux programmes de compétences avancées et aux candidats admissibles par la voie de la pratique ; et fournir des renseignements pour développer le cursus et la formation.

En utilisant ce document, il est primordial de ne pas oublier que les sujets prioritaires et les éléments clés qui y figurent ne représentent pas la totalité du champ de pratique du domaine en question. Il n'est pas non plus une liste de vérification pour déterminer la compétence. Ils sont plutôt un guide pour cibler un échantillonnage de la performance. Lorsqu'un apprenant démontre régulièrement la plupart des éléments clés pour un bon échantillon de sujets prioritaires, l'on peut déduire que la personne est compétente dans ce domaine de soins.

Il ne relève pas du présent document de dresser une liste des compétences requises pour chaque affection musculosquelettique. Nous avons établi des principes généraux assortis d'exemples représentatifs. Les principes qui déterminent ces sous-sujets s'appliquent à toutes les affections musculosquelettiques dans toute articulation, et ne sont pas exclusifs.

Il ne faut pas non plus oublier qu'en raison de l'énorme chevauchement entre les compétences essentielles requises pour différents sujets prioritaires, nous avons tenté d'éviter la répétition en indiquant les éléments clés sélectivement.

On s'attend à ce que les candidats qui obtiennent le Certificat de compétence additionnelle dans la médecine du sport et de l'exercice aient démontré qu'ils possédaient les compétences de base en médecine familiale, y compris [les six habiletés essentielles](#) et [les habiletés techniques](#).

L'ordre dans lequel les sujets prioritaires sont présentés ne représente pas la fréquence à laquelle les sujets sont apparus dans la validation des sujets, mais plutôt la séquence logique selon laquelle ils doivent être abordés dans le contexte clinique (diffère selon le domaine).

Enfin, le présent est un document en évolution et sera revu et mis à jour régulièrement pour assurer qu'il demeure pertinent.

MÉDECINE DU SPORT ET DE L'EXERCICE

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Niveau de compétences avancées

Éléments clés

Avril 2017

Comment les sujets prioritaires et éléments clés ont-ils été élaborés

Le Groupe de travail sur l'évaluation des compétences dans la médecine du sport et de l'exercice (5 membres) a joué le rôle de groupe nominal, en générant la première liste de sujets prioritaires par l'intermédiaire d'un sondage suivi de discussions de groupe et de la recherche d'un consensus. Un deuxième sondage réalisé auprès d'un plus grand groupe de médecins de famille (194 récipiendaires ;15% taux de réponse) représentant l'ensemble du pays a généré indépendamment une deuxième liste.

Les listes de sujets prioritaires générées par le groupe nominal et le plus grand groupe de référence étaient presque identiques, tant du point de vue des sujets nommés que de la priorité assignée (corrélation = 0.86). Une liste définitive des 17 sujets prioritaires a ensuite été dressée.

Cette approche a été utilisée pour élaborer et finaliser tous les sujets, soit quatre itérations de commentaires individuels, de discussions et de recherche du consensus.

Comment utiliser ces sujets prioritaires et éléments clés

Il est important de noter que le contenu de ce document est intentionnellement sélectif et non exhaustif, conformément aux exigences du processus d'évaluation. Il est plus souhaitable et utile d'évaluer ce qui distingue le mieux les personnes compétentes de celles qui le sont moins. Les sujets prioritaires ne représentent pas une longue liste de ce qui devrait être couvert pendant la formation, mais plutôt une liste sélective des domaines d'évaluation qui peut aider les enseignants/évaluateurs à évaluer la compétence globale dans la médecine du sport et de l'exercice. Les éléments clés représentent les démarches cruciales, ou essentielles, dans la résolution d'une situation ou d'un problème clinique ; on peut donc conclure si l'apprenant a atteint les compétences sous-jacentes ou non. Tous les éléments clés sont des actes observables ; ils ne sont pas de simples connaissances. Ils ne couvrent pas toutes les démarches nécessaires (p. ex., anamnèse, examen, diagnostic, prise en charge), mais seulement celles jugées critiques et dont les apprenants manquent le plus souvent.

Par conséquent, les sujets prioritaires et leurs éléments clés ne doivent pas être utilisés comme une liste de vérification pour évaluer la compétence. Ils sont le plus utiles lorsqu'ils guident les efforts d'évaluation (échantillonnage, observation, réflexion) au fil du temps afin de déterminer s'il y a compétence ou non. Ils peuvent aussi être utiles dans les situations suivantes :

Pour les apprenants :

- Utiliser pour guider l'auto-réflexion sur la compétence et pour développer un plan d'apprentissage, particulièrement avant et durant les expériences cliniques.
- Utiliser comme guide pour solliciter les commentaires auprès des enseignants ou examinateurs.

Pour les enseignants ou examinateurs :

- Comparer le contenu de ce document à ses stratégies d'évaluation et faire les ajustements nécessaires
- Utiliser comme guide pour l'évaluation des apprenants, y compris pour donner de commentaires, développer les questions à poser aux apprenants et pour rédiger les feuilles de route.
- Utiliser comme guide pour formuler les plans d'apprentissage pour vos apprenants.

Pour les programmes :

- Utiliser comme normes d'évaluation pour déterminer si le résident a réussi le programme de formation ou non
- Utiliser pour guider l'élaboration de stratégies d'évaluation.
- Utiliser pour guider la planification d'un cursus qui fournira aux apprenants une exposition adéquate aux sujets prioritaires et habiletés techniques.

MÉDECINE DU SPORT ET DE L'EXERCICE

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Niveau de compétences avancées

Éléments clés

Avril 2017

Le Groupe de travail sur l'évaluation des compétences dans la médecine du sport et de l'exercice

Wade Elliott, CCMF (MSE)

Pierre Frémont, CCMF (MU) (MSE), FCMF

Tatiana Jevremovic, CCMF (MU) (MSE)

Constance Lebrun, CCMF (MSE)

Lisa Fischer, CCMF (MSE), enseignant clinicien

Nous remercions en particulier Dr Tim Allen, ancien directeur de la Certification et de l'Évaluation, pour ses conseils et sa contribution inestimables à ce projet.

MÉDECINE DU SPORT ET DE L'EXERCICE

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Niveau de compétences avancées

Éléments clés

Avril 2017

Sujets prioritaires

1. Affections musculosquelettiques :
 - a) [Douleur musculosquelettique localisée ou régionale d'étiologie indéterminée](#)
 - b) [Douleur musculosquelettique localisée ou régionale d'étiologie diagnostiquée](#)
 - c) [Blessure au genou \(sans fracture évidente\)](#)
 - d) [Épaule douloureuse ou instable \(non une blessure aiguë\)](#)
 - e) [Entorses de la cheville](#)
 - f) [Douleur dans la hanche et dans l'aîne \(non aiguë\)](#)
2. [Commotion cérébrale](#)
3. [Exercice, réadaptation et reprise des activités physiques \(après une blessure ou une maladie ; établissement des limites\)](#)
4. [Enjeux médicaux et environnementaux liés à l'exercice](#)
5. [Imagerie médicale et diagnostique](#)
6. [Injections et aspirations dans les articulations et les tissus mous](#)
7. [Athlètes de compétition et d'élite](#)
8. [Prescription d'exercice \(adaptée aux populations aux fins de promotion de la santé et aux fins de prévention\)](#)
9. [Intervention sur le terrain](#)
10. [Entraîneurs/parents/enseignants](#)
11. [Nutrition/suppléments/dopage \(amélioration de la performance ; sécurité d'emploi ; risque d'infraction liée au dopage\)](#)
12. [Arthropathie \(monoarthropathie et polyarthropathie, particulièrement l'arthrose\)](#)
13. [Problèmes sexospécifiques](#)
14. [Athlètes pédiatriques/adolescents](#)
15. [Athlètes amateurs et de compétition atteints d'incapacité](#)
16. [Prise en charge des événements](#)
17. [Exercice : Évaluation avant l'activité](#)

Habilités techniques nécessaires

Injecter ou aspirer les articulations ou régions suivantes :

- articulations : épaule (p. ex., gléno-humérale, acromio-claviculaire, sous-acromial), genou, cheville, petites articulations (p. ex. première articulation MTP)
- Tissus mous :
 - bourse (p. ex., olécrânienne, calcanéenne, du grand trochanter, ansérine)
 - péri-tendineux (p. ex. de Quervain, doigt à ressort)
 - enthèse (p. ex. épicondylose, aponévrose plantaire)
 - zones gâchettes

[Annexe: Habiletés techniques en médecine familiale](#)

Sujet prioritaire 1a : Douleur musculosquelettique localisée ou régionale d'étiologie indéterminée

1. Chez un patient qui présente une douleur musculosquelettique localisée ou régionale d'étiologie indéterminée :
 - a) À l'aide d'une approche axée sur le patient, considérer et évaluer toutes les sources potentielles de douleur localisée, projetée et généralisée (p. ex., douleur lombaire causée par une pathologie pelvienne, douleur osseuse causée par l'ostéomyélite, douleur à l'épaule causée par une lésion pulmonaire).
 - b) Rechercher et reconnaître les signes et symptômes atypiques pouvant indiquer une pathologie plus grave.
 - c) Demander des investigations en fonction du diagnostic différentiel et de leur impact sur la prise en charge.

2. Chez un patient qui présente une douleur musculosquelettique aiguë d'origine indéterminée durant un événement sportif ou une activité physique :
 - a) Déterminer et communiquer les risques potentiels liés à la poursuite du jeu/de l'activité.
 - b) Retirer le patient du jeu/de l'activité lorsque cela est médicalement indiqué.
 - c) Conseiller le patient sur le retour sécuritaire au jeu/à l'activité.

Sujet prioritaire 1b : Douleur musculosquelettique localisée ou régionale d'étiologie diagnostiquée

1. Chez un patient qui présente une douleur musculosquelettique localisée ou régionale d'étiologie diagnostiquée (p. ex., fracture, radiculopathie), rechercher et identifier les signes et symptômes évoquant une pathologie grave connexe (p. ex. fracture pathologique, cause cardiaque, tumeur aux poumons) et la prendre en charge de la manière indiquée.
2. Chez un patient qui présente une douleur musculosquelettique d'étiologie diagnostiquée :
 - a) Demander des investigations additionnelles seulement lorsque les résultats pourraient influencer sur le diagnostic ou la prise en charge.
 - b) Formuler un plan thérapeutique initial approprié y compris maîtrise de la douleur et stratégies de réadaptation précoce (p. ex. physiothérapie, attelles, injections).
 - c) Déterminer s'il est nécessaire de recommander le patient en médecine/chirurgie et quand le faire (p. ex., polyarthrite rhumatoïde, genou bloqué) ou non (p. ex., déchirure dégénérative du ménisque, rupture dégénérative de la coiffe des rotateurs) et mettre la recommandation en route au bon moment.
 - d) Concevoir un plan individualisé de réadaptation à long terme de la blessure et qui répond aux objectifs fonctionnels du patient, afin d'optimiser le rétablissement et réduire au minimum le risque de nouvelle blessure.
3. Chez un patient qui présente une douleur musculosquelettique d'étiologie diagnostiquée dont l'état ne s'améliore pas comme prévu :
 - a) envisager et rechercher d'autres causes ou facteurs contribuant à la douleur (p. ex. douleur projetée, algoneurodystrophie, autre diagnostic musculosquelettique, problèmes psycho-sociaux)
 - b) réévaluer et prendre en charge en conséquence.

Sujet prioritaire 1c : Blessure au genou (sans fracture évidente)

1. Chez un patient qui présente une blessure aiguë au genou sans fracture évidente, formuler un diagnostic différentiel en :
 - Prenant une anamnèse détaillée tout en portant une attention spéciale au mécanisme de la blessure et aux symptômes mécaniques (p. ex. verrouillage, instabilité, enflure aiguë).
 - Examinant le genou cliniquement à l'aide d'une approche standardisée, y compris de tests spéciaux.
 - Distinguant les pathologies bénignes des pathologies graves (p. ex. lésion neurovasculaire, syndrome des loges aigu).
 - Demandant les examens d'imagerie ou les investigations appropriés seulement s'ils pourraient influencer sur le diagnostic et la prise en charge.

2. Chez un patient qui présente une blessure aiguë au genou sans fracture évidente :
 - a) Déterminer s'il faut procéder à d'autres interventions médicales/chirurgicales.
 - b) Déterminer si le cas est urgent, semi-urgent ou non urgent.
 - c) Recommander en conséquence.

3. Chez un patient qui présente une blessure aiguë au genou sans fracture évidente qui ne nécessite pas une recommandation médicale/chirurgicale :
 - a) Formuler un plan de prise en charge complet (p. ex., réadaptation appropriée, attelle).
 - b) Fournir un plan d'exercice modifié, afin de maintenir la forme physique durant la guérison de la blessure.
 - c) Formuler un plan de retour au jeu sécuritaire, en tenant compte du contexte de la blessure et des objectifs fonctionnels du patient, afin de réduire au minimum le risque de nouvelle blessure.

Sujet prioritaire 1d : Épaule douloureuse ou instable (non une blessure aiguë)

1. Chez un patient qui présente une épaule douloureuse ou instable, formuler un diagnostic différentiel en :
 - Prenant une anamnèse détaillée, incluant les facteurs possiblement en cause (p. ex., surutilisation, microtraumatismes répétés, exigences professionnelles, blessures antérieures, risque lié à un sport).
 - Effectuant un examen physique complet, incluant la colonne cervicale et les tests spéciaux appropriés.
 - Envisageant les investigations diagnostiques sélectives et/ou injections (p. ex., arthrogramme par IRM, injection dans l'articulation acromio-claviculaire) lorsque cela est indiqué.
2. Chez un patient qui présente une épaule douloureuse ou instable pour laquelle un diagnostic est soupçonné :
 - a) Demander les examens d'imagerie ou les investigations appropriés seulement s'ils pourraient contribuer au diagnostic ou orienter le traitement (p. ex., échographie pour une rupture de la coiffe des rotateurs).
 - b) Interpréter les résultats de l'examen d'imagerie et des investigations de manière appropriée selon le contexte clinique.
3. Chez un patient qui présente une épaule douloureuse ou instable, distinguer les pathologies bénignes des pathologies graves (p. ex. cause cardiaque, tumeur aux poumons) et prendre en charge en conséquence.
4. Chez un patient ayant reçu un diagnostic établi pour une épaule douloureuse ou instable, formuler un plan de prise en charge pouvant inclure ce qui suit :
 - Stratégies exhaustives de réadaptation adaptées aux objectifs fonctionnels du patient (p. ex., physiothérapie, biomécanique, force du tronc).
 - Lorsque cela est indiqué, injections et/ou attelle, application de ruban adhésif.
 - Recommandation lorsque cela est approprié (p. ex. en chirurgie, neurologie, psychiatrie).

Sujet prioritaire 1e : **Entorses de la cheville**

1. Chez un patient qui présente une blessure à la cheville évoquant une entorse, formuler un diagnostic différentiel en :
 - Prenant une anamnèse complète en portant une attention spéciale au mécanisme de la blessure.
 - Examinant la cheville à l'aide d'une approche standardisée, y compris les tests spéciaux.
 - Tenant compte des blessures au-dessus ou au-dessous de la cheville (p. ex., fracture de Maisonneuve, lésion du nerf péronier) et en les recherchant.
 - Demandant des examens d'imagerie/investigations seulement s'ils influent sur la prise en charge.
2. Chez un patient qui présente une entorse à la cheville, distinguer les pathologies bénignes des pathologies graves (p. ex. blessure du deltoïde, de la syndesmose, fractures connexes), et la prendre en charge en fonction de la gravité et de l'urgence.
3. Chez un patient ayant reçu un diagnostic d'entorse de la cheville non compliquée, la prendre en charge de manière appropriée, y compris mobilisation précoce, recours à des appareils accessoires et fonctionnels (p. ex., attelle) et réadaptation afin de favoriser le retour rapide à la fonction et éviter les nouvelles blessures.
4. Pour une entorse de la cheville qui ne guérit pas comme prévu, réévaluer et rechercher d'autres pathologies (p. ex. blessure ostéocondrale, syndrome d'empiètement, tendinopathie, lésion nerveuse).
5. Chez un patient qui présente une instabilité récidivante de la cheville :
 - a) Évaluer en clinique les anomalies fonctionnelles et structurelles (p. ex., hyperlaxité ligamentaire, contrôle neuromusculaire)
 - b) Prendre en charge de manière appropriée.

Sujet prioritaire 1f : Douleur dans la hanche et dans l'aine (non aiguë)

1. Chez un patient qui présente une douleur non aiguë dans la hanche et dans l'aine, formuler un diagnostic différentiel en :
 - Prenant une anamnèse complète incluant les facteurs de risque (p. ex. manque relatif d'énergie durant le sport [RED-S], emploi de stéroïdes, facteurs de risque spécifiques à un sport).
 - Effectuant un examen physique détaillé des hanches, de la colonne lombaire et du pelvis, y compris les tests spéciaux et les évaluations fonctionnelles (p. ex. analyse de la démarche, accroupissement sur un pied).
 - Reconnaisant et en recherchant les causes multiples de la douleur dans la hanche et dans l'aine, y compris systémique, intra-articulaire, des tissus mous, viscérale, projetée (p. ex., hernie sportive, déchirure du labrum, arthrose, kyste ovarien).
 - Demandant en temps opportun les examens d'imagerie/investigations appropriés ou les injections diagnostiques (p. ex. radiographie, tomodensitométrie osseuse, arthrogramme par IRM, etc.), se conformant à l'urgence de la pathologie et à l'impact sur la prise en charge.
2. Chez un patient qui présente une douleur non aiguë dans la hanche et dans l'aine :
 - a) Distinguer les pathologies bénignes des pathologies graves (p. ex. nécrose avasculaire, épiphysiolyse fémorale supérieure, arthrite septique de la hanche, fracture de fatigue).
 - b) Déterminer si le patient a besoin de soins urgents, semi-urgents ou non urgents et le recommander en conséquence.
3. Chez un patient ayant une étiologie diagnostiquée pour une douleur non aiguë dans la hanche ou dans l'aine, établir un plan complet de prise en charge/de réadaptation axé sur le patient afin de s'attaquer aux facteurs sous-jacents ou précipitants et d'atteindre les objectifs fonctionnels.

Sujet prioritaire 2 : **Commotion cérébrale**

1. Chez un patient qui pourrait avoir subi un ou plusieurs impacts, collisions ou chutes, envisager le diagnostic de commotion cérébrale, même en l'absence d'une perte de conscience.
2. Chez un patient pour lequel on soupçonne une commotion cérébrale subie sur le terrain, évaluer de manière appropriée, y compris :
 - Évaluation de la colonne cervicale et stabilisation, au besoin
 - Examen neurologique et cognitif approprié
 - Retrait du jeu et évaluation plus poussée hors terrain
 - Évaluations en série et surveillance de toute détérioration
 - Reconnaissance des symptômes alarmants et recommandation urgente lorsque cela est indiqué.
3. Chez un patient dont la commotion cérébrale est confirmée sur le terrain, instaurer la prise en charge appropriée et veiller au suivi.
4. Lors de l'évaluation et de la prise en charge dans un contexte non aigu d'un patient ayant subi une commotion cérébrale (p. ex. au bureau) :
 - a) Obtenir une anamnèse détaillée et procéder à une évaluation minutieuse, y compris :
 - Demander au patient de rapporter les symptômes.
 - Examen physique (y compris de la colonne cervicale), neurologique et cognitif.
 - Tests spéciaux (p. ex., examen vestibulo-oculaire, test de l'équilibre).
 - b) Demander des investigations seulement si elles influent la prise en charge.
 - c) Conseiller le patient sur les stratégies initiales de prise en charge appropriées à son âge (p. ex. repos initial et retour graduel aux activités cognitives et physiques)
 - d) Déterminer si le patient est prêt à retourner au jeu.
5. Chez un athlète qui présente des symptômes persistants, créer un plan individualisé de prise en charge qui inclut :
 - des stratégies pour demeurer en forme et actif.
 - une approche multidisciplinaire (p. ex., physiothérapie, neuropsychologie).

Sujet prioritaire 3 : Exercice, réadaptation et retour aux activités physiques (après une blessure ou une maladie ; établissement des limites)

1. Chez un patient blessé, prescrire un plan initial de prise en charge de la blessure, qui inclut les exercices et activités à éviter et celles qui peuvent être poursuivies, tout en donnant à la blessure le temps de guérir et en maintenant la forme physique.
2. Chez un patient ayant subi une blessure en voie de guérison, planifier un programme graduel de réadaptation spécifique au patient, et réévaluer périodiquement jusqu'à ce qu'il soit possible de reprendre l'activité complète sans restriction.
3. Lors de la prise de décision quant au retour au jeu/à l'activité après une blessure, tenir compte :
 - de la capacité générale et fonctionnelle du patient (p. ex. force, équilibre, mobilité)
 - de l'état de la blessure (p. ex. stabilité, amplitude du mouvement, enflure, douleur)
 - de la nature du sport ou de l'activité et du risque qui y est liée.
4. Chez un patient atteint d'une maladie aiguë ou en voie de guérison (p. ex. mononucléose infectieuse, myocardite, malaise lié à la chaleur, infection respiratoire),
 - a) Relever les signes et symptômes cliniques (p. ex. fièvre, splénomégalie, fonction cardio-respiratoire limitée) qui pourraient influencer sur la capacité de pratiquer des activités physiques ou pourraient accroître le risque d'événements indésirables.
 - b) Planifier des séries d'exams (p. ex., évaluation clinique, investigations diagnostiques) pour confirmer que les indicateurs cliniques du risque ont régressé.
 - c) Planifier un retour graduel au programme d'activités/de sports en fonction de la maladie et du bien-être du patient.
 - d) Conseiller le patient et les intervenants pertinents au sujet des risques et des décisions de prise en charge.

Sujet prioritaire 4 : Enjeux médicaux et environnementaux liés à l'exercice

1. Chez un patient qui présente une affection médicale diagnostiquée (p. ex., asthme, diarrhée, RGO, céphalée, lésions cutanées), tenir compte du fait que l'exercice pourrait induire ou aggraver les symptômes et planifier en conséquence.
2. Chez un patient qui présente des symptômes non spécifiques ou atypiques (p. ex. sautes d'humeur, faiblesse, fatigue, baisse du rendement, blessures multiples) inclure le surentraînement et le manque relatif d'énergie durant le sport (RED-S) dans votre diagnostic différentiel et évaluer en conséquence.
3. Lorsque l'exercice doit avoir lieu dans des conditions de stress environnemental (p. ex., chaleur, froid, altitude), faire appel aux recommandations actuelles de pratiques exemplaires ou aux lignes directrices établies pour conseiller les groupes ci-dessous quant aux mesures visant à réduire le risque de conséquences ou de complications :
 - les personnes et les équipes sur :
 - la modification du calendrier d'entraînement
 - les activités et ressources additionnelles de soutien
 - les signes avertisseurs de maladie
 - les organisateurs de l'événement sur :
 - les recommandations de ressources devant être en place pour détecter et traiter les maladies environnementales aiguës lorsqu'elles et si elles surviennent
 - l'identification d'un risque suffisamment élevé pour recommander de modifier ou d'annuler les activités
4. Chez les patients qui s'entraînent dans des conditions de stress environnemental (p. ex., chaleur, froid, altitude, sous l'eau), rechercher et reconnaître les signes et symptômes précoces de maladie environnementale.
5. Une fois les signes cliniques de maladie liée à un stress environnemental identifiés, les prendre en charge rapidement sur le terrain afin de réduire la morbidité et la mortalité.
6. Chez les patients qui présentent des affections médicales (p. ex., asthme, diabète, maladie CV, certains médicaments) pouvant être affectées par l'exercice dans des conditions de stress environnemental, les conseiller sur l'établissement de limites ou sur la modification de l'exercice prévu afin de réduire le risque de complications.

Sujet prioritaire 5 : Imagerie médicale et diagnostique

1. Chez un patient qui présente un problème musculosquelettique et un diagnostic différentiel cliniquement établi :
 - a) Faire appel à la modalité d'imagerie appropriée, en fonction du diagnostic différentiel et de l'impact qu'elle aura sur la prise en charge, afin d'éviter les investigations inutiles.
 - b) Reconnaître qu'il pourrait être nécessaire d'utiliser des plans et des techniques d'imagerie de spécialité pour évaluer certains diagnostics précis/soupçonnés (p. ex., poing fermé, vue de tunnel debout, échographie dynamique) et les demander en conséquence.
 - c) Visualiser et interpréter les radiographies ordinaires lorsqu'elles sont disponibles.
2. Chez un patient qui présente des anomalies sur un cliché d'imagerie :
 - a) Interpréter les résultats dans le contexte du tableau clinique (p. ex., déchirures dégénératives du ménisque chez un patient arthrosique).
 - b) « Traiter le patient, et non l'image ».

Sujet prioritaire 6: Injections et aspirations dans les articulations et les tissus mous

*Compétence technique, faisant appel aux habiletés essentielles générales des habiletés techniques ([Annexe](#)) pour toutes les injections ou aspirations.

Les principes suivants s'appliquent à toute injection/aspiration dans les articulations (petites et grandes) et dans les tissus mous (p. ex., péri-tendon, bourse, points gâchette).

1. Chez un patient pour lequel on envisage une injection ou une aspiration dans une articulation ou un tissu mou précis, évaluer les contre-indications absolues ou relatives (p. ex., allergie, diabète, déficit de coagulation, allergie) afin d'éviter les injections lorsque les risques surpassent les bienfaits.
2. Lors de l'exécution d'une injection ou d'une aspiration dans une articulation ou dans un tissu mou :
 - Sélectionner le type et la quantité de matériel à injecter (p. ex., anesthésique local, viscosuppléance de cortisone) dont le profil d'activité répond le mieux à l'emplacement et aux effets recherchés (p. ex., soulagement de la douleur, anti-inflammatoire).
 - Localiser et utiliser les points de repère guidant l'injection ou l'aspiration à l'endroit désiré.
 - Faire appel à une technique stérile ou « sans contact » appropriée
3. Suivant une aspiration dans une articulation aux fins diagnostiques :
 - a) Demander les analyses appropriées aux diagnostics soupçonnés.
 - b) Interpréter les résultats (p. ex., arthropathie à cristaux, arthrite septique).
4. Rechercher et reconnaître les indications pour les techniques d'injection avancées impossibles à exécuter soi-même (p. ex., bloc sympathique, bloc facettaire, épidurale) et recommander le patient en conséquence.

Sujet prioritaire 7 : Athlètes de compétition et d'élite

1. Chez un athlète de compétition/d'élite qui reçoit un diagnostic de blessure musculosquelettique ou de maladie médicale (aiguë ou chronique), prendre en charge ponctuellement à l'aide d'une approche axée sur le patient, tout en tenant compte des facteurs suivants :
 - attentes personnelles et pressions extérieures
 - risques individuels et liés au sport en particulier
 - contre-indications relatives/absolues pour le retour au jeu
 - calendriers d'entraînement/de compétition
2. Chez un athlète ayant reçu le conseil d'arrêter ou de modifier l'entraînement, mais qui est réticent à le faire, faire appel à une approche axée sur le patient pour aborder les craintes personnelles, les objectifs et attentes, et les pressions extérieures afin de favoriser un plan de prise en charge acceptable, tout en maintenant une relation médecin-patient efficace.
3. Chez tous les athlètes de compétition et d'élite, envisager les interventions sélectives (p. ex., application de ruban adhésif, attelle, médicament, injection) pour faciliter l'entraînement ou la compétition, à condition d'avoir discuté en détail des risques et des bienfaits et qu'une intervention de cette nature ne causera probablement pas une autre blessure significative ou une infraction liée au dopage.
4. Chez un athlète de compétition et d'élite atteint d'un problème médical aigu ou chronique (p. ex., infection des voies respiratoires supérieures, asthme, diabète), déterminer et discuter de ce qui suit avec l'athlète :
 - risques potentiels liés à l'exercice avec l'affection en cause
 - impact potentiel de la maladie sur l'entraînement et la performance
5. Chez les athlètes qui voyagent pour le sport, reconnaître les facteurs ou conditions qui pourraient se répercuter sur la santé ou la performance (p. ex., décalage horaire, immunisation, altitude, aliments, eau, sécurité personnelle) et conseiller les athlètes ou les équipes quant aux stratégies visant à réduire les effets négatifs et les risques.

Sujet prioritaire 8 : Prescription d'exercice (adaptée aux populations, aux fins de promotion de la santé et de prévention)

1. Avant de prescrire de l'exercice à un patient, évaluer les facteurs qui pourraient avoir une influence sur les choix et la participation (p. ex., âge, blessures antérieures, motivation, grossesse, contexte psycho-social, problèmes médicaux coexistants, risque cardiovasculaire).
2. Pour les patients en bonne santé qui présentent un faible risque, rédiger une ordonnance d'exercice adaptée à leur contexte, à leur niveau actuel d'activité et à leurs objectifs personnels, afin de favoriser et de maintenir un mode de vie sain.
3. Lors de la prescription d'exercice à des patients atteints d'une maladie chronique (p. ex., coronaropathie, asthme, diabète),
 - a) Faire des recommandations individualisées en matière d'exercice et conseiller le patient quant aux signes alarmants à surveiller durant l'exercice.
 - b) Identifier les patients à risque élevé pour lesquels l'exercice vaudrait mieux d'être pratiqué dans un milieu spécialisé/surveillé (p. ex., après une chirurgie cardiovasculaire).
4. Chez un patient atteint de blessures ou d'une affection musculosquelettique aiguë ou chronique, rédiger une ordonnance d'exercice qui réduit au minimum l'impact négatif sur les régions touchées (p. ex., progression de l'arthrose, aggravation de la blessure) et maximise les effets positifs.

Sujet prioritaire 9 : Intervention sur le terrain (y compris hors terrain)

Les éléments suivants représentent un point de départ pour toutes les habiletés essentielles lors de la couverture médicale sur le terrain

1. Mettre en œuvre le plan d'action d'urgence établi pour les interventions sur le terrain, et celles liées au sport et au site, y compris accès sécuritaire au terrain de jeu, prise en charge des urgences médicales et des blessures urgentes, et retrait sécuritaire du patient.
2. Faire appel à une approche de prise en charge des traumatismes non orthopédiques qui est adaptée au contexte d'intervention sur le terrain (p. ex., points de suture, blessure oculaire, blessure dentaire).
3. Diagnostiquer les blessures courantes sur le terrain (p. ex., entorses, luxations, fractures, blessures des tissus mous) et entreprendre la prise en charge initiale (p. ex., réductions, attelles/immobilisation) dans le contexte des interventions sur le terrain.
4. Organiser la disposition appropriée du patient blessé en fonction de la blessure ou de la maladie (p. ex., transport urgent/émergent à l'hôpital, soins et observation hors-terrain, retour au jeu).

Sujet prioritaire 10: **Entraîneurs/parents/enseignants**

Les éléments suivants représentent un point de départ pour toutes les habiletés essentielles lors de l'interaction avec les entraîneurs, les parents, les enseignants et les athlètes, y compris dans les situations où l'athlète pourrait être soumis à une pression extérieure ou auto-infligée pour participer à l'activité ou y retourner :

1. Faire des recommandations au sujet de l'activité qui sont basées exclusivement sur les pratiques exemplaires et l'intérêt fondamental du patient (p. ex., veiller à la sécurité et au bien-être du patient).
2. Créer un plan de prise en charge avec toutes les parties qui :
 - veille à ce que l'athlète blessé ou malade ne retournera pas au jeu à moins qu'il soit sécuritaire de le faire
 - optimise les chances qu'il ou elle pourra résister aux pressions extérieures ou auto-infligées
3. Faire appel aux habiletés de haut niveau (c.-à-d., qui favorisent une approche axée sur le patient, la communication, la relation médecin-patient) pour améliorer les chances que le plan de prise en charge recommandé soit suivi en :
 - Respectant la vie privée du patient et en obtenant son consentement avant d'en discuter avec autrui.
 - Cherchant à résoudre de manière compréhensive les conflits entre les parties au sujet des recommandations de prise en charge.
 - Répondant aux préoccupations de toutes les parties en les engageant activement dans le plan de prise en charge sur lequel elles se sont entendues.
4. Informer l'athlète, les entraîneurs, les parents et les enseignants de ce qui suit :
 - stratégies de prévention des blessures
 - reconnaissance précoce des blessures ou des maladies
 - prise en charge précoce appropriée

Sujet prioritaire 11: Nutrition/Suppléments/Dopage

1. Chez un patient qui pourrait profiter de conseils sur la bonne alimentation et hydratation, donner des recommandations s'appuyant sur une revue de ce qui suit :
 - antécédents médicaux
 - apport alimentaire et liquidien
 - besoins individualisés et liés au sport
 - stratégies visant à optimiser la performance (entraînement, compétition et rétablissement)
 - réduction du risque (p. ex., manque d'énergie, hyponatrémie)

2. Pour les athlètes de compétition :
 - a) Les conseiller sur les risques en matière de santé générale et de performance liés aux suppléments et au dopage.
 - b) Identifier la prise de médicaments et de suppléments qui pourrait entraîner des infractions liées au dopage conformément aux règlements actuels.
 - c) Identifier les substances prises qui nécessitent une « Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques », et prendre les mesures appropriées pour soumettre la demande d'autorisation aux autorités sportives pertinentes.

Sujet prioritaire 12: Arthropathie (monoarthropathie et polyarthropathie, particulièrement l'arthrose)

1. Chez un patient qui présente une douleur et/ou une enflure articulaire :
 - a) Rechercher et reconnaître les signes et symptômes de monoarthropathie ou de polyarthropathie infectieuse ou inflammatoire.
 - b) Investiguer de manière appropriée (p. ex., analyses sanguines, aspiration dans l'articulation, examen d'imagerie) tout en considérant l'impact sur la prise en charge.
 - c) Prendre en charge et/ou recommander de manière appropriée.
2. Chez un patient qui présente des symptômes articulaires dégénératifs et/ou inflammatoires, incorporer l'anamnèse, les observations physiques et les examens d'imagerie pertinents afin :
 - a) D'établir le diagnostic et la sévérité de la maladie.
 - b) De déterminer l'impact fonctionnel sur les activités quotidiennes et de loisirs comme source potentielle de déconditionnement graduel et de perte d'autonomie subséquente.
3. Chez un patient atteint d'arthrose ou d'une autre arthropathie, lui donner l'information nécessaire pour améliorer l'autoprise en charge et les résultats en :
 - Aidant le patient à comprendre l'importance de maîtriser les symptômes, d'appliquer les stratégies de prévention et de maintenir une alimentation et un mode de vie actif et sains.
 - Aidant le patient à choisir les activités appropriées, les appareils d'aide à la marche et les stratégies de réadaptation afin de maintenir et d'améliorer la fonction et l'autonomie.
 - Reconnaisant le moment où un traitement autonome est inefficace et où une intervention médicale plus poussée est nécessaire.
4. Chez un patient atteint d'arthrose ou d'une autre arthropathie, établir et mettre en œuvre un plan individualisé de prise en charge qui s'appuie sur les objectifs communs, tient compte des lignes directrices actuelles, des options thérapeutiques (chirurgicales et non chirurgicales) et des ressources disponibles.

Sujet prioritaire 13: Problèmes sexospécifiques

1. Chez un athlète qui présente des signes ou symptômes non spécifiques inexpliqués (p. ex., modification de la performance, dysfonctionnement menstruel, symptômes de déficit en testostérone, fatigue et manque d'énergie, fracture de fatigue) :
 - a) Évaluer/investiguer afin de créer un diagnostic différentiel.
 - b) Inclure la triade de l'athlète féminine/manque relatif d'énergie durant le sport (RED-S) dans le diagnostic différentiel.
2. Chez une athlète qui présente une triade de l'athlète féminine/RED-S, prendre en charge conformément aux recommandations des lignes directrices (p. ex., counseling sur l'entraînement, alimentation, santé mentale, hormonothérapie) et recommander la patiente au besoin.
3. Chez un patient actif qui reçoit un diagnostic de ménopause ou d'andropause, rechercher et tenir compte de l'impact de ces états sur l'entraînement ou la performance et les blessures, et conseiller le patient en conséquence.
4. Chez toutes les patientes enceintes, reconnaître les contre-indications relatives/absolues à l'exercice (p. ex., diabète gestationnel, grossesses multiples, hypertension), et prescrire un plan d'exercice sûr, axé sur la patiente et spécifique au trimestre de la grossesse à l'aide des lignes directrices actuelles appropriées.
5. Chez une patiente en post-partum, renseigner et encourager l'exercice sûr afin de favoriser le bien-être, prévenir les blessures et maintenir un équilibre énergétique adéquat.
6. Chez une patiente enceinte ou en post-partum qui présente une blessure musculosquelettique, adapter la prise en charge de la blessure afin de réduire le risque chez la mère, le fœtus ou le nouveau-né allaité (p. ex. examens d'imagerie/investigations appropriés, interventions modifiées de réadaptation, recours approprié aux médicaments/suppléments).

Sujet prioritaire 14: Athlètes pédiatriques/adolescents

1. Chez un patient pédiatrique/adolescent qui présente une douleur ou une blessure musculosquelettique, toujours tenir compte des caractéristiques musculosquelettiques uniques (p. ex., cartilage de conjugaison, apophyse, stade du développement) dans l'approche envers le diagnostic différentiel et la prise en charge.
2. Chez un patient pédiatrique/adolescent qui présente une douleur ou une enflure articulaire, envisager et rechercher les affections plus courantes dans cette population (p. ex., ostéochondrite disséquante, synovite transitoire [rhume de hanche], arthrite juvénile).
3. Chez un patient pédiatrique/adolescent qui pratique un exercice ou un sport, conseiller le patient, ses parents et ses entraîneurs au besoin quant aux exercices spécifiques à l'âge (p. ex., étirement approprié et entraînement d'endurance) afin :
 - d'éviter les blessures/maladies liées à l'immaturité musculosquelettique et physiologique
 - d'améliorer la performance
 - d'améliorer la réadaptation et favoriser le retour au jeu
4. Chez tous les patients pédiatriques/adolescents, s'informer le cas échéant du niveau d'activité physique et les conseiller dans le but d'encourager un mode de vie saine et active, une bonne alimentation et un bon équilibre énergétique.
5. Chez les patients pédiatriques/adolescents, rechercher et reconnaître les signes et symptômes d'intimidation et d'abus potentiel dans le sport (p. ex., attentes démesurées des parents/ entraîneurs, pression de conformité, violence mentale/verbale/sexuelle) et défendre le bien-être et la sécurité du patient.
6. Pour tout patient qui pratique un sport où l'image corporelle et le poids sont des facteurs (p. ex., danse, lutte, aviron), rechercher et reconnaître les conséquences négatives potentielles sur la santé (p. ex., alimentation désordonnée, altération de l'image corporelle, fractures de fatigue) et les prendre en charge en conséquence.

Sujet prioritaire 15: Athlètes amateurs et de compétition atteints d'incapacité (physique, développementale ou intellectuelle)

1. Chez un athlète amateur atteint d'incapacité qui souhaite entreprendre un programme d'exercice ou pratiquer un sport, évaluer le type, le degré et les limites fonctionnelles de l'incapacité afin de formuler un plan spécifique au patient.
2. Chez un athlète atteint d'incapacité qui participe à un sport de compétition, rechercher et fournir les ressources qui aideront l'athlète à comprendre le système de classification accepté et reconnu s'appliquant à son sport.
3. Chez tous les athlètes atteints d'une incapacité précise, prévoir et rechercher les syndromes cliniques courants à leur affection (p. ex., dysréflexie autonome, instabilité atlanto-axiale) et conseiller les athlètes quant aux risques afin de réduire au minimum les blessures et d'éviter les complications médicales découlant de la pratique du sport en question.
4. Chez un athlète atteint d'incapacité, rechercher et reconnaître les affections médicales liées à l'incapacité en question (p. ex., plaies de pression, cathéters) qui pourraient avoir un impact sur leur santé ou leur performance, et organiser la prise en charge appropriée.
5. Chez un athlète atteint d'incapacité blessé ou malade, reconnaître l'impact de la blessure/de la maladie sur la capacité fonctionnelle générale du patient et adapter la prise en charge en conséquence (p. ex., blessure de la coiffe des rotateurs chez un athlète en fauteuil roulant, infection de la peau d'un moignon d'amputation).

Sujet prioritaire 16: **Prise en charge des événements**

Les éléments suivants représentent un point de départ pour toutes les habiletés essentielles lors de la planification de la couverture médicale d'un événement.

1. Définir les besoins anticipés en fonction de la nature de l'événement, du lieu, des facteurs environnementaux et du nombre/des facteurs démographiques/risques sur la santé des participants afin de :
 - prévoir les ressources nécessaires (p. ex., personnel médical et paramédical, équipement, communication, transport), en tenant compte de ce qui est disponible à l'échelle locale.
 - établir des protocoles pour composer avec les difficultés anticipées (p. ex., annulation ou report des événements, athlètes atteints d'affections médicales, protocole d'exclusion pour des raisons médicales).
2. Établir et disséminer clairement les chaînes de commandement et les moyens de communication qui seront efficaces dans toutes les conditions, et pour toute la durée de l'événement.
3. Créer des plans d'action en cas d'urgence (p. ex. retrait du terrain, grand nombre de blessés, plan de mesures d'urgence en cas de catastrophe), assigner les rôles et veiller à la communication/ dissémination efficace à l'équipe de couverture médicale et au comité d'organisation local.

Sujet prioritaire 17: **Exercice : Évaluation avant l'activité**

1. Chez un athlète ou un patient qui demande conseil sur sa participation à une activité physique, identifier les facteurs de risque de difficultés de performance, de blessures, de maladie ou de mort subite à l'aide :
 - d'une anamnèse médicale et d'un historique du sport en question complets et individualisés
 - d'un examen physique minutieux avant la pratique du sport en portant attention aux risques individuels (dont l'âge, le sexe et le genre) et en les comprenant

2. Chez un athlète ou un patient qui présente des facteurs de risque identifiés par une évaluation complète avant l'activité :
 - a) fournir des recommandations sur la participation avec ou sans restrictions.
 - b) lorsque cela est indiqué, prévoir les investigations de suivi, les stratégies de réadaptation et les stratégies de prévention des blessures appropriées.

3. Lors de l'évaluation d'un athlète avant la participation à une activité physique, effectuer une anamnèse complète et détaillée des « médicaments/emploi de suppléments » et conseiller le patient de manière appropriée et individualisée quant à leur emploi.

Annexe

Habiletés techniques en médecine familiale

Le certificat de pratique indépendante exige un certain niveau de compétences expérientielles : cela inclut les habiletés techniques pour exécuter un certain nombre d'interventions. Il faut se rappeler que les aspects techniques des interventions ne sont pas tout ce qui importe. Les niveaux de compétence plus avancés doivent aussi être évalués, comme toujours, dans le contexte de la médecine familiale—les habiletés essentielles décrivent cet aspect.

Éléments clés généraux pour les habiletés techniques

(S'appliquent à toutes les interventions. Ces éléments clés généraux peuvent servir de guide pour élaborer des outils d'évaluation précis visant des interventions spécifiques.)

1. Afin de décider si oui ou non l'intervention aura lieu, tenir compte de ce qui suit :
 - a) Les indications et contre-indications de l'intervention
 - b) Vos propres habiletés et votre préparation à faire l'intervention (p. ex. votre niveau de fatigue et toutes distractions personnelles)
 - c) Le contexte de l'intervention, y compris le patient, la complexité de la tâche, le temps nécessaire, le besoin d'aide, et l'emplacement
2. Avant de décider d'aller de l'avant avec l'intervention :
 - a) Discuter de l'intervention avec le patient, y compris décrire l'intervention et les issues possibles, tant positives que négatives, dans le cadre de l'obtention du consentement.
 - b) Se préparer à l'intervention en veillant à ce que l'équipement approprié soit prêt.
 - c) Répéter mentalement ceci :
 - i. Les points de repère anatomiques nécessaires pour exécuter l'intervention
 - ii. Les étapes techniques nécessaires de manière séquentielle, y compris tout examen préliminaire
 - iii. Les complications potentielles et leur prise en charge
3. Durant l'intervention :
 - i. Renseigner le patient au fil de l'intervention pour réduire l'anxiété
 - ii. Toujours veiller au confort et à la sécurité du patient
4. Lorsque l'intervention ne se déroule pas comme prévu, réévaluer la situation, et arrêter et/ou demander de l'aide, au besoin.
5. Formuler un plan avec le patient pour les soins de suivi après que l'intervention est terminée.

Préciser les objectifs d'une évaluation basée sur les compétences en médecine familiale : Les habiletés techniques

S Wetmore, T Laughlin, K Lawrence, M Donoff, T Allen, C Brailovsky, T Crichton, C Bethune.

Can Fam Physician 2012 ;58:775-80