

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Sujets prioritaires en médecine d'urgence (en ordre alphabétique)

[Accident vasculaire cérébral \(AVC\)](#)

[Amélioration continue de la qualité \(ACQ\)](#)

[Analgsie/sédation](#)

[Anaphylaxie](#)

[Arythmie](#)

[Asthme/MPOC](#)

[Baisse de l'état de conscience](#)

[Brûlures](#)

[Céphalée](#)

[Choc/déshydratation](#)

[Contrôle des voies aériennes](#)

[Crises convulsives](#)

[Délirium/agitation](#)

[Douleur abdominale](#)

[Douleur thoracique](#)

[Dyspnée](#)

[Environnemental](#)

[Fièvre chez l'enfant](#)

[Fractures courantes/blessures de l'appareil locomoteur](#)

[Lacérations](#)

[Lecture critique](#)

[Maladie cardiaque ischémique](#)

[Maladies infectieuses](#)

[CEdème pulmonaire](#)

[Patients multiples](#)

[Polytraumatismes](#)

[Pré-éclampsie](#)

[Risque de suicide](#)

[Saignement au 1<sup>er</sup> trimestre](#)

[Saignement GI \(saignement gastro-intestinal\)](#)

[Services préhospitaliers](#)

[Thrombose veineuse profonde \(TVP\)/embolie pulmonaire](#)

[Toxicologie](#)

[Violence familiale](#)

[Yeux : CEil rouge, perte de la vision](#)

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Accident vasculaire cérébral

1. Chez un patient qui présente des signes ou symptômes neurologiques aigus, envisager des diagnostics autres que l'AVC lors de la détermination du diagnostic différentiel (p. ex. migraine, hypoglycémie, paralysie de Todd, tumeur)
2. Lorsqu'un patient présente des symptômes secondaires à des distributions non sylviennes (p. ex. déficits de circulation postérieure, confusion), reconnaître l'AVC dans les tableaux cliniques difficiles à cerner.
3. Chez un patient qui présente un déficit neurologique aigu nouveau, mais persistant probablement d'origine vasculaire, déterminer la pertinence de tenter une reperfusion urgente en :
  - Identifiant le territoire anatomique de la lésion
  - Cherchant les causes déclenchantes (p. ex. arythmie, embolie secondaire à un SCA)
  - Choisisant la modalité d'imagerie appropriée (tomodensitométrie sans produit de contraste vs tomoangiographie vs tomodensitométrie triphasique avec produit de contraste)
  - Évaluant l'admissibilité du patient à la thrombolyse, et le risque associé.
4. Chez un patient qui présente un déficit neurologique transitoire, stratifier le risque de récurrence (p. ex. score ABCD<sup>2</sup>) et prendre rapidement les dispositions pour une évaluation auxiliaire (p. ex. écho par sonde Doppler de la carotide, surveillance Holter, échocardiographie).

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Amélioration continue de la qualité

1. Devant une manifestation indésirable, un accident évité de justesse, ou une issue défavorable inattendue chez le patient, identifier les facteurs de contribution, et mettre en œuvre les mesures correctives pour prévenir la récurrence.
2. Devant une manifestation indésirable, peu importe l'issue, en divulguer la survenue, les effets et les conséquences au patient et/ou à sa famille.
3. Planifier et exécuter une analyse préventive de la qualité des soins à l'aide de mesures des résultats chez le patient (c.-à-d. indicateurs de la qualité).
4. Devant une analyse de la qualité des soins ayant relevé un problème qui exige l'attention (p. ex. résultats chez les patients, efficacité de la prestation des soins, satisfaction du patient, sécurité du patient), concevoir un projet simple de mise en œuvre d'une intervention visant à améliorer la qualité des soins, y compris remesurer l'impact de l'intervention.
5. Chercher à améliorer la sécurité générale du patient à l'urgence en révisant et relevant les problèmes qui exigent l'attention, selon les principes généraux de sécurité du patient, cela inclut sans s'y limiter :
  - Utilisation de deux identifiants pour le patient
  - Technique appropriée d'hygiène des mains
  - Précautions en matière de contrôle des infections
  - Techniques de communication efficaces telles que SAÉR (Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation) ou assertions graduées
  - Pratiques de médication sûre (p. ex. éviter les abréviations, les symboles et certaines désignations posologiques)
  - Principes de rapprochement des médicaments
6. Inclure, de façon permanente et continue, des activités régulières et efficaces d'amélioration de la qualité dans tous les aspects de la pratique quotidienne de la médecine d'urgence.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Analgésie/sédation

1. Devant un patient souffrant, évaluer de façon structurée les besoins en matière d'analgésie, à l'aide d'échelles d'évaluation de la douleur et de signes objectifs (p. ex. FC, TA, diaphorèse), tout en prenant note des préférences du patient et de sa réponse aux schémas analgésiques antérieurs.
2. Devant un patient souffrant, choisir les techniques et les agents appropriés à son état (p. ex. médicaments, attelles, infiltration locale, bloc périphérique ou régional), en ayant recours aux associations les plus efficaces et les moins dangereuses possible.
3. Devant un patient qui nécessite une forte analgésie, administrer l'analgésie adéquate, adaptée à la cause de la douleur, à l'aide des agents appropriés ou d'agents multiples, par les voies appropriées, à plus fortes doses au besoin et ajustée de manière à soulager la douleur.
4. Devant un patient souffrant qui nécessite la sédation, veiller à administrer simultanément une analgésie adéquate.
5. Avant de procéder à une sédation procédurale, évaluer formellement les risques de complications (p. ex. voies aériennes, stabilité hémodynamique).
6. Chez un patient sous sédation ou qui a été sous sédation, surveiller les effets recherchés et les complications, en ajustant la dose en fonction de l'effet et de l'innocuité et en se préparant à prendre en charge la sursédation, puis assurer la surveillance après l'intervention, en donnant des instructions sûres et pratiques au congé.

## Médecine d'urgence

### Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

#### Anaphylaxie

1. Chez tout patient en état de choc, envisager l'anaphylaxie comme diagnostic possible.
2. Chez un patient qui présente des signes et symptômes évoquant l'anaphylaxie, la reconnaître et poser le diagnostic même lorsque le tableau clinique est incomplet (p. ex. pourrait ne manifester qu'une éruption cutanée/hypotension/vomissements/respiration sifflante/altération de l'état de conscience).
3. Devant un patient ayant reçu un diagnostic d'anaphylaxie, le traiter rapidement et énergiquement par l'administration appropriée d'épinéphrine, le contrôle des voies aériennes au besoin, et l'accès i.v. au bon moment, de même que la réanimation liquidienne appropriée.
4. Lors du congé des patients après la réussite du traitement d'une réaction anaphylactique, prescrire dans le cadre du plan thérapeutique un médicament de secours d'urgence approprié (p. ex. épinéphrine), renseigner judicieusement (MedicAlert, symptômes de rebond, éviter les déclencheurs) et assurer un suivi (p. ex. test d'allergies/désensibilisation).

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Arythmie

1. Devant un patient qui présente des symptômes non spécifiques pouvant être secondaires à l'hypoperfusion (p. ex. étourdissements, vertiges, sensation de tête légère, syncope, présyncope), éliminer l'arythmie comme cause possible.
2. Lors de l'interprétation de l'ECG d'un patient, reconnaître les signes subtils pouvant indiquer un risque d'arythmie grave (p. ex. allongement de l'intervalle QT en toxicologie, onde T pointue dans les cas d'hyperkaliémie, ondes delta dans les cas de palpitations).
3. Lors de l'interprétation de l'ECG ou du tracé du rythme d'un patient atteint d'arythmie, approcher systématiquement l'interprétation de l'arythmie (p. ex. diagnostic différentiel de tachycardie à complexe étroit ou large, diagnostic de blocs AV).
4. Dans la prise en charge d'un patient atteint d'arythmie, différencier les tableaux cliniques stables et instables (p. ex. signes de perfusion inadéquate, risque de collapsus imminent), et sélectionner les traitements les plus appropriés (électrique et/ou pharmacologique) en fonction de la stabilité de l'état du patient.
5. Devant un patient qui présente une arythmie précise, établir un diagnostic différentiel des causes déclenchantes probables.
6. Chez un patient qui présente une arythmie précise (p. ex. WPW, toxicologie, hypothermie, allongement de l'intervalle QT) ajuster la prise en charge aux circonstances particulières.
7. Chez un patient qui présente une arythmie de reperfusion, prendre des mesures de soutien, par une pharmacothérapie clairement indiquée.
8. Devant un patient qui a retrouvé la circulation spontanée après un arrêt cardiaque, entreprendre l'hypothermie thérapeutique, comme indiqué.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Asthme/MPOC

1. Lorsqu'un patient présente un premier épisode de respiration sifflante, envisager une variété de diagnostics différentiels (p. ex. corps étranger, croup/bronchiolite, obstruction respiratoire, ICC, embolie pulmonaire, pneumonie, anaphylaxie) avant de conclure qu'il s'agit d'asthme.
2. Chez un patient aux prises avec une exacerbation de l'asthme/de la MPOC, rechercher des antécédents présentant un risque élevé (p. ex. séjour aux soins intensifs/intubations antérieurs, corticothérapie récente, visites multiples à l'urgence) afin d'aider à déterminer la prise en charge optimale.
3. Chez un patient aux prises avec une exacerbation de l'asthme/de la MPOC, établir la gravité de l'épisode à l'aide de mesures objectives (p. ex. VEMS/débit de pointe, hausse de la  $pCO_2$ , fatigue, état mental).
4. Devant un patient asthmatique présentant des comorbidités, reconnaître et traiter les comorbidités rapidement (p. ex. ICC, coronaropathie, pneumonie, pneumothorax).
5. Lorsqu'un patient présente une crise d'asthme aiguë, stabiliser l'état du patient avant de poser un diagnostic définitif (p. ex. administration précoce de Beta agonistes, de stéroïdes, d' $O_2$ , d'anticholinergiques).
6. Devant un patient aux prises avec une exacerbation de l'asthme ou de la MPOC, administrer des stéroïdes (systémiques et/ou par inhalation) lorsqu'ils sont indiqués.
7. Chez un patient dont la défaillance respiratoire imminente n'est pas évidente, rechercher et reconnaître les indicateurs cliniques importants d'aggravation de la détérioration respiratoire (p. ex. signes de fatigue à l'examen physique, confusion, hypoxie, hypercarbie) et instaurer le soutien précoce, énergique et non invasif des voies aériennes, au besoin (p. ex. ventilation assistée non invasive BiPAP, VPPC, Heliox).
8. Avant de donner congé à un patient après la prise en charge d'une exacerbation aiguë de l'asthme/de la MPOC,
  - a. s'assurer que l'épisode est vraiment disparu (p. ex. le patient passe un test pratique à l'effort, et les mesures objectives telles que le VEMS sont de bons exemples)
  - b. revoir la gestion de la maladie avec le patient pour réduire les chances de récurrence et de retour précoce (p. ex. confirmer la bonne technique d'utilisation de l'aérosol-doseur, ordonnances adéquates, suivi ponctuel).

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Baisse de l'état de conscience

1. Chez un patient dont l'état de conscience est altéré, monter un diagnostic différentiel convenablement vaste (p. ex. métabolique, infectieux, structurel, médicaments, drogues récréatives, post-critique), tout en éliminant rapidement les causes graves possibles (p. ex. hémorragie intracrânienne/thrombose, méningite/encéphalite, toxines).
2. Chez un patient dont l'état de conscience est altéré, traiter rapidement les causes réversibles (p. ex. hypoglycémie, hypoxie, intoxication aux opioïdes, hypotension/hypovolémie).
3. Chez un patient qui présente un état de conscience altéré, tenter activement d'obtenir l'anamnèse collatérale/avant l'arrivée à l'hôpital, et confirmer la nature des changements de l'état de conscience par rapport à l'état initial du patient.
4. Chez un patient qui présente un état de conscience altéré, ne pas accepter un diagnostic mineur (p. ex. intoxication à l'alcool) comme étant la cause, sans avoir éliminé au préalable les causes graves potentielles (p. ex. traumatisme de la tête).
5. Chez un patient dont l'état de conscience est altéré, utiliser des adjectifs qualitatifs et quantitatifs pour décrire l'ampleur de la baisse de l'état de conscience, et pour surveiller la courbe du niveau de conscience en fonction du temps (p. ex. Échelle de Glasgow).



# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Brûlures

1. Chez les brûlés, évaluer minutieusement les blessures connexes (p. ex. traumatisme, inhalation de fumée, exposition à des produits toxiques [cyanure, monoxyde de carbone]) et les complications (p. ex. syndrome du compartiment, rhabdomyolyse, acidose et anomalies électrolytiques).
2. Chez les brûlés qui présentent des lésions possibles liées à l'inhalation, rechercher les signes de lésion potentielle des voies aériennes et intervenir rapidement, si cela est indiqué.
3. Chez les patients qui présentent des brûlures graves, traiter la douleur rapidement et efficacement (p. ex. analgésie i.v.).
4. Chez les grands brûlés, administrer le remplacement liquidien approprié (p. ex. calculer le remplacement liquidien en fonction de l'heure de la blessure plutôt que de l'heure d'arrivée à l'urgence) et surveiller la réponse.
5. Chez un brûlé qui a été évalué et stabilisé, déterminer la disposition appropriée en fonction de tous les facteurs significatifs du tableau clinique (p. ex. emplacement et gravité de la brûlure, âge du patient, comorbidités, condition sociale).
6. Chez les patients qui présentent une douleur inexplicable intense aux mains ou aux doigts, s'informer de leur exposition aux produits chimiques (p. ex. acide fluorhydrique).

## Médecine d'urgence

### Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

#### Céphalée

1. Devant un patient qui souffre de céphalée, obtenir une description détaillée de la nature de la céphalée (p. ex. apparition et évolution, sévérité et qualité, épisodes antérieurs, symptômes associés) afin d'établir le diagnostic différentiel approprié.
2. Devant un patient qui souffre de céphalée, envisager les diagnostics qui menacent le pronostic vital (p. ex. saignement intracrânien, méningite, lésions intracrâniennes expansives, pré-éclampsie), et les éliminer le cas échéant.
3. Chez un patient qui souffre de céphalée, inclure dans l'examen physique la recherche spécifique de signes liés à des diagnostics potentiellement fatals (p. ex. altération de l'état mental, signe de focalité neurologique, œdème papillaire, méningisme, éruption cutanée).
4. Chez un patient qui souffre de céphalée non clairement liée à une cause intracrânienne, envisager les causes extra-crâniennes (p. ex. artérite temporale, glaucome/irite, zona/névrалgie, sinusite).
5. Devant un patient qui manifeste des symptômes évoquant la migraine, sans autre pathologie grave, poser un diagnostic de migraine et traiter de manière appropriée.
6. Devant un patient qui souffre de céphalée évoquant une pathologie grave, investiguer rapidement et convenablement pour confirmer le diagnostic (p. ex. tomodensitométrie, ponction lombaire) et traiter de manière empirique avant l'investigation lorsque cela est indiqué (p. ex. antibiotiques/stéroïdes contre la méningite soupçonnée).

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Choc/déshydratation

1. Dans certaines populations de patients chez lesquels ils pourraient se présenter de façon non spécifique ou atypique (p. ex. pédiatrie, grossesse, personnes âgées), reconnaître les signes subtils de choc.
2. Devant un patient déshydraté, quantifier avec précision le degré de déperdition de volume, en tenant compte de l'âge du patient.
3. Chez les patients en état de choc, réanimer à l'aide des liquides appropriés pour leur état (p. ex. sang, cristalloïde, colloïde).
4. Devant un patient qui présente un choc septique, traiter énergiquement, et se servir de l'information clinique pour guider la prise en charge (p. ex. réexpansion intravasculaire appropriée, choix d'antibiotiques basé sur les données probantes, réévaluation clinique).
5. Chez les patients en état de choc, rechercher activement les diagnostics autres que l'hypovolémie (p. ex. cardiogénique, neurogénique, toxicologique, anaphylactique).
6. Chez les patients en état de choc, utiliser les tests auxiliaires au besoin pour aider à restreindre le diagnostic différentiel étiologique (p. ex. écho, radio des poumons, ECG).
7. Devant un patient en état de choc qui nécessite des vasopresseurs, sélectionner l'agent le plus approprié en fonction de l'étiologie et du tableau clinique.
8. Devant un patient en état de choc, administrer les traitements autres que l'expansion intravasculaire lorsque cela est approprié (p. ex. stéroïdes dans la maladie d'Addison, antidotes en toxicologie).

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Contrôle des voies aériennes

1. Chez un patient pour lequel les tentatives initiales d'intubation ont échoué, utiliser d'autres techniques pour obtenir le contrôle des voies aériennes.
2. Prévoir le besoin d'intuber préventivement chez les patients qui n'en montrent pas un besoin évident lors de l'examen initial (p. ex. brûlures, traumatisme, œdème/effet de masse, coma, obésité morbide).
3. Chez les patients qui doivent être intubés, évaluer la probabilité d'intubation difficile (p. ex. règle du 3-3-2, classification de Mallampati, LEMON) et se préparer en fonction du niveau de difficulté déterminé.
4. Chez les patients qui présentent des circonstances particulières affectant le contrôle des voies aériennes (p. ex. traumatisme, enfants, comorbidités), adapter la prise en charge aux circonstances.
5. Chez un patient qui exige une intubation à séquence rapide, mais présente des contre-indications ou des indications particulières quant au choix de médicaments, choisir et administrer les médicaments de manière appropriée.
6. Chez un patient intubé, déterminer le mauvais positionnement du tube endotrachéal dans les situations où ce n'est pas évident sur le plan clinique (p. ex. utiliser le saturomètre, le capnographe, le gaz artériels)

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Crises convulsives

1. Inclure la possibilité d'une crise convulsive dans le diagnostic différentiel chez un patient dont le tableau clinique est atypique, mais dépourvu de mouvements convulsifs visibles (p. ex. confusion ou altération de l'état de conscience, incontinence, chute ou blessure ou accident, tics chez les enfants).
2. Devant un patient qui convulse, investiguer les causes rapidement réversibles (p. ex. hypoglycémie, toxicologie, arythmies) et traiter rapidement.
3. Devant un patient qui continue de convulser à répétition ou dont l'altération de l'état de conscience persiste entre les crises convulsives, poser un diagnostic d'état de mal épileptique (statut épilepticus) et traiter rapidement.
4. Chez un patient qui continue de convulser, le prendre en charge en :
  - évaluant les voies aériennes et la ventilation, et assister au besoin
  - reconnaissant les affections précises qui exigent un traitement autre que les anticonvulsivants standards (p. ex. pré-éclampsie, syndromes toxiques)
  - administrant les anticonvulsivants de façon progressive afin de mettre fin aux crises convulsives le plus rapidement possible.
5. Chez un patient qui a subi sa première crise convulsive, le conseiller en matière d'activités risquées et instaurer les mesures appropriées pour déclarer le cas aux autorités (p. ex. conduite automobile/sports/profession).
6. Devant un patient qui subit sa première crise convulsive, investiguer afin d'établir rapidement l'étiologie sous-jacente (p. ex. tomographie par densitométrie, ponction lombaire, EEG, métabolique, toxicologique).
7. Chez un patient épileptique connu qui a subi une crise convulsive, investiguer de manière appropriée, mais pas trop en l'absence d'indications précises (p. ex. vérifier qu'il observe bien le traitement et vérifier les concentrations sériques des anticonvulsivants, envisager les causes contributives).
8. Chez un enfant qui subit des convulsions fébriles typiques, y compris un rétablissement complet, poser le diagnostic en fonction de l'anamnèse et de l'examen physique seulement, et ne pas surinvestiguer.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Délirium/agitation

1. Devant un patient agité, rechercher et définir les caractéristiques afin de distinguer le délirium, de la démence et de la psychose.
2. Devant un patient délirant, tenir compte d'un diagnostic différentiel vaste (p. ex. lésion intracrânienne, intoxication/sevrage, métabolique) tout en recherchant les causes réversibles et en les traitant.
3. Lors de la prise en charge d'un patient agité, veiller à la sécurité de toutes les personnes présentes (patient, personnel, famille, autres patients).
4. Chez un patient délirant ou agité qui nécessite des mesures de contention physique, utiliser d'abord les agents chimiques indiqués pour mettre le patient sous sédation appropriée, puis assurer la surveillance adéquate tant et aussi longtemps que les contentions physiques sont en place.
5. Chez un patient délirant, évaluer sa capacité de prendre des décisions quant à ses soins médicaux, et décider s'il faut nommer un mandataire ou avoir un contrat formel et administrer un traitement involontaire.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Douleur abdominale

1. Chez un patient qui présente une douleur abdominale indéterminée, établir un diagnostic différentiel approprié qui tient compte des probabilités des différents diagnostics dans différentes situations, p. ex. :
  - âge (p. ex. invagination, AAA)
  - genre (p. ex. grossesse ectopique, torsion testiculaire)
  - siège et migration de la douleur (p. ex. appendicite)
  - causes potentiellement mortelles (p. ex. infarctus mésentérique, AAA, viscère perforé)
  - manifestations atypiques de la douleur abdominale (p. ex. nouvelle douleur au flanc chez un patient âgé = AAA).
2. Chez un patient dont la douleur abdominale est disproportionnée par rapport aux constatations physiques, envisager et éliminer les pathologies graves (p. ex. pancréatite, ischémie mésentérique).
3. Chez un patient qui souffre de douleur abdominale sans cause intra-abdominale confirmée, envisager et éliminer les causes extra-abdominales de douleur abdominale (p. ex. syndrome coronarien aigu, pneumonie, migraine/IVRS chez les enfants, acidocétose diabétique).
4. Chez un patient qui souffre de douleur abdominale et présente des signes et symptômes pointant vers le besoin de procéder à une chirurgie immédiate, ne pas retarder l'intervention avec des analyses inutiles.
5. Chez un patient ayant reçu un diagnostic présumé pour la douleur abdominale, choisir l'examen d'imagerie le plus approprié au diagnostic présumé (p. ex. échographie ciblée en médecine d'urgence [FAST] pour les traumatismes, radiographie des poumons pour l'air libre, échographie dans les cas biliaires/gynécologiques, tomographie dans les cas intestinaux/rétropéritonéaux).
6. Chez un patient qui souffre de douleur abdominale dont les tests de confirmation du diagnostic soupçonné sont négatifs, ne pas éliminer une maladie significative sur la base d'un test à faible sensibilité (p. ex. ne pas éliminer l'appendicite en l'absence de fièvre ou en l'absence d'un taux leucocytaire élevé).
7. Lorsqu'un examen d'imagerie est envisagé chez un patient qui souffre de douleur abdominale, incorporer dans les stratégies diagnostiques le risque d'exposition aux rayonnements et le risque à vie de cancer.
8. Chez un patient qui souffre de douleur abdominale, ne pas surdiagnostiquer les infections urinaires comme étant la cause, surtout chez les femmes.

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Douleur thoracique

1. Chez un patient qui souffre de douleur thoracique indéterminée, évaluer d'abord les diagnostics potentiellement mortels, et reconnaître rapidement les tableaux cliniques qui évoquent clairement ces diagnostics (p. ex. SCA, embolie pulmonaire, pneumothorax, dissection aortique).
2. Chez un patient qui souffre de douleur thoracique indéterminée, instaurer rapidement le traitement et les investigations des diagnostics possibles à mesure qu'ils font surface, même si l'anamnèse est incomplète (p. ex. administration précoce d'AAS si possibilité de SCA, ECG précoce).
3. Chez un patient qui souffre de douleur thoracique indéterminée, obtenir une anamnèse détaillée quant aux caractéristiques de la douleur et des symptômes qui y sont liés afin de distinguer les diagnostics graves des diagnostics bénins, et pour produire le diagnostic différentiel approprié.
4. Chez un patient qui souffre de douleur thoracique indéterminée, identifier les facteurs de risque pouvant modifier la probabilité prétest des diagnostics importants possibles, tels que SCA ou embolie pulmonaire.
5. Chez un patient qui souffre de douleur thoracique indéterminée, ne pas éliminer les diagnostics importants sur la base de caractéristiques cliniques sujettes à caution ou de résultats préliminaires de tests (p. ex. sensibilité de la paroi thoracique, réponse à un « pink lady », enzymes cardiaques normales, ECG normal, radiographie des poumons normale, test des d-dimères négatif).



# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Dyspnée

1. Chez un patient qui présente une dyspnée aiguë, évaluer dans le but de distinguer entre les pathologies des voies aériennes supérieures et inférieures, car la prise en charge d'urgence pourrait varier grandement.
2. Devant un patient dyspnéique de cause indéterminée, garder l'esprit ouvert pour ce qui est du diagnostic différentiel tout en :
  - recherchant les étiologies concomitantes (p. ex. pneumonie précipitant l'insuffisance cardiaque)
  - recherchant une cause aiguë indépendante dans le contexte d'un patient atteint d'une maladie chronique (p. ex. embolie pulmonaire aiguë chez un patient atteint de MPOC)
  - reconnaissant les causes non respiratoires (p. ex. acidose métabolique, anémie, toxicologie, système nerveux central).
3. Devant un patient qui présente une dyspnée grave, instaurer la prise en charge d'urgence appropriée avant même de confirmer le diagnostic final, y compris la détermination appropriée du moment où il faut utiliser le contrôle des voies aériennes invasif vs non invasif.
4. Devant un patient dyspnéique, peu importe la cause, estimer avec précision la gravité de la dyspnée à l'aide de mesures subjectives et objectives (p. ex. altération de l'état de conscience, débit expiratoire de pointe, gaz artériels), afin de ne pas retarder le dépistage de la défaillance respiratoire.
5. Devant un patient dyspnéique à risque d'embolie pulmonaire, choisir les évaluations auxiliaires en reconnaissant l'impact de la probabilité prétest sur l'interprétation des résultats (p. ex. test des d-dimères dans les cas « à aucun risque » ou « à risque élevé » d'embolie pulmonaire, élimination de l'embolie pulmonaire sur la base d'une radiographie des poumons normale).

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Environnemental

1. Soupçonner un diagnostic de coup de chaleur chez un patient dont l'état mental est altéré avec une fièvre dans une situation de stress thermique, et agir immédiatement pour abaisser la température.
2. Lors de la prise en charge d'un patient qui présente une hyperthermie grave (p. ex. à risque de coup de chaleur), rafraîchir le patient rapidement et énergiquement à l'aide de multiples modalités efficaces, avant même de confirmer tout diagnostic étiologique, tout en tenant compte du besoin de rechercher des étiologies autres que le stress thermique environnemental (p. ex. syndrome neuroleptique malin, surdose, endocrinologique, infections).
3. Lors de la prise en charge d'un patient hypothermique, réchauffer le patient à l'aide des modalités efficaces, surveiller la température à l'aide d'une sonde de thermomètre précise et poursuivre les mesures appropriées de réanimation jusqu'à ce que la température centrale soit rétablie.
4. Reconnaître que la douleur et les autres symptômes inexplicables après la plongée peuvent être un dysbarisme, et recommander le patient à un traitement hyperbare lorsque cela est approprié.
5. Chez les patients qui présentent une blessure d'électrocution, envisager et rechercher les blessures internes (y compris du myocarde) et les traumatismes associés qui ne sont pas évidents à l'inspection, et surveiller de façon appropriée jusqu'à ce que le risque de complication soit atténué.

Voir aussi : [Brûlures](#), [maladies infectieuses](#)

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Fièvre chez l'enfant

1. Pour un nouveau-né, un nourrisson ou un enfant fiévreux, stratifier le risque de septicémie en fonction de l'âge et autres facteurs, et déterminer le bilan septique approprié en s'appuyant sur la stratification du risque préalablement déterminée.
2. Pour un nouveau-né, un nourrisson ou un enfant fiévreux, rechercher et reconnaître les signes et symptômes subtils et non spécifiques de septicémie (c.-à-d. léthargie, faible alimentation/allaitement et anomalie des signes vitaux).
3. Chez un enfant pour lequel on soupçonne une septicémie, administrer sans délai un antibiotique avec une couverture à large spectre.
4. Chez un enfant fiévreux qui présente une éruption cutanée, distinguer les éruptions significatives (p. ex. rougeole, méningococcémie) des exanthèmes viraux non spécifiques.
5. Chez un enfant dont la fièvre est persistante et prolongée sans foyer d'infection évident, rechercher les causes moins fréquentes (p. ex. malaria, Kawasaki, maladies inflammatoires, tumeur maligne).
6. Chez un enfant qui présente une fièvre aiguë sans foyer d'infection évident, envisager les causes exogènes non infectieuses (p. ex. exposition à un produit toxique, maladies liées au stress thermique).
7. Chez un enfant fiévreux qui présente un foyer d'infection probablement non bactérien (p. ex. otite moyenne, IVRS virale), ne pas prescrire d'antibiotiques.
8. Lors de l'administration d'antipyrétiques à un enfant fiévreux, la posologie est basée sur le poids et non sur l'âge.

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Fractures courantes/blessures de l'appareil locomoteur

1. Devant un patient qui présente une blessure, rechercher d'autres blessures qui sont fréquemment connexes (p. ex. fracture du calcanéum/de la colonne lombaire, du péroné proximal avec blessure de la cheville, fracture de la colonne cervicale avec autre fracture vertébrale concomitante, blessure neurovasculaire avec fracture/luxation).
2. Devant un patient qui présente une blessure en particulier, soupçonner l'étiologie appropriée en cause (p. ex. luxation de l'épaule postérieure et crise convulsive ; fracture de parade = rechercher d'autres signes d'agression).
3. Lorsqu'un patient présente une douleur localisée, envisager la possibilité d'une étiologie se manifestant par douleur référée (p. ex. blessure de la hanche se manifestant par une douleur au genou, disque cervical se manifestant par une douleur dans les membres supérieurs).
4. Chez un patient qui présente une fracture soupçonnée et dont la radiographie initiale est négative, envisager la possibilité d'une fracture occulte (p. ex. scaphoïde, hanche, coude) et la prendre en charge en conséquence.
5. Lors de la prise en charge de fractures/luxations, évaluer l'état neurovasculaire avant et après toutes les manipulations, et procéder à une réduction avant l'examen d'imagerie, lorsque cela est indiqué.
6. Chez un patient blessé qui présente une fracture, rechercher et identifier les fractures qui pourraient en fait être « ouvertes », mais seulement dans le cadre d'une recherche minutieuse (p. ex. perforations, plaies recouvertes d'un pansement, lacérations adjacentes, blessures aux poings fermés), afin d'entreprendre le traitement immédiat.
7. Lorsqu'un patient présente une blessure qui exige vraisemblablement un traitement chirurgical urgent, le recommander rapidement en chirurgie (p. ex. syndrome du compartiment, fractures ouvertes, fractures qui exigent une prise en charge chirurgicale).
8. Chez un patient qui présente une fracture ou une blessure bien diagnostiquée et bien prise en charge initialement, prendre les mesures pour la disposition appropriée (p. ex. attelle, maîtrise de la douleur, suivi ponctuel).

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Lacérations

1. Pour toutes les lacérations, clarifier le mécanisme de la blessure afin d'identifier les patients à risque élevé (p. ex. infection, corps étrangers, plaie pénétrante) qui pourraient exiger plus que de simples points de suture.
2. Devant un patient qui présente une lacération, rechercher les blessures spécifiques associées aux structures adjacentes (p. ex. tendons, articulations, nerfs, vaisseaux).
3. Devant un patient qui présente une lacération à risque élevé, ne pas suturer la plaie avant d'avoir effectué une exploration/irrigation/imagerie appropriée de la plaie, ni avant d'envisager les bienfaits de laisser la plaie ouverte, ou de retarder la fermeture avec un suivi étroit.
4. Devant un patient qui présente une lacération risquant de s'infecter, prescrire des antibiotiques qui couvrent probablement le pathogène en cause et prendre les dispositions pour le suivi étroit des plaies à risque élevé, mais éviter les antibiotiques dans le cas des plaies à faible risque.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Lecture critique

1. Lors d'une lecture critique, indiquer la méthodologie de l'étude (p. ex. prospective, rétrospective, cas-témoins, observationnelle, randomisée, à l'insu), de même que les points forts et les points faibles inhérents, en fonction de l'objectif présumé de l'étude.
2. Devant une étude précise, indiquer les failles de la méthodologie, et décrire les variables de confusion et les sources de biais.
3. Devant les données tirées d'une étude précise, trouver les données biostatistiques de base (p. ex. sensibilité, spécificité, quotient de vraisemblance, nombre de patients à traiter et nombre de sujets traités par sujet lésé) et en interpréter la signification dans ce contexte.
4. Appliquer les données biostatistiques de base (p. ex. sensibilité, spécificité, quotient de vraisemblance, nombre de patients à traiter et nombre de sujets traités par sujet lésé) pour justifier l'orientation à prendre dans des situations cliniques ou une pratique clinique particulières.
5. Devant les résultats d'une étude précise, en déterminer la pertinence en pratique clinique, en évaluant si les résultats sont significatifs sur le plan clinique vs statistique (c.-à-d. paramètres d'évaluation axés sur le patient ou axés sur la maladie), si les résultats s'appliquent à sa propre population de patients/pratique et s'ils sont corrélés aux conclusions énoncées par les auteurs dans le résumé.
6. Devant un scénario clinique précis, incorporer des renseignements fondés sur les données probantes dans la prise de décision clinique et la prise en charge du patient.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Maladie cardiaque ischémique

1. Devant un patient atteint d'un syndrome coronarien aigu (SCA) potentiel, entreprendre les tests diagnostiques sans délai, et planifier la poursuite des tests jusqu'à la résolution du diagnostic (p. ex. ECG sans délai et en série, test sans délai des biomarqueurs, protocoles de douleur thoracique).
2. Chez les patients atteints d'un SCA potentiel, interpréter l'ECG avec précision, surtout les tracés dont les changements sont difficiles à discerner et dont les diagnostics sont importants à éliminer (p. ex. péricardite).
3. Devant un patient atteint d'un SCA confirmé ou possible, stratifier le risque des présentations typiques et atypiques, afin d'orienter les choix liés à la prise en charge.
4. Chez un patient atteint de SCA soupçonné, ne pas éliminer le diagnostic sur la base d'un seul test négatif ou de résultats d'utilité limitée (p. ex. réponse de la douleur à un « pink lady », sensibilité de la paroi thoracique, disparition de la douleur).
5. Envisager le SCA comme la cause possible des symptômes dans un tableau clinique atypique (p. ex. fatigue, étourdissements, dyspnée, douleur atypique), surtout chez les patients qui pourraient présenter un risque accru (p. ex. personnes âgées, usagers de cocaïne, femmes, diabétiques).
6. Chez un patient qui présente un STEMI, prendre les dispositions disponibles les plus appropriées pour une intervention urgente de reperfusion (p. ex. ICP, thrombolyse).
7. Chez un patient atteint d'un SCA, évaluer les risques et les bienfaits des interventions précises possibles (thrombolytiques, entraînement par pacemaker, ICP,  $\beta$ -bloqueurs) avant d'entreprendre le traitement.
8. Devant un patient atteint d'un SCA stratifié comme étant à faible risque, veiller aux investigations et au suivi appropriés (p. ex., test de provocation) jusqu'à ce que le diagnostic soit éliminé ou confirmé.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Maladies infectieuses

1. Devant un patient atteint d'une infection grave soupçonnée, administrer des antibiotiques empiriques tôt, avant même de terminer les investigations.
2. Chez un patient atteint d'une infection généralisée grave, rechercher et reconnaître le choc septique, et le traiter énergiquement une fois confirmé, à l'aide d'une approche structurée (c.-à-d. traitement d'objectifs cibles en plus d'antibiotiques).
3. Devant un patient qui présente des signes et symptômes d'infection, rechercher et identifier les facteurs de risque d'infections plus graves ou plus compliquées (p. ex. immunosuppression, âge, comorbidité, voyage, consommation d'alcool et de drogues).
4. Chez un patient ayant apparemment contracté une infection mineure, rechercher et identifier les complications ou les diagnostics plus graves, mais moins manifestes (p. ex. pharyngite vs abcès périamygdalien, cellulite vs fasciite nécrosante, vaginite vs ITS ou maladie inflammatoire pelvienne).
5. Chez un patient dont le tableau clinique est non spécifique tel qu'altération de l'état mental ou fatigue ou perte pondérale, inclure l'infection dans le diagnostic différentiel initial et envisager des étiologies moins courantes (p. ex. malaria, tuberculose, endocardite, maladie de Lyme).
6. Chez un patient qui présente des signes et symptômes d'infection à foyer inconnu, inclure dans l'examen physique l'évaluation appropriée des régions souvent négligées (p. ex. raideur du cou, signes cutanés chez les personnes âgées, examen vaginal et pelvien, corps étrangers dans les orifices ou les plaies).
7. Devant un patient présentant une fièvre de cause inconnue, adapter l'investigation à l'âge et au contexte clinique, et ne pas surinvestiguer ni sous-investiguer.
8. Devant un patient atteint d'une infection bactérienne cliniquement identifiée, prescrire les antibiotiques appropriés en fonction des renseignements cliniques (p. ex. pathogènes probables en fonction de l'âge et du contexte clinique, profils de résistance), avant d'obtenir les résultats des cultures.
9. Ne pas donner des antibiotiques dans le cas de présentation d'infection ou infection fort probablement d'origine non bactérienne, comme les IVRS virales.
10. Chez un patient avec un diagnostic d'infection ou d'exposition, évaluer le besoin de prophylaxie post-exposition et l'organiser pour le patient et autres, selon le cas (p. ex. piqûres d'aiguille accidentelles, maladies contagieuses, rage, tétanos).



## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Œdème pulmonaire

1. Chez un patient qui présente un œdème pulmonaire, traiter sans délai et énergiquement en fonction du tableau clinique initial (p. ex. BiPAP), avant de déterminer l'étiologie sous-jacente.
2. Lors de l'administration du traitement symptomatique à un patient qui présente un œdème pulmonaire, rechercher et reconnaître l'étiologie primaire (p. ex. IM, surcharge de volume, anémie).
3. Chez un patient pour lequel on a déterminé l'étiologie primaire d'un œdème pulmonaire, traiter l'étiologie primaire afin d'éviter toute autre décompensation (p. ex. ICP/thrombolyse, diurétique, transfusion).
4. Chez un patient qui présente un œdème pulmonaire, rechercher et reconnaître la défaillance respiratoire imminente, et intervenir de manière appropriée (p. ex. contrôle des voies aériennes, agents vasoactifs).
5. Chez un patient qui présente des troubles respiratoires apparents (p. ex. essoufflement à l'effort, respiration sifflante), envisager et éliminer les présentations subtiles de l'œdème pulmonaire comme cause possible.
6. Chez un patient qui a reçu un diagnostic d'œdème pulmonaire lequel a été traité à l'urgence, évaluer les conditions pour un congé sécuritaire une fois que l'état clinique l'indique (p. ex. mise à l'essai de mobilité, conditions de vie, suivi).

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Patients multiples

1. Lors de l'évaluation simultanée de patients multiples, stratifier le risque et faire le triage en fonction des plaintes, signes vitaux et contrôle des voies aériennes, respiration et circulation (les ABC) à la présentation.
2. Lors de la présentation de patients multiples, prioriser les investigations et la prise en charge simultanée de tous les patients, en stabilisant d'abord les situations qui pourraient exiger la réanimation, puis en réévaluant régulièrement selon les indications cliniques.
3. Lors de la présentation de patients multiples, faire preuve de leadership et déléguer clairement les tâches (p. ex. personnel infirmier, inhalo), et mobiliser sans tarder les autres ressources/services (p. ex. collègues, consultants, bloc opératoire) afin d'expédier et d'optimiser la prise en charge de chaque patient.
4. Dans les situations particulières où le nombre et le type de patients dépassent la capacité habituelle du service d'urgence, mobiliser les ressources supplémentaires disponibles aussitôt que possible (p. ex. activer le plan de mesures d'urgence en cas de catastrophes, collaborer avec les services préhospitaliers et autres services de transport) et faciliter l'exécution des plans à l'urgence elle-même.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Polytraumatismes

1. Chez les patients qui présentent un traumatisme majeur, procéder aux interventions cruciales aux stades appropriés de l'évaluation primaire (p. ex. immobilisation de la colonne cervicale, décompression du pneumothorax, contrôle du saignement, bandage du bassin).
2. Chez un patient polytraumatisé, veiller à prendre en charge d'abord les blessures menaçant le pronostic vital, en déterminant efficacement la priorité parmi toutes les affections, à mesure qu'elles sont identifiées.
3. Devant un patient polytraumatisé dont l'évaluation primaire est terminée, procéder à une évaluation secondaire pour dépister les pathologies significatives et difficiles à discerner et les complications iatrogènes (p. ex. atteinte vasculaire, blessure dorsale, lacérations du cuir chevelu, hypothermie iatrogène, fractures instables).
4. Lors de l'évaluation d'un patient traumatisé, vérifier s'il existe d'autres états pertinents (p. ex. grossesse, hémophilie, médicaments, préférences/directives anticipées du patient) dont il faut tenir compte dans la prise de décision clinique et la prise en charge.
5. Durant la prestation des soins à un patient polytraumatisé, rechercher les changements subtils de l'état du patient (p. ex. pression pulsée/pression différentielle étroite, agitation) pouvant indiquer une complication naissante, et y répondre de manière appropriée.
6. Devant un patient qui présente un traumatisme majeur et qui nécessite la restauration énergétique de la volémie, administrer liquides et produits sanguins à l'aide de paramètres d'évaluation clinique définis (p. ex. tension artérielle moyenne, protocole de transfusion massive).
7. Dans le contexte de la réanimation d'un patient traumatisé, assumer un leadership auprès de l'équipe de soins et déléguer les tâches efficacement (p. ex., contrôle des saignements durant l'intubation, demander de bander le bassin durant les compressions thoraciques, demander d'appeler pour une radiographie portable des poumons).
8. Préparer un patient traumatisé pour le transfert aérien ou terrestre sécuritaire afin de réduire le besoin de traiter les nouvelles complications durant le transfert (p. ex. immobiliser les fractures, intuber en prophylaxie, tubes de drainage et cathéters, ajuster en fonction de la pression atmosphérique).

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Pré-éclampsie

1. Chez une patiente enceinte qui manifeste des symptômes inexplicables (p. ex. douleur abdominale, altération de l'état de conscience, céphalée), envisager un diagnostic de pré-éclampsie, même si la tension artérielle est normale.
2. Chez une patiente enceinte qui pourrait être atteinte de pré-éclampsie, évaluer de manière structurée (p. ex. facteurs de risque, symptômes, variation de la TA par rapport aux valeurs initiales, analyses sanguines) afin de conserver ou d'éliminer rapidement le diagnostic.
3. Chez une patiente enceinte dont les symptômes sont non spécifiques, tels que nausées et vomissements ou douleur abdominale, éliminer le syndrome HELLP avant de ne diagnostiquer aucune autre cause non spécifique, comme la nausée et le vomissement ou la douleur abdominale (syndrome HELLP) avant de diagnostiquer une autre cause.
4. Chez une patiente atteinte de pré-éclampsie, instaurer la prise en charge initiale (p. ex. prise en charge de la TA, précautions quant aux crises convulsives), surveiller la mère et le fœtus pour toute complication et veiller à l'évaluation urgente pour le moment et la manière dont se déroulera l'accouchement.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Risque de suicide

1. Devant un patient qui entretient des idées suicidaires ou qui présente des plaintes d'ordre psychiatrique, poser des questions spécifiquement sur les critères de risque de suicide (p. ex. échelle SAD PERSONS, désespoir, absence de soutien, impulsivité) afin d'évaluer le risque de comportements suicidaires subséquents.
2. Chez tous les patients, mais surtout dans les populations à risque élevé (p. ex. gériatrie, post-partum, toxicomanie), reconnaître les présentations subtiles ou atypiques ou masquées de tendances suicidaires (p. ex. erreurs « accidentelles » de prise de médicaments, auto-négligence, blessures ou accidents inexplicables).
3. Devant un patient qui entretient des idées suicidaires et qui refuse de rester pour une évaluation ou un traitement volontaire, évaluer et consigner les critères nécessaires d'hospitalisation involontaire, puis tenir compte des droits du patient de même que des conséquences médico-légales de l'hospitalisation involontaire avant de décider sur la meilleure démarche à suivre pour administrer les soins.
4. Devant un patient qui entretient des idées suicidaires dont le risque de tentative future a été jugé faible, négocier avec le patient afin d'établir un plan convenable pour le traitement ambulatoire, et lui donner son congé au moment approprié.
5. Lors de l'élaboration d'un plan visant le traitement ambulatoire d'un patient qui présente des tendances suicidaires, inclure ceci :
  - plan confirmé (heure, personnes, endroits) des visites subséquentes et de soutien
  - plan de contingence de soutien additionnel et information pour contact rapide (p.ex. ligne d'aide en cas de crise) lors des situations aiguës inattendues ou des décompensations
  - prise en charge pharmacologique initiale lorsque cela est approprié, avec discussion sur les effets prévus et le moment où ils se feront sentir, de même que les effets secondaires possibles.

Voir aussi [Déliirium/agitation](#)

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Saignement au premier trimestre

1. Chez une patiente qui présente un saignement vaginal aigu, rechercher et reconnaître les signes précoces de choc (p. ex. signes vitaux, changements orthostatiques).
2. Devant une patiente qui présente un saignement vaginal, envisager la grossesse dans le diagnostic différentiel, et investiguer adéquatement pour éliminer une grossesse ectopique après la détermination d'une grossesse.
3. Chez toute patiente qui présente un saignement vaginal durant le premier trimestre, effectuer un examen pelvien approprié (au spéculum et bimanuel).
4. Durant l'investigation d'une patiente enceinte qui présente un saignement vaginal, reconnaître les limites du taux quantitatif de  $\beta$ -hCG et de l'échographie (taux de  $\beta$ -hCG au-dessus de la zone discriminatoire et absence de sac vitellin dans l'utérus) lors de l'élimination de la possibilité de grossesse ectopique.
5. Chez une patiente enceinte qui présente un saignement vaginal, déterminer si la mère est Rh-négative, afin de lui offrir une prophylaxie à la sensibilisation au Rh.
6. Lors du congé d'une patiente avec une grossesse non viable, veiller à prendre les dispositions appropriées pour conseiller la patiente, lui offrir du soutien et faire un suivi.

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Saignement gastro-intestinal (GI)

1. Chez un patient qui présente un saignement GI, rechercher les facteurs de risque significatifs pouvant évoquer l'étiologie probable (p. ex. médicaments, drogues et autres substances, symptômes constitutionnels, stigmates d'une hépatopathie ou d'une coagulopathie).
2. Chez un patient qui présente un saignement GI bas apparent, ne pas tenir pour acquis que la source n'est pas dans le tube digestif haut.
3. Chez un patient qui manifeste des symptômes possiblement liés à l'hypoperfusion (p. ex. hypotension/tachycardie, angine, syncope, confusion), sans symptôme GI manifeste, inclure le saignement occulte du tube digestif dans le diagnostic différentiel.
4. Chez un patient qui se plaint de saignement GI haut ou bas (p. ex. méléna, hématurie), exécuter un examen ORL et pulmonaire détaillé afin d'éliminer les sources extra-intestinales possibles.
5. Chez un patient qui présente un saignement GI grave, réanimer de manière optimale (p. ex. expédier le typage sanguin et la compatibilité croisée, sang O négatif vs de type spécifique vs de compatibilité croisée, perfusion énergétique de solution cristalloïde).
6. Chez un patient qui présente un saignement GI, expédier les interventions thérapeutiques précises lorsqu'elles sont indiquées (p. ex. octréotide, inhibiteur de la pompe à protons i.v., endoscopie vs intervention chirurgicale), en plus de poursuivre la réanimation appropriée.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Services préhospitaliers\*

1. Devant un appel à l'urgence d'un ambulancier :
  - a) Obtenir une anamnèse ciblée sur le patient ou les patients en transit, afin de bien se préparer à leur arrivée.
  - b) Au besoin, fournir aux ambulanciers sur le terrain des directives concernant le triage et le traitement continu (p. ex. notification d'acceptation, protocole d'activation, soulagement des symptômes, arrêt des manœuvres).
  - c) Préparer le service et l'hôpital si nécessaire pour l'arrivée du ou des patient(s) en transit (p. ex. personnel et équipes, espace, équipement, bloc opératoire, plan de secours).
2. À l'arrivée du patient aux services préhospitaliers, obtenir une anamnèse ciblée des ambulanciers quant aux renseignements qu'ils sont les seuls à connaître (p. ex. détails de la scène, traitement administré en route, changement de l'état du patient durant le transfert, temps passé avec le patient).
3. Chez un patient dont les besoins excèdent les capacités de votre établissement, et pour lequel les bienfaits d'un transfert surpassent les risques, préparer le patient pour le transfert (p. ex. intubation, accès i.v., décompresser avant le transport aérien) afin de réduire les risques potentiels inhérents à l'atteinte du patient et à la situation de transport, avec les ressources des services préhospitaliers disponibles.
4. Devant une situation d'urgence extra-hospitalière (p. ex. grand nombre de blessés, catastrophe environnementale), conseiller et diriger les ambulanciers quant à la prise en charge des patients avant leur arrivée à l'urgence (p. ex. triage, traitement initial, décontamination).

\*Aussi appelés services médicaux d'urgence, services d'urgence ou SMU



## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Thrombose veineuse profonde (TVP)/embolie pulmonaire (EP)

1. Chez un patient pour lequel vous soupçonnez une TVP/embolie pulmonaire (EP), inclure dans l'anamnèse les éléments précis qui permettront d'évaluer avec précision le risque initial du patient pour la maladie.
2. Chez un patient pour lequel vous soupçonnez une TVP/EP, rechercher en particulier la présence ou l'absence de signes évoquant la TVP/EP et de signes qui pointent vers d'autres diagnostics concurrentiels.
3. Chez un patient que vous avez questionné et examiné pour une TVP/EP possible, appliquer les règles de décision clinique disponibles pour déterminer la probabilité prétest de présenter une TVP/EP.
4. Chez un patient pour lequel une probabilité prétest spécifique a été déterminée pointant vers la TVP/EP, investiguer à l'aide des tests auxiliaires appropriés à cette probabilité prétest (p. ex. ne pas demander un test des d-dimères chez les patients à risque élevé).
5. Chez un patient faisant l'objet d'une investigation pour une TVP/EP, adapter les tests de manière à tenir compte des antécédents médicaux sous-jacents ou des affections concomitantes (p. ex. échographie des jambes d'abord chez les femmes enceintes, tomодensitométrie plutôt que scintigraphie de perfusion-ventilation chez les patients atteints de maladie respiratoire sous-jacente).
6. Chez un patient dont la TVP/EP est confirmée, mettre en route le traitement approprié adapté à ses antécédents médicaux sous-jacents ou à ses affections concomitantes (p. ex. pas de warfarine durant la grossesse, pas d'héparine de faible poids moléculaire dans les cas d'insuffisance rénale).
7. Chez un patient dont la TVP/EP est confirmée, utiliser les constatations objectives (p. ex. fréquence respiratoire, saturation en oxygène, biomarqueurs) pour déterminer l'innocuité d'un traitement potentiel chez un patient ambulatoire.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Toxicologie

1. Chez un patient que l'on soupçonne avoir été exposé à un agent toxique, rassembler l'anamnèse collatérale disponible de la scène (p. ex. anamnèse des services préhospitaliers, flacons de pilules vides, ordonnances récentes) afin de mieux déterminer les toxines probablement en cause.
2. Devant un patient ayant ingéré des substances toxiques :
  - a) Reconnaître les toxidromes précis en fonction des portraits d'observations cliniques particulières
  - b) Utiliser les antidotes judicieusement en fonction du toxidrome précis, en tenant compte des indications et contre-indications, entre autres.
3. Durant la prise en charge d'un patient ayant été exposé à des agents toxiques, continuer de soupçonner fortement l'ingestion de plusieurs drogues, surtout en présence d'un tableau mixte de signes et symptômes physiques (toxidromes mixtes) ou de valeurs de laboratoire anormales (p. ex. écart osmotique anormal inattendu).
4. Chez un patient ayant ingéré un produit toxique, sélectionner les traitements en fonction de l'information qui provient à la fois du toxidrome précis et de l'ingestion présumée (p. ex. éviter les  $\beta$ -bloqueurs dans les cas de surdose sympathomimétique, ordonner le bicarbonate de sodium dans les cas de toxicité aux ATC (antidépresseurs tricycliques)).
5. Devant un patient ayant été exposé à un produit toxique, prévoir et reconnaître les complications qui pourraient faire surface suite à l'ingestion (p. ex. dépression respiratoire, dysrythmie).
6. Chez un patient ayant été exposé à un produit toxique, utiliser les techniques de décontamination ou d'élimination lorsque cela est approprié, en fonction de l'heure de l'exposition et des paramètres pharmacocinétiques des toxines (p. ex. médicaments à libération prolongée, fer).
7. Devant un patient ayant été exposé à un produit toxique, sélectionner judicieusement les investigations auxiliaires qui fournissent des renseignements influant sur la prise en charge, plutôt que de suggérer tout simplement la présence de toxines (p. ex. ECG, gaz artériels, écart anionique/osmotique, niveaux sériques précis vs dépistages urinaires/gastriques).
8. Devant un patient en sevrage ou qui se dit en sevrage (p. ex. de l'alcool, des opioïdes), évaluer en utilisant des signes objectifs, afin de déterminer le degré présent ou imminent du sevrage, dans le but d'établir les priorités quant à la prise en charge.

# Médecine d'urgence

## Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Violence familiale

1. Chez les patients qui pourraient être à risque de violence familiale non déclarée (p. ex. personnes âgées, relations entre partenaires du même sexe, femmes enceintes, toxicomanes, usagers fréquents de l'urgence), rechercher et reconnaître les indicateurs discrets de violence possible lors de l'établissement du diagnostic différentiel pour les raisons de leur visite.
2. Chez un patient qui se présente avec une ou des blessure(s), rechercher et reconnaître les tableaux cliniques qui pourraient évoquer une violence non déclarée (p. ex. configuration typique et atypique des blessures, présentations tardives, usagers fréquents de l'urgence).
3. Lorsque la violence est soupçonnée, mettre en œuvre les moyens appropriés pour découvrir et confirmer toutes les blessures ou manifestations de violence, tant récentes qu'anciennes (p. ex. dossiers antérieurs, série squelettique, examen du fond de l'œil).
4. En cas de soupçons ou de déclaration de violence, fournir au patient un milieu confidentiel, dénué de jugement, favorable et sûr, afin d'encourager la divulgation et l'établissement d'une relation thérapeutique efficace.
5. En cas de soupçons ou de confirmation de violence, mettre en place une approche interdisciplinaire visant à intervenir et à apporter du soutien (p. ex. équipe d'agression sexuelle, conseillers en violence familiale et travailleurs sociaux/en intervention d'urgence).
6. En cas de soupçons ou de confirmation de violence, s'assurer que la prise en charge inclut le consentement éclairé et l'acceptation du patient quant au plan de traitement, divulguer le cas aux autorités, le cas échéant, et prendre les dispositions qui assurent la sécurité du patient et des autres personnes vulnérables (p. ex. enfants, personnes âgées).

## Médecine d'urgence

# Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine familiale au niveau des Compétences avancées

### Yeux : œil rouge/perte de la vision

1. Chez les patients qui présentent un œil rouge, ne pas poser un diagnostic de conjonctivite sans avoir éliminé au préalable les possibilités plus graves (p. ex. glaucome, irite, kératite, corps étranger).
2. Chez un patient qui présente un œil rouge ou une perte de la vision, obtenir une anamnèse détaillée des symptômes oculaires (p. ex. apparition, progression et épisodes antérieurs, traumatisme, douleur, perte de la vision) et des maladies systémiques pertinentes (p. ex. artérite temporale, spondylarthrite ankylosante).
3. Chez tous les patients qui consultent pour des problèmes oculaires, mesurer et documenter l'acuité visuelle, puis effectuer un examen physique détaillé de l'œil, y compris un examen avec lampe à fentes.
4. Chez les patients qui présentent une infection oculaire virale, éviter la prescription de façon habituelle des stéroïdes topiques.
5. Chez un patient qui présente une hémorragie sous-conjonctivale suite à un traumatisme oculaire ou à la région orbitaire, éliminer la présence d'hyphéma, y compris ceux qui ne sont diagnostiqués que par un examen avec lampe à fentes.