

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada :

Les objectifs d'évaluation en médecine familiale

Rapport du Groupe de travail sur le processus de certification

Octobre 2010

Table des matières

Préface	3
Remerciements	4
Résumé.....	5
Partie I — Les objectifs d'évaluation : leur définition, leur origine et comment les utiliser	9
Partie II—Les objectifs d'évaluation pour utilisation quotidienne : niveau opérationnel pour évaluer la compétence.....	34
Bibliographie :	184

Préface

Les objectifs d'évaluation présentés ici guideront le Comité des examens du Collège dans le choix des critères pour mesurer et certifier la compétence en médecine familiale, autant pendant l'évaluation en cours de formation que pendant l'examen de certification en médecine familiale. Ils permettront de s'assurer que les décisions entourant la certification maintiennent une validité et une fiabilité acceptables. Pour ce faire, les objectifs d'évaluation ont été conçus pour décrire clairement le domaine de compétence, ainsi que les habiletés et les comportements à évaluer pour chacun des thèmes et dans chaque dimension de la compétence.

Les sujets et les dimensions essentielles de la compétence en termes d'habiletés ont initialement été identifiés par des sondages réalisés auprès de médecins de famille exerçant dans différents contextes de pratique et dans diverses collectivités du Canada. Une série de groupes de discussion ont approfondi la définition des objectifs d'évaluation par différentes méthodes et approches structurées, autant qualitatives que quantitatives. Le présent document offre une description détaillée de ce processus.

Ce document sera davantage élaboré et bonifié au fil du temps; le document de travail le plus récent sera toujours affiché et accessible sur le site Web du Collège pour consultation par les enseignants et les candidats. Vous pouvez consulter les différents éléments des objectifs d'évaluation en suivant les liens indiqués sur cette page.

Nous avons affiché une base de données consultable des sujets prioritaires et des éléments clés, avec références croisées à l'habileté et aux dimensions de la phase de la rencontre clinique. Une base de données plus conviviale est en préparation, mais, dans l'intervalle, le présent document vous permettra de rechercher et de sélectionner les éléments clés selon les dimensions de l'habileté et la dimension de la phase clinique — ceci est particulièrement utile lorsque vous désirez vous concentrer sur certaines habiletés ou phases. Si vous souhaitez voir clairement les éléments clés, individuellement ou par sujet, allez directement aux éléments clés et aux sujets prioritaires utilisés pour l'évaluation en médecine familiale.

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada désire remercier les nombreux membres qui ont contribué à l'élaboration de cet ensemble détaillé d'objectifs d'évaluation. Ces individus ont participé de diverses façons et à des moments différents. Le Bureau des examinateurs, le Comité des examens et les groupes de travail sur le processus de certification et sur les habiletés techniques ont joué des rôles primordiaux. Environ 500 membres ont manifesté leur aide en répondant aux sondages effectués pour établir et valider nos priorités de base pour l'évaluation de la compétence à exercer la médecine familiale. De plus, de nombreux autres membres ont offert leur rétroaction et leurs commentaires, et continuent de le faire, pendant que ces objectifs ont été présentés et mis à l'essai « sur le terrain » dans les quatre coins du pays.

Les principaux auteurs de ce rapport sont : Tim Allen, Cheri Bethune, Carlos Brailovsky, Tom Crichton, Michel Donoff, Tom Laughlin, Kathrine Lawrence, Stephen Wetmore.

Résumé

En 1998, le Bureau des examinateurs a mis en œuvre une révision du processus de certification en insistant particulièrement sur le développement, aux fins d'évaluation, d'une définition de la médecine familiale basée sur la compétence. Les défis sont vite apparus, autant à l'interne qu'à l'externe, concernant la signification de la certification du Collège (CCMF) : quel en est le sens; est-ce encore nécessaire? Les quatre principes de la médecine familiale nous ont fourni un cadre de travail pour décrire l'exercice de la médecine familiale au Canada, avec une description du rôle élargi et complexe du médecin de famille, tout en alimentant notre compréhension du niveau de compétence avec lequel devrait exercer le médecin de famille. Par contre, ils n'ont pas offert de précisions sur la façon dont le médecin de famille peut acquérir et démontrer cette compétence.

Le Bureau des examinateurs a pris la décision d'élaborer une nouvelle définition de la compétence pour les fins de l'évaluation et a fait le choix d'ancrer cette définition sur l'expérience de médecins de famille praticiens. Le processus a débuté par un questionnaire postal demandant à des médecins de famille comment ils définiraient la compétence au début d'une pratique autonome. Il en est résulté une série de groupes de travail mandatés d'approfondir cette définition, dans le but d'élaborer, pour le processus de certification, des objectifs d'évaluation basés sur la compétence.

Ce document constitue la dernière étape de ces travaux. Il ne vise pas à redéfinir la spécialité de la médecine familiale au Canada. Plutôt, il articule, pour les fins de l'évaluation, les habiletés particulières requises des médecins pour fonctionner efficacement dans le contexte de la médecine familiale au Canada.

La Partie I de ce document décrit les composantes et la structure de ces objectifs d'évaluation, en expliquant et en justifiant les méthodes utilisées pour leur élaboration. La Partie II présente, en détail, le niveau opérationnel de tous les objectifs d'évaluation. Ces objectifs ne contiennent pas d'instruments de mesure, d'examens, d'échelles de pondération, de niveaux ou de formulaires de performance, ou de proposition visant à développer de tels outils. Cette omission est intentionnelle. À mesure que ces outils seront développés, ces objectifs d'évaluation offriront la matière première qui orientera le contenu et le format des instruments utilisés, et augmenteront les chances que toute évaluation soit fructueuse en fonction des cinq paramètres associés à des évaluations réussies.

Ce résumé conclut par une brève présentation et une description des principaux éléments des objectifs d'évaluation et cette définition de la compétence en médecine familiale. Pour des renseignements plus détaillés, consultez les sections appropriées des Parties I et II de ce document.

Le domaine de la compétence en médecine familiale :

Cette définition comporte quatre composantes principales :

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

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

Les composantes des objectifs d'évaluation :

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

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

des sujets prioritaires. On a procédé à une itération supplémentaire, utilisé une approche par groupe de discussion en s'inspirant d'informations provenant d'une variété de sources afin de développer une série de thèmes dans le but de mieux organiser la description de la compétence pour chacune de ces trois dimensions.

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

Partie I — Les objectifs d'évaluation : leur définition, leur origine et comment les utiliser

Introduction.....	10
I. Aperçu de la structure et des composantes de cette définition de la compétence.....	10
II. Quelques considérations théoriques et d'autres plus pratiques pour définir la compétence et concevoir des évaluations réussies.....	13
III. Autres détails sur la nature et l'élaboration des objectifs d'évaluation.....	17
IV. Mise en application des objectifs d'évaluation.....	31

Introduction

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

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

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

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

Cette définition, qui est spécifique à la médecine familiale, comporte quatre composantes majeures.

- 1. Les dimensions de la compétence en termes d'habiletés :** Six habiletés générales essentielles permettent au médecin de famille de prendre en charge avec compétence des problèmes qui sont du ressort de la médecine familiale. Le médecin de famille compétent a le potentiel d'utiliser toutes

les habiletés pour tout type de problème, mais la compétence se caractérise également par la capacité d'adapter le choix des habiletés utilisées aux besoins spécifiques du problème auquel il est confronté. Les six dimensions en termes d'habiletés sont les suivantes :

- a. **Approche centrée sur le patient**¹
- b. **Habiletés de communication**
- c. **Habiletés de raisonnement clinique**
- d. **Sélectivité**
- e. **Professionalisme**
- f. **Habiletés techniques**

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

2. **La phase de la rencontre clinique comme dimension de la compétence** : La place de cette composante est un peu secondaire mais elle joue un rôle crucial pour orienter l'évaluation vers les processus cognitifs les plus importants pour la résolution compétente d'un problème ou d'une situation spécifique. Cette dimension couvre les étapes ou les phases depuis le début jusqu'à la fin de la rencontre clinique. Elle comprend les processus que l'on identifie habituellement au modèle hypothético-déductif de résolution de problèmes cliniques et à la prise de décision clinique. Elle est très utile pour orienter et limiter l'évaluation aux processus les plus susceptibles de faire une discrimination entre des performances compétentes et non compétentes face à un problème ou une situation spécifique. Pour cette raison, elle est particulièrement utile pour orienter l'apprentissage supplémentaire du candidat qui éprouve des difficultés récurrentes ou continues.
3. **Les sujets prioritaires, les actes techniques de base et les thèmes** : Ces trois sujets, considérés ensemble, constituent une liste de problèmes ou de situations que le médecin de famille compétent devrait être capable de résoudre au début d'une pratique autonome. Comme tel, cet ensemble établit et limite le contenu de base du domaine de la compétence en médecine familiale aux fins de la certification. Le portrait de ce domaine ne sera complet qu'avec l'ajout des trois autres composantes puisqu'elles décrivent la façon de démontrer ou d'atteindre le niveau de compétence pour chacun des problèmes ou situations sur ces listes. Cet ensemble est très utile à des fins de planification, que ce soit pour l'enseignement, l'apprentissage ou l'évaluation. Les limites des

¹ Nous avons choisi de retenir le terme « approche » plutôt que « méthode ». « Approche centrée sur le patient » inclut « méthode centrée sur le patient », alors que l'inverse n'est pas nécessairement vrai. S'assurer que notre approche globale à la pratique est centrée sur le patient constitue l'une des caractéristiques qui définissent la médecine familiale; on utilise donc ce terme pour définir la compétence.

contenus permettent à tous les intéressés de concentrer leurs efforts; l'étendue nous rassure voulant qu'on puisse raisonnablement conclure à un niveau de compétence globale si l'évaluation a été faite à partir d'un échantillonnage suffisant de ce contenu, à partir des trois éléments de la liste. Il facilite également une révision périodique du domaine afin d'identifier l'existence ou non de faiblesses ou de duplications évidentes qui pourraient nécessiter une correction.

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

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

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

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

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

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

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

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

On peut également l'exprimer verbalement :

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

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

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

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

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

Caractéristiques des évaluations réussies :

Toute évaluation dont l'enjeu est élevé (par exemple notre processus de certification en médecine familiale) devrait viser une bonne performance sur cinq caractéristiques.² Elle devrait être :

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

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

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

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

² Van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ.* 1996;1:41-67.

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

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

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

Niveau de compétence :

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

Les évaluateurs ont réellement besoin de savoir quelles étapes ont été réalisées et pourquoi, afin d'apprécier véritablement dans quelle mesure un exécutant a agi avec compétence lorsqu'il a effectué une tâche — le résultat final ne raconte pas toute l'histoire. Il est difficile d'évaluer la compétence sans observer une partie de la performance; la différence entre les deux termes est importante. Cette différence entre « compétence » et « performance » est bien illustrée par les habiletés d'expression orale. Concernant le langage, on peut dire que la compétence « réfère spécifiquement à la connaissance

par celui qui parle d'un système de règles assimilées d'une façon ou d'une autre. Ces règles permettent d'être créatif et de produire un nombre illimité de phrases grammaticalement correctes. De plus, elles permettent à celui qui parle de déterminer dans quelle mesure une phrase est grammaticalement correcte ou non ».³ La performance n'exige pas nécessairement une connaissance intime des règles — de nombreuses personnes parlent très bien une langue tout en ignorant les règles et le système. Si nous voulons véritablement évaluer la compétence, nous devons également analyser les systèmes et les règles utilisées pendant l'exécution d'une tâche.

Ceci est également important lorsqu'on considère les niveaux de compétence à évaluer. Dans toute profession, de nombreuses activités quotidiennes sont routinières et ne nécessitent pas un niveau élevé de compétence. On peut même les considérer comme des performances routinières, exécutées sans trop y penser ou réfléchir, alors que le résultat dépend peu de la compétence de l'exécutant. Ce sont des problèmes routiniers dont les solutions sont nettement définies. De nombreux arguments démontrent que la compétence professionnelle dépasse cette notion : c'est la capacité de résoudre des problèmes ambigus, de tolérer l'incertitude et de prendre des décisions malgré des informations limitées. La véritable compétence se manifeste dans des situations non familières; on l'a d'ailleurs définie comme « la capacité de démontrer une souplesse cognitive et une adaptabilité lorsque confronté à de nouvelles situations dans un domaine donné, plutôt qu'une série ritualisée de réponses à un ensemble prévisible de stimuli ».⁴ La caractéristique habituelle des problèmes diagnostiques en médecine, c'est que ceux-ci sont mal structurés : les renseignements pertinents ne sont pas tous disponibles à celui qui doit résoudre le problème, les causes potentielles sont nombreuses et, souvent, il n'existe pas de solution définie. La résolution de ces problèmes nécessite un raisonnement délibéré et non pas une réaction réflexe ou une simple reconnaissance, ce qui a été dénommé transfert associatif ou transfert par association (*low-road transfer*). Le raisonnement délibéré implique l'abstraction consciente d'un contexte à un autre, ou transfert réflexif ou par réflexion⁵ (*high-road transfer*) des connaissances et des habiletés. L'individu très compétent est capable de généraliser la connaissance abstraite à travers une vaste gamme de situations — par essence, l'atteinte de la compétence implique une maximisation du transfert réflexif. La compétence de faible niveau est extrêmement spécifique à une tâche, et la compétence dans une tâche ne permet absolument pas de prédire la compétence dans d'autres tâches. La compétence de niveau plus élevé est beaucoup plus généralisable d'une tâche à une autre; ceci n'est peut-être pas surprenant puisque les habiletés elles-mêmes ne sont pas très spécifiques à une tâche. Finalement, la compétence à des niveaux plus élevés permet habituellement de prédire la compétence (ou une prise de conscience claire d'une compétence déficiente) concernant les habiletés d'un niveau moins élevé; le contraire n'est absolument pas vrai.

³ James L. Prolegomena to a theory of communicative competence. Champaign, IL: Center for Comparative Psycholinguistics, University of Illinois; 1969/2003.

⁴ Regehr G. Chickens and children do not an expert make. Acad Med. 1994;69(12):970-1.

⁵ Patel V, Kaufman D. On poultry expertise, precocious kids, and diagnostic reasoning. Acad Med. 1994;69(12):971-2.

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

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

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

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

Révision des objectifs d'évaluation :⁶

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

⁶ Ceci est un très bref résumé de la méthodologie utilisée et des résultats obtenus. Les détails complets ont été présentés dans une série de rapports au Collège, et ils seront également disponibles dans une série d'articles présentement en préparation.

suffisamment détaillés pour offrir une orientation claire afin de déterminer la compétence. Ceci est demeuré vrai malgré l'ajout de détails explicatifs à ces principes.

C'est pourquoi le conseil d'administration a pris la décision de revenir au point de départ et d'élaborer une définition basée sur la compétence aux fins de l'évaluation pour la certification. Il a également été décidé d'asseoir cette définition sur l'expérience des médecins de famille praticiens. Un questionnaire postal a sondé les opinions de ces médecins en leur posant quatre questions ouvertes sur leur définition de la compétence en médecine familiale au début d'une pratique autonome. Un groupe de discussion a analysé les résultats de ce sondage qui ont permis d'identifier une série de rubriques potentiellement utiles pour décrire la compétence. Une nouvelle analyse des résultats du sondage, effectuée à la lumière de ces rubriques, a révélé que la compétence était décrite par cinq dimensions en termes d'habiletés, des phases de la rencontre clinique et d'un certain nombre de sujets prioritaires. Une sixième dimension d'habiletés, les habiletés techniques, a été ajoutée subséquemment, pour des raisons que nous expliquerons dans la prochaine section.

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

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

Autres détails sur les composantes des objectifs d'évaluation :

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

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

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

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

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

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

d) Sélectivité : À notre connaissance, cette dimension n'a pas été décrite en ce qui concerne la compétence du médecin même si elle n'est sûrement pas une idée originale. C'est le terme choisi pour décrire un ensemble d'habiletés que l'on a fréquemment citées comme caractéristiques du médecin de famille compétent : un tel médecin ne fait pas les choses de façon routinière ou stéréotypée, mais il est très sélectif dans son approche et peut l'adapter à la situation ou au patient. Les médecins compétents fixent des priorités et se concentrent sur l'aspect le plus important; ils savent quand il faut dire quelque chose et quand il ne faut pas; ils recueillent les renseignements les

plus utiles sans perdre de temps sur les données accessoires, ou ils peuvent fournir un effort supplémentaire lorsque ce sera vraisemblablement utile. La sélectivité est peut-être un sous-ensemble de toutes les autres dimensions; on l'a utilisée suffisamment fréquemment dans les descriptions de la compétence pour qu'elle mérite sa propre dimension. Comme nous l'avons vu précédemment, la sélectivité se retrouve aux niveaux plus élevés de la compétence et elle pourrait s'avérer être un indicateur très puissant de la compétence globale lorsqu'on l'utilise à des fins d'évaluation.

e) Professionnalisme : Agir de façon professionnelle est une habileté complexe comportant de multiples facettes, mais qui a peu d'effet par elle-même;⁷ elle constitue toutefois une habileté complémentaire absolument nécessaire pour exercer avec compétence. Elle facilite l'utilisation des autres habiletés lorsqu'on prend en charge des problèmes et elle améliore les chances d'une résolution fructueuse, alors que les actions non professionnelles sont habituellement extrêmement préjudiciables, même lorsque les autres habiletés sont de bonne qualité. Cette dimension est celle qui a été la plus fréquemment mentionnée dans les descriptions de la compétence : elle comprend toutes les réponses qui entourent le respect et la responsabilité envers les patients, les collègues, soi-même, la profession et la société en général; elle comprend les questions éthiques ainsi que la plupart des aspects entourant l'apprentissage continu et le maintien de la qualité des soins; elle englobe également des attitudes importantes comme la bienveillance et la compassion.

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

2. La phase de la rencontre clinique :

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

- i. Génération d'hypothèses (ou diagnostic différentiel précoce)

⁷ Toutefois, lorsque tout semble défailir, agir de façon professionnelle (dans son sens le plus large et c'est celui utilisé ici) constitue peut-être le meilleur indicateur de la compétence et représente l'habileté le plus utile que nous puissions manifester.

- ii. Anamnèse (recueil de l'information appropriée)
- iii. Examen physique (recueil de l'information appropriée)
- iv. Investigation (recueil de l'information appropriée)
- v. Diagnostic (interprétation de l'information) (Le terme « diagnostic » est utilisé dans son sens général et comprend donc l'identification du problème)
- vi. Traitement (ou prise en charge)
- vii. Suivi
- viii. Aiguillage ou orientation

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

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

Le sondage : La première question du sondage était : « *Faire une liste des situations cliniques ou des problèmes les plus importants qu'un nouveau médecin de famille praticien devrait avoir la compétence de résoudre* ». Les réponses ont fait l'objet d'une compilation qui a retenu la terminologie et le niveau de spécificité des réponses, lorsque possible. On a ensuite identifié des synonymes raisonnables et on les a convertis en une formulation unique en choisissant habituellement celle qui était utilisée le plus fréquemment. Il en est résulté une liste totalisant 99 sujets différents. Puis, on a calculé les fréquences des réponses pour chacun des sujets. Vous trouverez à la page 23, sous forme de tableau, la présentation des sujets et leurs fréquences.

À noter particulièrement deux caractéristiques de ce tableau :

Le tableau montre une fréquence « biaisée » des mentions de chaque sujet, avec quelques sujets mentionnés beaucoup plus fréquemment que d'autres. Il serait possible de limiter les sujets pour

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

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

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

Trois questions demandées fréquemment concernant les sujets prioritaires.

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

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

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

4. Éléments clés :

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

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

Les éléments clés sont générés à partir de l'expérience clinique et non pas à partir de considérations théoriques ou de recensions de la littérature. Le nombre d'éléments clés variera grandement d'un

problème à l'autre. Ce nombre est essentiellement déterminé par les divers éléments considérés essentiels pour la résolution compétente de ce problème clinique. Les éléments clés sont déterminés par un groupe de pairs praticiens à l'aide d'un processus réfléchi et itératif. L'approche est intentionnellement sélective; elle couvre seulement ce qui caractérise la compétence.

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

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

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

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

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

Une évaluation basée sur tous les éléments clés pour un sujet devrait déterminer dans quelle mesure on a atteint la compétence pour ce sujet; une évaluation basée sur les éléments clés de tous les sujets

prioritaires devrait déterminer dans quelle mesure on a atteint la compétence pour cette définition du domaine de la compétence de la médecine familiale. Il devient donc important de savoir dans quelle mesure une évaluation couvrirait adéquatement toutes les dimensions (habiletés et phases) de la compétence que nous avons antérieurement identifiées comme essentielles. À cette fin, la dernière étape du développement de chacun des éléments clés a été de lui assigner un code pour les dimensions en termes d'habiletés et des phases qu'elle permet d'évaluer, en allouant un maximum de deux habiletés et de deux phases par élément clé. Ces codes ne sont pas encore visiblement rattachés à leurs éléments clés dans le présent rapport; ils sont toutefois disponibles dans les documents de travail. Cependant, la compilation globale est disponible pour tous les éléments clés de la totalité des 99 sujets prioritaires; on la retrouve dans le tableau suivant.

Encodage descriptif des éléments clés :

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

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

Pourcentages relatifs des dimensions en termes d'habiletés : Ces pourcentages ne sont aucunement le reflet de l'importance relative de ces dimensions; ils signifient simplement que l'analyse des éléments clés des sujets prioritaires identifie de nombreuses opportunités d'évaluer trois des dimensions des habiletés, mais peu d'occasions de le faire pour trois autres dimensions, nommément les habiletés de

communication, le professionnalisme et les habiletés techniques. Nous devons définir ces trois dernières par un processus complémentaire et prévoir leur évaluation par des moyens parallèles.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette tâche a été effectuée par un autre groupe de travail qui a sondé un groupe de médecins de famille praticiens afin d'identifier et de valider une liste d'actes techniques de base pour initier une pratique

autonome. Le groupe a identifié 65 actes techniques de base et 15 actes techniques plus complexes. Les 65 actes techniques de base sont ceux qui serviront à évaluer la compétence — on en trouvera la liste dans la Partie II. Il faut se souvenir que ce ne sont pas seulement les aspects techniques des actes individuels qui sont importants. Les niveaux plus élevés de compétence seront également évalués, comme toujours, dans le contexte de la médecine familiale : les détails de ceux-ci ont été définis par une analyse d'éléments clés que l'on pourra également retrouver avec les actes techniques de base dans la Partie II.

6. Les thèmes et les comportements observables :

Les deux autres dimensions des habiletés qui n'étaient pas bien définies par l'analyse des éléments clés des sujets prioritaires ne sont pas les moins importantes — de fait, les dimensions du professionnalisme et des habiletés de communication sont souvent négligées dans une évaluation rigoureuse, alors qu'une compétence déficiente dans ces dimensions aura des effets négatifs qui affecteront également toutes les autres dimensions. Ces dimensions furent définies par une approche de groupe de discussion, en s'inspirant des informations provenant de sources variées et en développant d'abord une série de thèmes sous chaque dimension. Cette démarche a été suivie par un processus d'itération multiple afin d'identifier, sous chaque thème, des comportements révélateurs de la compétence, ou de l'absence de compétence. Le processus s'est poursuivi jusqu'à la satisfaction ou la saturation. Les comportements devaient être observables (c'est-à-dire, potentiellement évaluables d'une façon assez objective); de là le terme « comportements observables ».

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

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

Habiletés de communication :

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

1. Habiletés d'écoute
2. Habiletés d'expression

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

Professionalisme :

Savoir comment agir professionnellement et l'appliquer constamment dans la réalité ne sont pas une seule et même chose; ceci a des implications majeures pour le contexte de toute évaluation.

L'évaluation devrait probablement être basée sur des observations de comportements dans des situations de vie et de temps réels — elle se prête mal à une évaluation dans des situations simulées.

Dans cette dimension, on a défini que la compétence était démontrée par une série de comportements observables que l'on a regroupés sous 12 thèmes. Vous trouverez ci-après la liste de ces thèmes. La liste des comportements observables se trouve dans la Partie II.

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

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

IV. Mise en application des objectifs d'évaluation

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

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

- 1) **Ne lisez pas tout le détail des objectifs d'évaluation :** Les précepteurs et les étudiants devraient débiter leurs interventions en prenant l'habitude de prendre des notes sur le terrain après la plupart des rencontres cliniques supervisées afin de stimuler la discussion, d'identifier les étapes essentielles dans la résolution (ou non) de la situation en cause, de réfléchir sur la performance réalisée en relation avec ces étapes et de documenter un ou deux points qui semblent les plus utiles. Débutez en vous concentrant, autant sinon plus, sur le processus (« le pourquoi » et « le comment ») que sur les résultats, en portant une attention particulière au raisonnement diagnostique et à la prise de décision. Plusieurs de ces étapes sont déjà effectuées, mais souvent sans prise de conscience des processus cognitifs impliqués, et sans être toujours capable d'articuler les jugements, la réflexion et la rétroaction qui seront très utiles dans l'acquisition de la compétence. Une telle approche analytique et répétitive deviendra graduellement intuitive, autant pour les étudiants que pour les précepteurs. Il serait maintenant temps, si ce n'est pas déjà fait, de connaître le détail des objectifs d'évaluation.
- 2) **Consultez les objectifs d'évaluation pour faciliter l'articulation de l'analyse, la réflexion et la rétroaction sur les performances cliniques, soit par la supervision, soit par l'autoévaluation :** Une bonne partie des difficultés éprouvées avec les évaluations en cours de formation provient de l'incapacité d'articuler clairement et objectivement pourquoi une performance satisfait ou non les normes de compétence et de préciser les changements à apporter pour atteindre la compétence. La situation d'échec est particulièrement problématique, puisque le résultat est souvent une réponse vague d'un précepteur, ou l'absence de commentaires et de documentation utile concernant une série de performances sous la moyenne, avec l'absence de rétroaction utile et constructive pour apporter des changements. De la même façon, une performance apparemment compétente mérite souvent une analyse et une rétroaction plus perspicaces, de sorte qu'on peut identifier et corriger toute faiblesse mineure continue ou, si tout semble aller véritablement bien, on pourra alors concentrer l'enseignement et l'apprentissage futurs dans d'autres domaines.

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

façon pragmatique, des points de référence clairs et des descriptions justifiées de la compétence.

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

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

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

Les développements futurs peuvent inclure les notes sur le terrain spécifiques à certains sujets ou certaines dimensions, peut-être même générées par ordinateur sur demande.

L'enregistrement et la compilation électroniques permettraient des révisions d'accès facile des progrès réalisés et faciliteraient la planification de la formation future. À ce stade-ci, il n'y a peut-être pas de limites aux façons d'utiliser les objectifs d'évaluation — on espère que les expériences et les nouvelles idées seront partagées, au grand bénéfice de tous.

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

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

Élaboration du curriculum : L'élaboration du curriculum est une question complexe comportant beaucoup de facteurs limitatifs. La mesure de la pertinence d'une activité ne devrait cependant plus être son nom et sa durée. La mesure devrait être la contribution de l'activité à l'acquisition

progressive des compétences, ainsi que le niveau avec lequel on peut démontrer qu'elle satisfait à cet objectif. Les objectifs d'évaluation fournissent un outil de référence pratique permettant de comparer et de juger un curriculum et ses différentes parties. Leur structure permet des comparaisons honnêtes et des jugements transparents, facilitant l'établissement de changements dans une activité existante ou la mise en place d'une nouvelle activité. De cette façon, on peut les utiliser pour l'amélioration continue de la qualité et s'assurer que nos programmes d'études en médecine familiale évoluent de façon dynamique alors que nous déployons des efforts pour nous assurer que nos programmes de formation favorisent, d'une manière efficace et prévisible, l'acquisition de toutes les compétences requises du médecin de famille dans la société d'aujourd'hui.

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

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

Fin de la Partie I

Partie II—Les objectifs d'évaluation pour utilisation quotidienne : niveau opérationnel pour évaluer la compétence

Introduction	35
Approche centrée sur le patient.....	37
Habilités de communication	39
Professionalisme.....	48
Habilités de raisonnement clinique	60
Sélectivité.....	62
Habilités techniques	63
Les sujets prioritaires et éléments clés pour évaluation en médecine familiale	67

Introduction

La Partie I du document sur les objectifs d'évaluation offre une description assez détaillée des processus ayant servi au développement de ces objectifs d'évaluation, ainsi que la justification des choix effectués. Cette documentation se retrouve aux pages 10-34 de ce document (voir le menu).

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

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

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

Ces objectifs d'évaluation pourraient-ils servir comme guide d'étude ou comme curriculum, et devraient-ils l'être? La réponse est partagée. Comme curriculum, les objectifs d'évaluation sont incomplets. Ils représenteront un ensemble d'objectifs terminaux alors qu'un curriculum doit également s'attarder aux objectifs intermédiaires et habilitants nécessaires à l'apprentissage, ainsi qu'à d'autres points d'aboutissements potentiels. Comme guide d'étude, ces objectifs d'évaluation sont plus utilisables dans la mesure où le lecteur garde à l'esprit que les performances seront évaluées dans le contexte de toutes les strates de notre définition de la compétence en médecine familiale. Ceci signifie que l'évaluation se concentrera sur les habiletés et les processus utilisés pour aborder et résoudre les problèmes, ainsi que sur les réponses ou les solutions réelles à des problèmes spécifiques. Avec cette précision, on peut dire

qu'un médecin capable de démontrer sa compétence dans un échantillon suffisant de sujets, d'actes techniques et de thèmes apparaissant sur cette liste et en démontrant des niveaux supérieurs de compétence dans chacune des six dimensions essentielles en termes d'habiletés comme dans toutes les phases de la rencontre médecin-patient et dans le contexte des Quatre principes de la médecine familiale, mérite probablement la certification pour commencer une pratique autonome.

Approche centrée sur le patient

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

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

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

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

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

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

Comportements observables :

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

Habilités de communication

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

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

Voici les thèmes d'habiletés identifiés :

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

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

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

Communication efficace avec les patients

1. Habiletés d'écoute

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

Comportements observables :

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

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

2. Habiletés d'expression

a) Expression verbale :

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

Comportements observables :

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

- ✗ Omet de saluer/d'accueillir le patient
- ✗ Interrompt le patient de façon inappropriée
- ✗ Utilise un choix inapproprié de mots pour le niveau de compréhension du patient (p. ex. utilise un langage scientifique que le patient ne peut comprendre, abus de jargon)

- ✗ Manifeste une colère inappropriée
- ✗ Utilise l'humour de façon inadéquate
- ✗ Utilise un langage paternaliste (p. ex. utiliser le mot « cher/chère »)
- ✗ Utilise un langage injurieux (p. ex. blasphémer)
- ✗ Crie ou élève la voix de façon excessive
- ✗ Pose de multiples questions sans attendre les réponses
- ✗ Ses habiletés de langage sont insuffisantes pour bien se faire comprendre par la majorité des patients (c.-à-d. que les patients ne comprennent pas ce que dit le médecin)

b) Expression écrite :

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

Comportements observables :

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

- ✗ Utilise des abréviations que le patient ne comprend pas

3. Habiletés non verbales

a) Expression :

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

Comportements observables :

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

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

b) Réceptivité :

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

Comportements observables :

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

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

4. Adaptation à la culture et à l'âge

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

Comportements observables :

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

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

5. Attitudes

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

Comportements observables :

- ✓ Montre de l'intérêt pour l'opinion du patient
- ✓ Est empathique
- ✓ Maintient une attitude appropriée en réponse à un langage ou à des commentaires inappropriés/offensants du patient

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

Communication efficace avec les collègues

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

1. Habiletés d'écoute

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

Comportements observables :

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

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

2. Habiletés d'expression

a) Expression verbale :

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

Comportements observables :

- ✓ Se présente lorsqu'il rencontre un collègue pour la première fois
- ✓ Lorsqu'il demande à des collègues de faire quelque chose, il formule une demande claire et s'assure d'être bien compris
- ✓ Fournit les raisons pour un plan ou une approche dans le but d'améliorer la compréhension
- ✓ Ton approprié aux circonstances
- ✓ Demande plutôt que d'exiger
- ✓ Utilise des observations exemptes de reproches, appropriées et spécifiques lorsque confronté à des circonstances difficiles

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

b) Expression écrite :

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

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

Comportements observables :

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

- a) clairement écrits et
- b) transmis de façon sécuritaire au destinataire approprié

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

c) Consignation au dossier

L'évaluation devrait porter essentiellement sur la consignation au dossier des rencontres individuelles. L'organisation et la structure générales du dossier clinique courant sont importantes, mais souvent prédéterminées et hors du contrôle de l'individu. Elles peuvent être évaluées, mais dans un contexte différent. Il est à noter que ces habiletés pour la consignation des notes au dossier sont regroupées sous un ensemble d'éléments clés.

1. Une note clinique doit
 - a) être lisible.
 - b) éviter les acronymes ou abréviations qui risquent d'être mal compris ou porter à confusion (p. ex. « U » pour « unités »).
 - c) être structurée afin de faciliter la lecture et la compréhension.
 - d) respecter un format convenu au sein du milieu de pratique.
2. La consignation des notes au dossier doit se faire au moment opportun afin de minimiser les inexactitudes et la perte d'information, et pour s'assurer que l'information soit disponible pour les autres personnes impliquées dans les soins. Ceci devrait se faire immédiatement après la rencontre; si elle est retardée, des notes doivent être prises pour la consignation ultérieure au dossier.
3. Les corrections ou changements apportés aux notes doivent être clairement visibles; y inscrire la date si ceux-ci ne sont pas faits au moment de leur écriture initiale.
4. Ne devrait inscrire au dossier aucune note qu'il ne veut pas que le patient lise (p. ex. des remarques désobligeantes)
5. Ne doit pas falsifier les données (p. ex. ne pas inscrire de note sur des données qui n'ont pas été recueillies)
6. La note clinique doit :
 - a) refléter toutes les phases de la rencontre clinique qui se rapportent à la situation présentée,
 - b) démontrer un lien logique et évident entre les données inscrites, les conclusions et le plan,
 - c) inclure les résultats négatifs pertinents ainsi que les résultats positifs pertinents,
 - d) éviter une consignation textuelle inappropriée de la rencontre (ce devrait être une synthèse des données recueillies).

7. Dans le cadre des soins de suivi, mentionner la réception de données supplémentaires (p. ex. résultats d'analyses et de tests, rapports de consultation) et documenter les mesures de suivi lorsque pertinent.
8. À mesure que de nouveaux renseignements sont recueillis durant la rencontre, maintenir le dossier selon les attentes du milieu de travail (p. ex. graphique d'évolution, feuille de résumé).
9. Organiser et utiliser le dossier clinique comme outil pour tenter d'améliorer l'intégralité et la continuité des soins.

3. Habiletés non verbales

a) Expression :

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

Comportements observables :

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

b) Réceptivité :

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

Comportements observables :

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

4. Adaptation à la culture et à l'âge

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

5. Attitude

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

Comportements observables :

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

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

Professionalisme

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

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

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

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

1. Le professionnalisme est peut-être la dimension de la compétence qui comporte le plus de facettes; il est essentiellement subjectif et déterminé par tous ceux qui travaillent autour de l'individu (p. ex. patients, collègues, employés, employeurs, contacts occasionnels) et par l'environnement culturel dans lequel nous nous retrouvons.

2. Malgré l'existence d'un imposant bloc de connaissances sur le « professionnalisme », la seule démonstration de la possession de ces connaissances n'est pas suffisante pour la compétence, puisqu'elle ne semble pas prédire, d'aucune façon, un comportement professionnel adéquat. C'est pourquoi nous sommes plus intéressés par des comportements spécifiques qui sont révélateurs des conduites professionnelles que par les connaissances entourant le professionnalisme.
3. Les exemples de comportement professionnel sont peut-être très spécifiques au contexte et peuvent varier en fonction des attentes locales. Dans toute situation d'évaluation, les attentes devraient donc être très explicites et tout comportement apparemment non professionnel devrait d'abord être discuté et exploré avant de porter un jugement final.
4. Pendant la formation et la pratique, de nombreuses circonstances peuvent démontrer, à un degré plus ou moins important, dans quelle mesure un individu agit d'une manière professionnelle. Le comportement professionnel est la somme d'un mélange approprié de tous ces éléments. Dans ce sens, il n'existe pas d'ensemble d'éléments clés pour le professionnalisme.
5. On ne s'attend pas à ce qu'une personne soit parfaite en tout temps, mais on s'attend à ce que la certification de la compétence implique qu'un individu agisse d'une manière professionnelle. Dans ce domaine, la compétence est absente lorsqu'il existe un modèle de répétition d'un comportement non professionnel difficilement justifiable ou explicable. Il se peut également qu'un seul incident de comportement soit fondamentalement incompatible avec la certification de la compétence dans cette dimension.

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

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

- a) Elle doit s'effectuer dans des situations de vie réelle, soit immédiatement, soit à distance. Il semblerait que le moment le plus facile pour la réaliser soit pendant la formation en résidence; toutefois, il est tout aussi important de pouvoir faire l'équivalent pour les médecins déjà en pratique.
- b) Dans de nombreuses situations, l'évaluation devra inclure de nombreuses performances sur une longue période de temps. Ceci implique également la mobilisation de plusieurs évaluateurs ou juges différents pour les diverses performances.
- c) Tous les jugements seront basés sur certains critères spécifiques à la situation. Le jugement demeurera tout de même subjectif, fait par l'observateur-évaluateur le plus approprié pour la situation et la performance.

- d) Tous les jugements initiaux de comportements non professionnels doivent faire l'objet de discussion et d'une possible résolution, avant d'être maintenus. Le personnel ou les précepteurs peuvent ne pas toujours se comporter de manière professionnelle.
- e) Les critères pour la certification n'ont pas encore été établis, mais il est improbable que la certification du professionnalisme soit basée sur des notes ou des moyennes. La compétence est essentiellement l'absence de comportement non professionnel sur une période suffisante d'exposition et d'observation.

Douze thèmes qui définissent le professionnalisme en médecine familiale

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

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

Quelques remarques sur l'organisation et la formulation des comportements apparaissant

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

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

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

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

Comportements observables :

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

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

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

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

Comportements observables :

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

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

Comportements observables :

- ✓ Dans ses rencontres avec les patients, démontre constamment sa volonté d'explorer les idées du patient concernant l'étiologie et inclut ou exclut ces idées de son diagnostic différentiel subséquent
- ✓ Manifeste sa volonté d'adapter le diagnostic/plan lorsqu'on lui présente un autre choix/vision/information/perspective (accepte de changer d'idée)
- ✓ Alloue du temps pour les émotions associées à un diagnostic incertain
- ✓ Ne limite pas inutilement les options du patient (c.-à-d. ne manifeste pas de paternalisme)

- ✓ Se satisfait d'un « diagnostic symptomatique » (p. ex., dit “dyspepsie”, et non “ulcère peptique”) lorsque l'information est limitée ou qu'on ne peut confirmer le diagnostic
- ✓ Formule un plan par étapes et centré sur le patient pour s'occuper d'une situation même s'il ne connaît pas la réponse

- ✗ Interrompt les patients
- ✗ Pour une raison de temps, refuse de s'occuper d'un problème important pendant une visite au cabinet
- ✗ Refuse de voir un patient qui arrive à son rendez-vous avec un léger retard
- ✗ Manifeste sa colère/rigidité lorsqu'un patient ne respecte pas la ligne de conduite qu'il a prescrite
- ✗ Devient dédaigneux des idées du patient lorsqu'elles ne correspondent pas aux siennes
- ✗ Utilise des techniques de manipulation pour influencer le comportement du patient (« je ne pourrai plus m'occuper de vous si vous faites le choix de ... »)

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

Comportements observables :

- ✓ Dit : « Je ne sais pas, mais je sais comment faire pour trouver »
- ✓ Les discussions avec les patients entourant la ligne de conduite sont clairement utiles pour le patient avec une « valeur ajoutée », même en l'absence d'un diagnostic certain ou d'une opinion finale concernant le traitement disponible
- ✓ Manifeste une confiance appropriée dans sa communication non verbale : regarde le patient dans les yeux lorsqu'il dit « je ne sais pas »

- ✗ Profite de son expérience pour dévaloriser l'expérience du patient (p. ex. « Je n'ai pas eu besoin d'avoir une épidurale »)
- ✗ Dit aux patients quoi faire sans comprendre leurs circonstances (manifeste de l'arrogance, du paternalisme)

5. Le médecin démontre une attitude bienveillante et compatissante.

Comportements observables :

- ✓ Alloue aux patients suffisamment de temps pour verbaliser leurs préoccupations sans les interrompre; prend le temps d'écouter avant de parler — écoute activement avant de parler
- ✓ Ne déprécie pas les pertes/craintes du patient
- ✓ Questionne le patient au sujet de ses sentiments, inquiétudes, espoirs
- ✓ Lorsque c'est possible, s'assoit avec les patients pour communiquer
- ✓ Discute des questions ou des comportements avec les patients plutôt que de les confronter personnellement ou de porter un jugement
- ✓ Élabore avec les patients sur les options ou les choix de vie saine

- ✓ Maintient au premier plan les besoins du patient lorsque confronté à ses propres préoccupations personnelles concernant les erreurs/désastres/accusations médicales
- ✓ Accepte de reconnaître les émotions du patient dans la rencontre
- ✓ Ne blâme pas les patients pour les situations difficiles qu'ils rencontrent
- ✓ En présence d'un patient difficile, sait reconnaître ses propres sentiments et évite d'exprimer sa colère de façon inappropriée
- ✓ Malgré les contraintes de temps et la charge de travail, maintient une approche agréable et compatissante

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

Comportements observables :

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

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

- ✗ Est réticent ou refuse de voir certains patients

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

Comportements observables :

- ✓ Ne mine pas la réputation et évite d'émettre des commentaires négatifs sur les autres dispensateurs de soins, particulièrement ceux qui ont vu des patients dans des contextes différents
- ✓ Lorsqu'on le consulte ou qu'on lui demande de l'aide, écoute les préoccupations et tente de répondre positivement en offrant sa disponibilité (« Comment puis-je aider? » vs « Je n'ai pas besoin de voir ce patient »)
- ✓ Lorsqu'il a besoin de parler à quelqu'un à l'improviste, attend et choisit le moment approprié; il n'interrompt pas de façon excessive
- ✓ Pense à ses collègues et parle d'eux d'une façon positive; respecte leur temps comme si c'était le sien
- ✓ Arrive à l'heure
- ✓ Porte attention lorsque les autres parlent
- ✓ Laisse les autres parler/poursuivre; il les écoute jusqu'au bout et demeure respectueux même s'il n'est pas d'accord avec le sujet ou les points de vue

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

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

Comportements observables :

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

- ✗ Dévoile des renseignements contre la volonté exprimée du patient, particulièrement en ce qui concerne les adolescents, les personnes âgées et les patients d'ascendance culturelle différente
- ✗ Discute des patients dans des endroits « publics »
- ✗ Offre des traitements médicaux de façon inappropriée à des collègues, y compris la rédaction d'ordonnances
- ✗ Proclame (aux collègues, aux patients, aux autres) avoir fait quelque chose alors qu'il ne l'a pas faite (p. ex., anamnèse, examen physique, tests de laboratoire, appels téléphoniques, suivi)
- ✗ Prend le crédit pour un travail fait par d'autres (pour des raisons monétaires, pour le prestige, pour toute autre raison)
- ✗ Ses habitudes de prescription sont inappropriées :
 - Au lieu d'inscrire le nom du patient, il inscrit le nom d'une personne possédant une assurance médicaments
 - Prescrit de façon inappropriée pour en retirer des avantages personnels
 - Prescrit malgré une évaluation insuffisante
- ✗ Présente des réclamations injustifiables sur des formulaires d'assurance ou autres

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

Comportements observables :

- ✓ N'accorde pas une crédibilité exagérée à la médecine basée sur des preuves; il incorpore l'expertise du patient et de sa famille au caractère unique de leur situation; il incorpore l'expérience et l'expertise des collègues et des membres de l'équipe, ainsi que sa propre expérience personnelle
- ✓ Lorsqu'un patient pose des questions sur les soins ou fait des suggestions, il est ouvert à une discussion respectueuse; il réagit positivement aux patients qui apportent du matériel offert sur Internet
- ✓ Lorsqu'il utilise des lignes directrices ou les résultats d'essais cliniques (sur de grandes populations), il les personnalise et les adapte pour en assurer l'applicabilité au patient sur une base individuelle

- ✓ Ne modifie pas le plan de traitement actuel lorsqu'il s'occupe temporairement du patient de quelqu'un d'autre; s'il pense que des changements sont souhaitables, il les discute d'abord avec le fournisseur régulier
- ✓ Vérifie dans quelle mesure sa pratique est conforme aux données probantes récentes, et fait les changements en conformité avec ces preuves
- ✓ Identifie les lacunes dans sa propre pratique clinique en termes de connaissances et élabore une stratégie pour les combler; formule des questions cliniques qui faciliteront la recherche des « réponses » à ces lacunes

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

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

Comportements observables : **

- ✓ Ne rejette pas les préoccupations soulevées par les patients concernant des enjeux locaux qui ont un impact sur leur santé (p. ex. endroits pour marcher sans danger, pollution)
- ✓ Tente de renforcer le patient qui soulève des inquiétudes concernant des problèmes communautaires; agit de façon confidentielle
- ✓ Réagit positivement aux demandes de participation à la communauté; consacrera un peu de son temps et de son expérience (p. ex. contribuer à une affiche)

- ✗ Ne respecte pas l'obligation de déclarer les situations où les autres sont clairement en danger (p. ex. infection à méningocoque, capacité à conduire, violence envers les enfants)
- ✗ Ne déclare pas le comportement inapproprié (p. ex. surconsommation de substances) de collègues professionnels à une autorité ou à un superviseur approprié

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

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

Comportements observables :

- ✓ Se réserve du temps approprié pour satisfaire ses besoins personnels
- ✓ Est disposé à discuter des observations de collègues ou de membres de l'équipe lorsqu'un comportement suggère des difficultés causées par le stress
- ✓ Lorsqu'on porte à son attention un conflit entre ses activités professionnelles et personnelles, il le discute et procède ou non à un ajustement approprié
- ✓ Il lui arrive parfois de répondre d'abord aux besoins d'un patient avant de répondre à un besoin personnel, et il manifeste sa satisfaction et son appréciation de la valeur d'un tel geste
- ✓ Ses habitudes de vie sont saines : il ne fume pas, sa consommation d'alcool n'est pas excessive, ses habitudes de conduite sont raisonnables

- ✗ Transpose sa frustration sur un collègue ou sur le personnel (p. ex., est impoli et déplacé)
- ✗ Ne veut pas ou refuse de reconnaître ou de s'occuper d'une maladie ou d'une affection qui risque d'avoir un impact sur ses activités professionnelles, surtout lorsque les inquiétudes sont identifiées par d'autres
- ✗ Fait du temps supplémentaire de façon inappropriée, se présente au travail alors qu'il est malade, refuse de s'absenter
- ✗ Surcharge ses collègues lorsqu'il s'occupe de ses choses personnelles (c.-à-d. laisse beaucoup de tâches non terminées sans communiquer avec les collègues)
- ✗ Transfère des tâches à des collègues sans justification claire, sans communication adéquate; change « fréquemment » et à la dernière minute sa disponibilité pour des tâches professionnelles
- ✗ Recherche des soins médicaux d'amis ou de collègues en dehors d'une relation médecin-patient normale; agit comme s'il était son propre médecin

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

Comportements observables :

- ✓ Confronté à une situation difficile, demeure calme et agit de façon appropriée (p. ex. avec des patients en colère, une tournure clinique imprévue des événements, une demande accablante, des examens)
- ✓ Est constamment attentif à un patient ou à un collègue, quelle que soit l'interaction
- ✓ Tente de comprendre le comportement des autres sans s'emporter ou sans se sentir blessé
- ✓ Ne manifeste pas de colère, d'humour inapproprié ou autres émotions lorsque ceci pourrait saper un travail constructif avec les patients ou les collègues
- ✓ Lorsque les émotions sont intenses ou visibles, peut néanmoins expliquer ou suggérer un plan d'action constructif
- ✓ Ne s'énerve pas — même lorsqu'une autre personne dans la salle s'énerve
- ✓ Dans des situations complexes, fait place aux multiples perspectives de participants différents; reçoit ou sollicite d'autres points de vue

- ✓ Est désireux d'engager un dialogue, afin d'apprendre à partir de l'expérience des autres, lorsque :
 - une issue négative/imprévue survient
 - des idées sont conflictuelles
 - on lui pose des questions (ne les perçoit pas comme une menace vs « trop pressé pour en parler »)
- ✓ Lorsqu'une faute semble avoir été commise, sait la reconnaître et regarde d'abord sa responsabilité personnelle plutôt que de diriger le blâme ailleurs

Habiletés de raisonnement clinique

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

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

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

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

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

et non cognitives requises dans les phases subséquentes de la rencontre clinique sont toutes nécessaires à un degré élevé afin de poser un diagnostic précis et pertinent.

Évidemment, bien que l'habileté à poser des diagnostics précis soit un élément nécessaire de la compétence dans les habiletés de raisonnement clinique, elle n'est probablement pas suffisante en soi. Une évaluation bien planifiée de la compétence dans les habiletés de raisonnement clinique placera une grande emphase sur l'anamnèse et l'élaboration de diagnostics, mais comprendra aussi certaines tâches qui se situent dans les étapes subséquentes de la rencontre clinique. Elle ne le fera cependant pas de façon aléatoire. Ce qui nous ramène au concept de l'interaction entre le patient, le médecin et le problème. Chacune des interactions déterminera quelles étapes sont les plus critiques : pour certains, ce pourra être le traitement ou l'examen physique et, si tel est le cas, c'est là que se situe la compétence pour cette interaction, et c'est ce qui devrait être évalué. Le défi d'une évaluation valable est d'assortir l'évaluation à l'interaction. L'analyse de l'élément clé l'a fait, alors on peut trouver la meilleure définition de la compétence dans les habiletés de raisonnement clinique dans la liste des sujets prioritaires et des éléments clés.

Sélectivité

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

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

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

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

Habilités techniques

La certification pour une pratique autonome exige un certain niveau de compétences expérientielles, notamment des habiletés techniques pour poser un certain nombre d'actes techniques. Nous dressons, ci-dessous, une liste de soixante-cinq actes techniques de base, et c'est sur la base de ces actes que sera évaluée la compétence⁸. Il faut se rappeler que ce ne sont pas seulement les aspects techniques de chacun de ces actes qui sont importants. Les niveaux plus élevés de la compétence doivent aussi être évalués, comme toujours, dans le contexte de la médecine familiale—les éléments clés décrivent cet aspect.

Les éléments clés des habiletés techniques*

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

⁸ Wetmore SW, Rivet C, Tepper J, Tatemichi S, Donoff M, Rainsberry P. Defining core procedure skills for Canadian family medicine training. *Can Fam Physician*. 2005; 51(10): 1364-5.

4. Lorsque l'intervention ne se déroule pas comme prévu, réévaluez la situation et mettez un terme et/ou demandez de l'aide au besoin.
5. Élaborez un plan avec votre patient pour les soins et le suivi au terme de l'intervention.

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

Actes techniques de base

Interventions tégumentaires

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

Interventions avec anesthésie locale

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

Interventions oculaires

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

Interventions auriculaires

Exérèse de cérumen
Exérèse d'un corps étranger

Interventions nasales

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

Interventions gastro-intestinales

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

Interventions génito-urinaires et santé de la femme

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

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

Interventions obstétricales

Accouchement vaginal normal
Épisiotomie et réparation
Rupture artificielle des membranes

Interventions musculo-squelettiques

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

Interventions de réanimation

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

Injections et mise en place d'une canule

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

Les sujets prioritaires et éléments clés pour évaluation en médecine familiale

Abus de substance	69
Accident vasculaire cérébral	70
Allergie	72
Anémie	74
Antibiotiques	76
Anxiété	77
Apprentissage (Patients/Autoapprentissage)	78
Arthropathie	79
Asthme	81
Cancer	83
Capacité mentale	84
Cardiopathie ischémique	85
Céphalée	86
Cessation du tabagisme	87
Contraception	88
Convulsions	89
Crise	91
Croup	92
Démence	93
Dépression	95
Dermatologie	97
Déshydratation	98
Deuil	99
Diabète	100
Diarrhée	101
Douleur abdominale	102
Douleur au cou	104
Douleur thoracique	105
Dyslipidémie	106
Dyspepsie	107
Dysurie	108
Empoisonnement	109
Enfants	110
Épistaxis	111
Étourdissements	112
Examen médical périodique/dépistage	113
Famille	114
Fatigue	115
Fibrillation auriculaire	116
Fièvre	117
Fractures	118
Grossesse	119
Habitudes de vie	121
Hépatite	122
Hypertension	124
Immigrants	125
Immunisation	126

Incapacité	127
Infections	128
Infections des voies respiratoires supérieures	129
Infections transmises sexuellement	130
Infection urinaire	131
Infertilité	132
Insomnie	133
Lacérations	134
Lombalgie	135
Maladie chronique	136
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	137
Masse au sein	138
Mauvaises nouvelles	139
Médecine des voyages	140
Méningite	141
Ménopause	142
Nouveau-né	143
Obésité	144
Oeil rouge	145
Ostéoporose	147
Otalgie	148
Parkinsonisme	149
Patient difficile	150
Personnes âgées	151
Perte de connaissance	152
Perte de poids	154
Pneumonie	155
Problèmes médicaux multiples	157
Problèmes propres à chaque sexe	158
Prostate	159
Réanimation cardio-respiratoire	160
Saignement gastro-intestinal	161
Saignement vaginal	162
Schizophrénie	163
Sexualité	164
Soins du nourrisson	165
Soins palliatifs	167
Somatisation	168
Stress	169
Suicide	170
Thérapie de support ou psychothérapie	171
Thrombose veineuse profonde	172
Thyroïde	173
Toux	174
Traumatisme	175
Trouble de comportement chez l'enfant	177
Trouble de la personnalité	178
Troubles des conduites alimentaires	179
Vaginite	180
Viol/agression sexuelle	181
Violence familiale (sexuelle, physique, psychologique)	182
Violence/patient agressif	183

Abus de substance

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez tous les patients, et particulièrement dans les groupes à risque élevé (p. ex. maladie mentale, incapacité chronique), profitez de toutes les occasions pour dépister l'utilisation et l'abus de substances (tabac, alcool, drogues illicites).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
2	Chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse : a) Procédez au dépistage des maladies à dissémination hémotogène (p. ex. infection par le virus de l'immunodéficience humaine, hépatite).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses L'investigation</i>
	b) Offrez les vaccins appropriés.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
3	Chez les patients qui présentent des signes et symptômes d'un sevrage ou d'une intoxication aiguë, portez le bon diagnostic et traitez de façon appropriée.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic Le traitement</i>
4	En présence de signaux d'alarme (p. ex. échec scolaire, changement de comportement), discutez de l'utilisation ou de l'abus de substances avec les adolescents, leurs proches ou avec les autres intervenants.	<i>Le raisonnement clinique L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement Le diagnostic</i>
5	Considérez et recherchez l'utilisation ou l'abus de substances comme facteur étiologique dans les problèmes qui ne répondent pas favorablement à une intervention appropriée (p. ex. abus d'alcool chez les patients atteints d'hypertriglycéridémie, abus de drogues par inhalation chez un asthmatique).	<i>La sélectivité L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Les hypothèses L'anamnèse (histoire)</i>
6	Offrez votre soutien aux patients et aux membres de la famille affectés par l'abus de substances. (L'utilisateur de substances n'est pas nécessairement votre patient.)	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>
7	Chez les patients qui abusent de substances, déterminez dans quelle mesure ils sont d'accord ou non avec le diagnostic.	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire) Le diagnostic</i>
8	Chez les utilisateurs de substances, déterminez systématiquement leur volonté de cesser ou à réduire leur consommation.	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire) Le traitement</i>
9	Chez les patients qui abusent de substances, profitez des visites médicales pour dépister les comorbidités (p. ex. pauvreté, crime, infections transmises sexuellement, maladie mentale) et les complications à long terme (p. ex. cirrhose).	<i>Le raisonnement clinique L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>

Accident vasculaire cérébral

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Chez les patients qui présentent des symptômes et/ou des signes suggérant un accident vasculaire cérébral (AVC), incluez d'autres hypothèses dans votre diagnostic différentiel (p. ex. d'ischémie cérébrale transitoire (ICT), tumeur cérébrale, hypoglycémie, hématome sous-dural, hémorragie sous-arachnoïdienne).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>
2	Chez un patient qui présente un AVC, précisez, si possible, l'étiologie de l'AVC : hémorragique, embolique ou thrombotique (p. ex. en misant sur l'anamnèse, l'examen physique et les tests paracliniques comme l'électrocardiogramme et les tests d'imagerie), puisque les traitements sont différents.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
3	Évaluez rapidement les patients qui présentent des déficits neurologiques, afin de déterminer leur admissibilité à la thrombolyse.	<i>La sélectivité</i>	<i>Le traitement</i>
4	Lorsque le diagnostic d'AVC est posé, impliquez, au besoin, d'autres professionnels de la santé (p. ex. ergothérapeute, physiothérapeute, intervenant social, physiatre, neurologue) pour assurer au patient le meilleur pronostic possible.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
5	Dans le plan de soins du patient victime d'un AVC atteint de déficits sévères, impliquez le patient et sa famille dans les décisions entourant les interventions (p. ex. réanimation, instauration de l'hyperlimentation, traitement d'une pneumonie).	<i>L'approche centrée sur le patient</i> <i>La communication</i>	<i>Le traitement</i>
6	Chez les patients victimes d'un AVC, diagnostiquez les déficits cognitifs (non associés à des symptômes ou signes sensitifs ou moteurs tel l'inattention et l'impulsivité) lorsqu'ils sont présents.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
7	Donnez aux patients et à leurs familles des informations concernant le pronostic de récupération des incapacités.	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>
8	Chez les patients victimes d'AVC avec incapacités, évaluez les ressources et le soutien nécessaire pour améliorer leur autonomie fonctionnelle (p. ex. canne, cadre de marche, soins à domicile).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>
9	Dans la continuité des soins dispensés aux patients victimes d'AVC avec incapacités (p. ex. dysphagie, alitement), incluez dans le plan de traitement la prévention de certaines complications (p. ex. pneumonie d'aspiration, ulcère de décubitus) puisque leur fréquence est plus élevée.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i> <i>Les hypothèses</i>

10	Chez les patients à risque d'AVC, traitez les facteurs de risque modifiables (p. ex. fibrillation auriculaire*).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
11	Chez tous les patients ayant des antécédents d'ICT ou d'AVC complété, ainsi que chez les patients asymptomatiques mais à risque élevé d'AVC, prescrivez aux patients un traitement antithrombotique (p. ex. acide acétylsalicylique, clopidogrel [Plavix]) afin de réduire le risque d'AVC.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>

Note: voir les éléments clés des thèmes « diabète » « dyslipidémie » « hypertension ».

Allergie

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

b) Conseillez à la famille d'éduquer l'enfant, les enseignants et les gardiens concernant les signes et symptômes de l'anaphylaxie, ainsi que quand et comment utiliser l'EpiPen. *Le raisonnement clinique* *Le traitement*

10 Chez un patient dont les symptômes respiratoires récidivants demeurent inexplicés, n'oubliez pas d'inclure l'allergie (p. ex. syndrome des bâtiments malsains, allergie saisonnière) dans le diagnostic différentiel. *Le raisonnement clinique* *Les hypothèses*

Anémie

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

déterminez la nécessité de rechercher d'autres causes pour expliquer l'anémie.

Antibiotiques

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

Anxiété

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 N'attribuez pas à l'anxiété des symptômes aigus de panique (c.-à-d. dyspnée, palpitations, hyperventilation) sans d'abord exclure du diagnostic différentiel une pathologie médicale sérieuse (p. ex. embolie pulmonaire, infarctus du myocarde), particulièrement chez les patients atteints d'un trouble anxieux déjà établi.	<i>La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i> <i>Les hypothèses</i>
2 Dans l'investigation d'un patient présentant des symptômes d'anxiété, et avant de poser un diagnostic de trouble anxieux : a) Faites l'exclusion d'une pathologie médicale sérieuse. b) Identifiez : - d'autres affections psychiatriques co-existantes. - les situations de violence. - l'abus de substance. c) Évaluez le risque suicidaire.	<i>La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i> <i>Le diagnostic</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le diagnostic</i>
3 Chez les patients atteints de troubles anxieux, ne présumez pas que tous les nouveaux symptômes sont attribuables à l'anxiété.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i> <i>Les hypothèses</i>
4 Offrez un traitement approprié contre l'anxiété : - benzodiazépines (p. ex. discutez de la crainte à leur sujet, évitez les posologies qui sont trop faibles ou trop fortes, tenez compte de la dépendance et des autres anxiolytiques). - traitement non pharmacologique.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
5 Chez un patient présentant des symptômes d'anxiété, obtenez une anamnèse complète afin de distinguer clairement une agoraphobie, une phobie sociale, un trouble d'anxiété généralisée et un trouble panique.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>

Apprentissage (Patients/Autoapprentissage)

Patients

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

Autoapprentissage

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
6 Évaluez constamment vos besoins d'apprentissage.	<i>Le professionnalisme</i>	<i>NA</i>
7 Abordez vos besoins d'apprentissage avec efficacité.	<i>Le professionnalisme La sélectivité</i>	<i>NA</i>
8 Incorporez vos nouvelles connaissances dans votre pratique.	<i>Le professionnalisme</i>	<i>NA</i>

Arthropathie

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 Chez un patient qui consulte pour une douleur articulaire, différenciez la pathologie grave de la pathologie bénigne (p. ex. sarcome, arthrite septique) : a) en obtenant une anamnèse pertinente. b) en investiguant de façon appropriée (p. ex. aspiration, hémogramme, rayons-X).	<i>La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>L'investigation</i> <i>Le diagnostic</i>
2 Chez le patient qui présente une douleur musculo-squelettique imprécise, posez un diagnostic rhumatologique spécifique en vous appuyant sur l'anamnèse, l'examen physique et les investigations (p. ex. goutte, fibromyalgie, monoarthropathie vs polyarthropathie).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
3 Chez le patient qui présente une monoarthropathie, éliminez une cause infectieuse (p. ex. infection transmissible sexuellement).	<i>La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i> <i>Les hypothèses</i>
4 Chez les patients souffrant de douleur musculo-squelettique, incluez dans le diagnostic différentiel les sources de douleurs viscérales et référées (p. ex. angine, fracture dans la plaque de croissance qui se manifeste sous forme d'arthralgie, douleur neurogène).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>
5 Diagnostiquez cliniquement les blessures ligamentaires. NE FAITES PAS d'examen radiologique.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'habileté technique</i>	<i>L'examen physique</i> <i>Le diagnostic</i>
6 Chez un patient qui consulte pour une douleur articulaire, incluez dans votre diagnostic différentiel certaines affections systémiques (p. ex. granulomatose de Wegener, lupus érythémateux, colite ulcéreuse).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>
7 Chez les patients atteints d'un diagnostic d'une affection rhumatologique : a) Renseignez-vous sur les conditions médicales pré-existantes qui peuvent modifier le plan de traitement. b) Choisissez le plan de traitement approprié (p. ex. pas d'anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les insuffisants rénaux ou les patients souffrant d'ulcère peptique).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i>
8 Dans votre évaluation des patients atteints d'un diagnostic d'une affection rhumatologique, recherchez les complications reliées à la maladie (p. ex. iritis).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>
9 Chez les patients qui souffrent de douleur musculo-squelettique :		

	a) Informez-vous de l'impact de la douleur sur les activités de la vie quotidienne.	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
	b) Traitez en prescrivant les analgésiques aux posologies appropriées.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
	c) Si nécessaire, prescrivez des aides ambulatoires et l'accès aux ressources communautaires (p. ex. attelles, canne).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i> <i>Référer en consultation</i>
10	Chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, initier rapidement le traitement en incluant à la médication un agent de rémission de la maladie.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>

Asthme

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	<p>Chez les patients de tout âge présentant des symptômes respiratoires (aigus, chroniques, récidivants) :</p> <p>a) Incluez l'asthme dans votre diagnostic différentiel.</p> <p>b) Confirmez le diagnostic d'asthme en utilisant de façon appropriée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'anamnèse - l'examen physique - la spirométrie 	<p><i>Le raisonnement clinique</i></p> <p><i>Le raisonnement clinique</i></p>	<p><i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i></p> <p><i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>L'examen physique</i></p>
2	<p>Chez un enfant en détresse respiratoire aiguë, différenciez l'asthme de la bronchiolite, de la laryngo-trachéo-bronchite aiguë et de l'aspiration d'un corps étranger en obtenant une anamnèse appropriée et en procédant à un examen physique.</p>	<p><i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i></p>	<p><i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>L'examen physique</i></p>
3	<p>Chez un asthmatique connu qui consulte pour une exacerbation aiguë ou pour une visite de contrôle, déterminez objectivement la sévérité de son état (p. ex. par l'anamnèse, y compris l'observance médicamenteuse, l'examen physique et la spirométrie). Ne sous-estimez pas la sévérité de la crise.</p>	<p><i>Le raisonnement clinique</i></p>	<p><i>Le diagnostic</i></p>
4	<p>Chez un asthmatique connu qui présente une exacerbation aiguë :</p> <p>a) Traitez l'épisode aigu (p. ex. utilisation répétée et précoce des bêta-agonistes et des stéroïdes; évitez de sous-traiter).</p> <p>b) Éliminez les maladies comorbides (p. ex. complications, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique).</p> <p>c) Déterminez le besoin d'une hospitalisation ou d'un congé de l'hôpital (en basant votre décision sur le risque de récurrence ou de complications, ainsi que sur les attentes du patient et les ressources disponibles).</p>	<p><i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i></p> <p><i>La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i></p> <p><i>La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i></p>	<p><i>Le traitement</i></p> <p><i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i></p> <p><i>Le traitement</i></p>
5	<p>Pour le traitement au long cours d'un asthmatique, proposez un plan de traitement par étapes qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - auto-surveillance. - auto-ajustement de la médication. - quand consulter à nouveau. 	<p><i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i></p>	<p><i>Le traitement</i></p>
6	<p>Chez un asthmatique connu dont les symptômes persistent ou récidivent :</p> <p>a) Évaluez la sévérité et la compliance médicamenteuse.</p>	<p><i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i></p>	<p><i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le diagnostic</i></p>

b) Recommandez des ajustements aux habitudes de vie (p. ex. éviter les irritants et les facteurs déclenchants) qui pourraient entraîner moins de récurrences et un meilleur contrôle.

*Le raisonnement clinique
L'approche centrée sur le patient*

Le traitement

Cancer

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

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

Capacité mentale

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez un patient présentant des symptômes ou des signes subtils de diminution de la fonction cognitive (p. ex. inquiétude de la famille, erreurs de médication, questions répétitives, détérioration de l'hygiène personnelle) : a) Procédez à l'évaluation de la capacité mentale, y compris le recours à un outil standardisé. b) Dirigez le patient vers des évaluations plus poussées au besoin.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>L'examen physique</i> <i>Référer en consultation</i>
2 Chez les patients dont le diagnostic fait penser à une déficience cognitive (p. ex. démence, AVC récent, maladie mentale grave), identifiez ceux qui auront besoin d'une évaluation plus détaillée de leur capacité à prendre des décisions.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i>
3 Quand un patient prend des décisions (p. ex. chirurgie ou non, permission de réanimer ou non), songez au besoin d'évaluer sa capacité mentale.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le professionnalisme</i>	<i>Les hypothèses</i>
4 Chez un patient souffrant de déficience cognitive, établissez ses capacités de prise de décision encore intactes, car il pourrait en avoir gardé plusieurs.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i>

Cardiopathie ischémique

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Dans un contexte de cabinet ou d'urgence, diagnostiquez les présentations de la cardiopathie ischémique qui sont : - classiques. - atypiques (p. ex. chez les femmes, les diabétiques, les jeunes, les personnes dépourvues de risque).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i>
2	Chez un patient présentant des facteurs de risque modifiables de la cardiopathie ischémique (p. ex. tabagisme, diabète, obésité), élaborer, en collaboration avec le patient, un plan visant à réduire son risque de développer la maladie.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
3	Chez un patient dont les symptômes suggèrent une cardiopathie ischémique mais chez qui le diagnostic n'est pas confirmé, n'éliminez pas ce diagnostic en vous basant seulement sur des tests dont la sensibilité et la spécificité sont limitées (p. ex. électrocardiogramme, épreuve d'effort, enzymes normaux).	<i>La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i> <i>L'investigation</i>
4	Chez un patient dont la cardiopathie ischémique est stable, gérez les changements des symptômes par des ajustements autonomes de la médication (p. ex. nitroglycérine) et des contacts médicaux appropriés (p. ex. visites au cabinet, appels téléphoniques, visites à l'urgence), selon la nature et la sévérité des symptômes.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
5	Dans le suivi des patients dont la cardiopathie ischémique est confirmée, vérifiez spécifiquement les éléments suivants afin de détecter les complications et la possibilité d'un contrôle sous-optimal : - Contrôle des symptômes. - Compliance médicamenteuse	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le diagnostic</i>
6	Lorsqu'on a posé un diagnostic de syndrome coronarien aigu (p. ex. choc cardiogénique, arythmie, œdème pulmonaire, infarctus aigu du myocarde, angine instable), prenez charge de la situation rapidement et efficacement.	<i>La sélectivité</i>	<i>Le traitement</i>

Céphalée

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

Cessation du tabagisme

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez tous les patients, évaluez régulièrement et documentez la situation tabagique, en n'oubliant pas que les gens peuvent cesser et recommencer en tout temps.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le suivi</i>
2	Chez les fumeurs : a) Discutez des avantages qu'apporte la cessation ou la diminution du tabac.	<i>Le raisonnement clinique L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>
	b) Évaluez régulièrement l'intérêt à cesser ou à diminuer le tabac.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire) Le suivi</i>
3	Chez les fumeurs motivés à cesser, recommandez l'adoption d'une approche comportant de multiples stratégies pour cesser de fumer.	<i>Le raisonnement clinique La communication</i>	<i>Le traitement Le suivi</i>

Contraception

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

Convulsions

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

avec les amis).

b) Surveillez les complications de la médication anticonvulsivante (p. ex. complications hématologiques, ostéoporose).

Le raisonnement clinique *Les hypothèses*

c) Considérez la médication anticonvulsivante lors de la prise en charge des autres problèmes de santé (p. ex. au moment de prescrire des antibiotiques, grossesse).

Le raisonnement clinique *Le traitement*

Crise

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Prenez le temps nécessaire pour aider les patients en crise, car ceux-ci consultent souvent de façon inattendue.	<i>L'approche centrée sur le patient Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement</i>
2	Dans le cadre de votre prise en charge d'un patient en crise, identifiez les ressources personnelles d'appui dont il dispose (p. ex. famille, amis).	<i>L'approche centrée sur le patient Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire) Le traitement</i>
3	Dans le cadre de votre prise en charge de longue durée d'un patient en crise, proposez des ressources communautaires (p. ex. conseiller).	<i>L'approche centrée sur le patient Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement</i>
4	Évaluez le risque suicidaire chez un patient en crise.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>
5	Utilisez rationnellement une médication psychoactive pour aider un patient en crise.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
6	Chez un patient en crise, informez-vous de ses méthodes d'adaptation nuisibles pour sa santé (p. ex. drogues, alcool, consommation d'aliments, jeux de hasard, violence, inertie).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses L'anamnèse (histoire)</i>
7	Demandez à votre patient si d'autres personnes dans son entourage ont besoin d'aide en raison de cette crise.	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Les hypothèses L'anamnèse (histoire)</i>
8	Avec un patient en crise, négociez un plan de suivi.	<i>Le raisonnement clinique La communication</i>	<i>Le traitement Le suivi</i>
9	Assurez-vous de ne pas dépasser certaines limites lorsque vous traitez un patient en crise (p. ex. lui prêter de l'argent, lui donner rendez-vous en dehors de vos heures de bureau).	<i>Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement</i>
10	Préparez votre environnement de travail en prévision d'une crise éventuelle ou d'un désastre possible et incluez vos collègues et le personnel dans la planification d'interventions en cas de crises à la fois médicales et non médicales.	<i>Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement</i>
11	Lorsque vous faites face à une crise médicale non prévue (p. ex. crise épileptique, dystocie de l'épaule) :		
	a) évaluez l'environnement quant aux ressources nécessaires (personnel, matériel);	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
	b) restez calme et méthodique;	<i>Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement</i>
	c) demandez l'aide dont vous avez besoin.	<i>Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement</i>

Croup

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

Démence

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les patients présentant des signes précoces et non spécifiques d'atteinte cognitive : a) Envisagez l'hypothèse diagnostique de la démence. b) Pour dépister précocement un diagnostic de démence, utilisez le Folstein ou l'examen du mini-mental (3 ms) et tout autre instrument de mesure de l'atteinte des fonctions cognitives. N'oubliez pas de faire une anamnèse et un examen physique minutieux.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i> <i>Le diagnostic</i>
2 Chez les patients dont l'atteinte cognitive est évidente, choisissez les investigations de laboratoire et les techniques de neuro-imagerie appropriées qui viendront compléter l'anamnèse et les observations de l'examen physique. Distinguez démence, délirium et dépression.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'investigation</i>
3 Chez les patients atteints de démence, distinguez clairement la maladie d'Alzheimer des autres démences, puisque le traitement et le pronostic sont différents.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
4 Chez les patients atteints de démence qui manifestent une détérioration cognitive ou fonctionnelle, recherchez d'autres diagnostics (c.-à-d. ne prenez pas pour acquis qu'il s'agit d'une détérioration de la démence). Ces diagnostics peuvent inclure une dépression ou une infection.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i>
5 Annoncez le diagnostic de démence avec compassion et dans le respect des droits du patient à l'autonomie, à la confidentialité et à la sécurité.	<i>L'approche centrée sur le patient</i> <i>La communication</i>	<i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i>
6 Chez les patients atteints de démence, évaluez l'aptitude. (Ne concluez pas à l'aptitude ou à l'inaptitude sans évaluation.)	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
7 Dans le suivi des patients chez qui on a posé un diagnostic de démence : a) Évaluez périodiquement l'atteinte fonctionnelle et cognitive. b) Planifiez et contribuez aux plans de soins (p. ex. médicaments, prise en charge des troubles comportementaux, les questions touchant la sécurité, les aidants naturels, le niveau des soins, la sécurité automobile et la relocalisation).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le suivi</i> <i>L'examen physique</i> <i>Le traitement</i>
8 Évaluez les besoins et le soutien à accorder aux aidants naturels des patients atteints de démence.	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
9 Déclarez aux autorités appropriées les personnes démentes qui, à votre avis, ne devraient pas conduire.	<i>Le professionnalisme</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>

10	Chez les patients atteints de démence, questionnez l'histoire familiale afin de rechercher des facteurs génétiques de risque (p. ex. maladie de Huntington). Offrez des conseils préventifs aux autres membres de la famille et aidez-les à prendre les décisions appropriées (p. ex. planification familiale).	<i>Le raisonnement clinique L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Les hypothèses L'anamnèse (histoire)</i>
----	---	---	---

Note: La pharmacothérapie spécifique aux toniques mentaux, ou « améliorants cognitifs » (début/arrêt) devrait être évaluée ultérieurement, une fois la controverse complètement apaisée.

Dépression

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient atteint de dépression : a) Évaluez le risque suicidaire. b) Décidez de la prise en charge appropriée (c.-à-d. hospitalisation ou suivi étroit, lesquels seront fonction, par exemple, de la sévérité des symptômes, des caractéristiques psychotiques et du risque suicidaire).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i>
2	Dépistez la dépression afin de poser le diagnostic dans les groupes à risque élevé (p. ex. certains groupes socio-économiques, ceux qui souffrent d'abus de substances, les femmes en postpartum, les individus souffrant de douleurs chroniques, les individus post-infarctus).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i>
3	Chez un patient qui consulte pour de multiples plaintes somatiques pour lesquelles aucune cause organique n'a été identifiée après une investigation appropriée, considérez le diagnostic de dépression et explorez cette possibilité avec le patient.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i>
4	Après avoir posé un diagnostic de dépression, recherchez et diagnostiquez les autres affections psychiatriques coexistantes (p. ex. anxiété, trouble bipolaire, trouble de la personnalité).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i>
5	Chez un patient déprimé, instaurez le traitement approprié : - pharmacothérapie et psychothérapie. - suivi de la réponse au traitement. - ajustement de la médication au besoin (p. ex. augmentation, changement de posologie, changements médicamenteux). - référence si nécessaire.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i> <i>Le suivi</i>
6	Chez un patient qui consulte pour des symptômes compatibles avec une dépression, recherchez et éliminez une pathologie organique grave en procédant à l'anamnèse, l'examen physique et les investigations nécessaires (particulièrement chez les personnes âgées et les patients difficiles).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i>
7	Chez les patients qui consultent pour dépression, informez-vous de la possibilité de : - violence sexuelle, physique et psychologique (passée et actuelle, avec témoins ou infligée). - abus de substances.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Les hypothèses</i>
8	Chez un patient déprimé, différenciez la dépression majeure du trouble d'adaptation, de la dysthymie ou d'une réaction de deuil.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Le diagnostic</i>

9	Advenant un échec au traitement approprié chez un patient déprimé, considérez d'autres diagnostics (p. ex. maladie affective bipolaire, trouble schizo-affectif, maladie organique).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
10	Chez les très jeunes et les personnes âgées qui consultent pour des changements de comportement, envisagez le diagnostic de dépression (puisque la dépression peut se manifester par des symptômes atypiques).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i>

Dermatologie

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

Déshydratation

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

Deuil

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Chez les patients vivant une perte, préparez-les aux différents types de réactions (p. ex. émotionnelles, physiques) qu'ils sont appelés à vivre.	<i>L'approche centrée sur le patient</i> <i>La communication</i>	<i>Le traitement</i>
2	Chez tous les patients en deuil, particulièrement ceux dont la réaction de deuil est prolongée ou anormale, recherchez une dépression ou des idées suicidaires sous-jacentes.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>
3	Chez les très jeunes et les personnes âgées, reconnaissez les réactions de deuil atypiques (p. ex. changements comportementaux).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le diagnostic</i>
4	Chez les patients dont la présentation suggère une réaction de deuil sans évidence de facteur déclenchant, recherchez d'autres facteurs susceptibles d'être uniques au patient (p. ex. mort d'un animal domestique, perte d'emploi).	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>

Diabète

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

Diarrhée

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

Douleur abdominale

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

	a) Assurez un suivi adéquat afin de surveiller l'apparition de nouveaux signes ou symptômes.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le suivi</i>
	b) Traitez de façon symptomatique par une médication et la modification des habitudes de vie (p. ex. pour le syndrome du côlon irritable).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i>	<i>Le traitement</i>
	c) Toujours envisager la possibilité d'un cancer chez un patient à risque.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i>
8	Chez un patient atteint d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MICI), reconnaissez les manifestations extra-digestives (p. ex. uvéite, aphtes bucaux, arthralgies, etc.).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i>

Douleur au cou

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

Douleur thoracique

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

Note: Voir les éléments clés du thème « cardiopathie ischémique ».

Dyslipidémie

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

Dyspepsie

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

Dysurie

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

Empoisonnement

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

Enfants

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lors de l'évaluation des enfants, élaborez un diagnostic différentiel qui tient compte des problèmes médicaux courants susceptibles de se présenter spécifiquement chez les enfants (p. ex. infections urinaires, pneumonie, appendicite, dépression).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>
2	Puisque les enfants, et particulièrement les adolescents, sont généralement peu enclins à consulter pour des soins médicaux, profitez de leurs visites pour vous informer : - des sujets délicats (p. ex. performance scolaire, drogue, sexualité, etc.). - du sentiment de bien-être dans l'environnement social (p. ex. relations, contexte familial, amis). - des facteurs de risque modifiables (p. ex. exercice, alimentation). - des comportements à risque (p. ex. non-utilisation du casque de bicyclette ou de la ceinture de sécurité).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i>
3	Profitez de toutes les occasions pour poser directement des questions sur les comportements à risque (p. ex. usage de drogues, sexualité, tabagisme, conduite automobile) afin de promouvoir la prévention.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i>
4	Chez les adolescents, respectez le droit à la confidentialité. Lorsque approprié, encouragez les adolescents à discuter librement avec les éducateurs ou les intervenants de certains problèmes spécifiques (p. ex. grossesse, dépression et suicide, violence, abus de drogues).	<i>La communication</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>
5	Au moment d'évaluer et de traiter des enfants, utilisez un langage approprié à l'âge.	<i>La communication</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>
6	Dans l'évaluation et le traitement des enfants, obtenez et partagez l'information directement avec eux (c.-à-d. ne vous limitez pas à parler seulement aux parents).	<i>La communication</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i>
7	Lorsqu'il est nécessaire de pousser plus loin l'investigation, ne la limitez pas sur l'argument que les tests puissent être désagréables pour les personnes impliquées (l'enfant, les parents ou les dispensateurs de soins de santé).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Le traitement</i> <i>L'investigation</i>

Épistaxis

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

Étourdissements

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les patients qui consultent pour étourdissements, éliminez les maladies cardiovasculaires, vasculaires cérébrales et autres maladies neurologiques graves (p. ex. arythmie, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>
2 Chez les patients qui consultent pour étourdissements, obtenez une anamnèse détaillée afin de bien les distinguer d'un vertige, d'une présyncope ou d'une syncope.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
3 Chez les patients qui consultent pour étourdissements, recherchez l'hypotension orthostatique.	<i>Le raisonnement clinique L'habileté technique</i>	<i>L'examen physique</i>
4 Examinez minutieusement les patients qui se plaignent d'étourdissements afin d'identifier tout signe neurologique.	<i>Le raisonnement clinique L'habileté technique</i>	<i>L'examen physique Les hypothèses</i>
5 Chez les patients étourdis qui sont hypotendus, éliminez les étiologies sérieuses (p. ex. infarctus du myocarde, anévrisme de l'aorte abdominale, septicémie, saignement gastro-intestinal).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>
6 Chez les patients souffrant d'étourdissements chroniques qui consultent pour un changement de leurs symptômes habituels, procédez à une réévaluation systématique pour éliminer une nouvelle pathologie.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>
7 Chez un patient étourdi, passez en revue la pharmacothérapie (y compris les médicaments sur ordonnance et en vente libre) afin d'identifier une cause réversible de leurs étourdissements.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>
8 Poussez plus loin l'investigation des patients atteints d'étourdissements qui présentent : - des signes ou symptômes de vertige d'origine central. - des antécédents de traumatisme. - des signes, symptômes ou autres raisons (p. ex. anticoagulothérapie) qui laissent soupçonner la possibilité d'une cause sous-jacente grave.	<i>La sélectivité</i>	<i>L'investigation</i>

Examen médical périodique/dépistage

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 Profitez des occasions opportunes pour effectuer l'examen médical périodique de manière proactive (c.-à-d. abordez le maintien de la santé même lorsque les patients consultent pour des préoccupations n'ayant aucun lien).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
2 Adaptez l'examen médical périodique à chaque groupe de patients en fonction de leurs spécificités (c.-à-d. respectez les critères d'inclusion ou d'exclusion pour chacune des manœuvres/interventions, par exemple les critères pour la mammographie et le dosage de l'antigène prostatique spécifique [APS]).	<i>La sélectivité</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'investigation</i> <i>Les hypothèses</i>
3 Lorsque le patient demande à subir un test (p. ex. dosage de l'APS, mammographie) recommandé ou non : a) Informez le patient des avantages et des limites du test de dépistage (c.-à-d. sensibilité et spécificité). b) Donnez vos conseils au patient concernant les implications reliées à l'exécution du test.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i> <i>L'investigation</i> <i>Le traitement</i> <i>L'investigation</i>
4 Maintenez-vous à jour avec les nouvelles recommandations concernant l'examen médical périodique. Évaluez de façon critique leur utilité et leur application à votre pratique.	<i>Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement</i> <i>Le diagnostic</i>

Famille

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 Informez-vous systématiquement de la situation familiale afin de comprendre son impact sur la maladie du patient, ainsi que l'impact de la maladie sur la famille.	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
2 Évaluer la situation familiale : - périodiquement - lors de moments importants dans le cycle de la vie (p. ex. lorsque les enfants quittent le nid familial, après la naissance d'un bébé). lorsque confronté à des problèmes qui demeurent non résolus malgré des interventions thérapeutiques appropriées (p. ex. observance médicamenteuse, fibromyalgie, hypertension).	<i>L'approche centrée sur le patient</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>

Fatigue

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

Fibrillation auriculaire

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

Fièvre

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

Fractures

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

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

Grossesse

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

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

Habitudes de vie

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

Hépatite

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

9	Recherchez périodiquement la présence de complications (p. ex. cirrhose, cancer hépatocellulaire) chez les patients atteints d'hépatite virale chronique, surtout d'une infection par l'hépatite C.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le suivi</i>
---	---	---------------------------------	------------------------------------

Hypertension

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Dépistez l'hypertension.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses L'examen physique</i>
2	Mesurez la tension artérielle en utilisant l'équipement adéquat. Utilisez une technique et l'équipement adéquats pour mesurer la tension artérielle (TA) et la technique appropriée.	<i>L'habileté technique</i>	<i>L'examen physique</i>
3	Posez le diagnostic d'hypertension seulement après des lectures répétées de la TA (c.-à-d. à différents moments lors de visites différentes).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
4	Chez les patients dont le diagnostic d'hypertension est établi, réévaluez périodiquement le risque cardiovasculaire et l'atteinte des organes cibles : a) Obtenez une anamnèse détaillée. b) Effectuez un examen physique approprié. c) Prescrivez les examens de laboratoire appropriés.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>L'examen physique</i> <i>L'investigation</i>
5	Chez les hypertendus à risque (p. ex. jeunes patients nécessitant de multiples médicaments, patients qui ont un souffle abdominal, les patients qui présentent une hypokaliémie en l'absence de diurétiques) : a) Soupçonnez une hypertension secondaire. b) Investiguez-les de façon appropriée.	<i>La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>L'investigation</i> <i>Le traitement</i>
6	Chez les hypertendus, individualisez vos conseils concernant la modification des habitudes de vie (p. ex. perte de poids, exercice, limiter la consommation d'alcool, habitudes alimentaires).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>
7	Lorsque le diagnostic d'hypertension est posé, traitez-la en utilisant la pharmacothérapie appropriée (p. ex. en tenant compte de l'âge du patient, des autres troubles concomitants et des autres facteurs de risque cardiovasculaire).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
8	Devant un patient qui présente les signes et symptômes d'une poussée ou d'une crise hypertensive, posez le diagnostic et traitez promptement.	<i>La sélectivité</i>	<i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i>
9	Chez tous les hypertendus, évaluez, lors des visites de suivi, la réponse au traitement, la compliance médicamenteuse et les effets indésirables.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le suivi</i>

Immigrants

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

Immunisation

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

Incapacité

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

Infections

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

Infections des voies respiratoires supérieures

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

Infections transmises sexuellement

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

Infection urinaire

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

Infertilité

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

Insomnie

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Chez les patients qui consultent pour des problèmes de sommeil, obtenez une anamnèse détaillée afin de : - distinguer l'insomnie des autres troubles reliés au sommeil qui nécessitent un traitement plus spécifique (p. ex. apnée du sommeil, trouble du sommeil NON-REM, syndrome des jambes sans repos, somnambulisme ou parler pendant le sommeil). - évaluer la prise de médicaments (sur ordonnance et en vente libre), de caféine, d'alcool et de drogues. - poser un diagnostic psychiatrique s'il y a lieu.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le diagnostic</i>
2	Lorsque vous évaluez des problèmes de sommeil, obtenez, si possible, la version du partenaire de lit.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
3	Chez tous les insomniaques, donnez vos conseils sur l'hygiène du sommeil (p. ex. limiter la caféine, limiter les siestes diurnes, utiliser la chambre à coucher exclusivement pour le sommeil et les activités sexuelles, utiliser un réveille-matin pour se lever à la même heure chaque jour).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>
4	Chez les patients souffrant d'insomnie, utilisez judicieusement des hypnotiques (p. ex. prescrivez-les si l'insomnie entraîne d'importantes conséquences sur l'autonomie fonctionnelle, ne les prescrivez pas sans indication claire).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>

Lacérations

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

Lombalgie

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1		
<p>Chez le patient qui consulte pour une lombalgie :</p> <p>a) Éliminez les causes graves (p. ex. syndrome de la queue de cheval, pyélonéphrite, rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale, cancer) en obtenant une anamnèse et un examen physique appropriés.</p>	<i>La sélectivité</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>
<p>b) En présence d'une douleur musculo-squelettique, procédez à l'anamnèse et à l'examen physique afin d'établir le diagnostic (et non un diagnostic d'exclusion).</p>	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
2		
<p>Chez le patient atteint d'une lombalgie mécanique :</p> <p>a) Ne surinvestiguez pas pendant la phase aiguë.</p>	<i>Le raisonnement clinique La sélectivité</i>	<i>L'investigation Le traitement</i>
<p>b) Dans vos conseils au patient, mentionnez que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les symptômes peuvent évoluer et que vous assurerez un suivi. -le pronostic est favorable (c.-à-d. que la très grande majorité des cas iront mieux). 	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
3		
<p>Chez un patient atteint d'une lombalgie mécanique, qu'elle soit aiguë ou chronique, offrez une analgésie appropriée et ajustez la posologie en fonction de la douleur du patient.</p>	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
4		
<p>Conseillez au patient souffrant de lombalgie mécanique de consulter s'il développe de nouveaux symptômes ou des symptômes neurologiques.</p>	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le suivi Le traitement</i>
5		
<p>Avec tous les patients souffrant de lombalgie mécanique, discutez des exercices et des stratégies afin de prévenir les récurrences.</p>	<i>Le raisonnement clinique L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>

Maladie chronique

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Chez un patient atteint d'une maladie chronique qui consulte pour des symptômes aigus, diagnostiquez : - les complications aiguës d'une maladie chronique (p. ex. acidocétose diabétique). - les exacerbations aiguës de la maladie (p. ex. exacerbation d'asthme, d'arthrite). - une nouvelle affection, sans lien avec la maladie chronique.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
2	Réévaluez régulièrement la compliance au plan de traitement (y compris les médicaments).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire) Le suivi</i>
3	Chez les patients atteints de maladie chronique : a) Informez-vous de la présence de douleur. b) Traitez de façon appropriée en : - ajustant la médication en fonction de l'intensité de la douleur. - tenant compte des autres traitements et affections (p. ex. surveillance des interactions). - tenant compte du traitement non pharmacologique et des autres thérapies adjuvantes.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement Les hypothèses</i>
4	Chez les patients atteints de maladie chronique, informez-vous activement : - de l'impact psychologique du diagnostic et du traitement. - des répercussions au niveau de l'autonomie fonctionnelle. - de la possibilité d'une dépression sous-jacente ou du risque suicidaire. - d'un abus de substances sous-jacent.	<i>L'approche centrée sur le patient</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
5	Chez un patient non compliant à son traitement, explorez-en les raisons. Tentez d'améliorer la compliance au plan de traitement.	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

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

Note: voir les éléments clés du thème « cessation du tabagisme ».

Masse au sein

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

Mauvaises nouvelles

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 Avant d'annoncer une mauvaise nouvelle, assurez-vous que le contexte est approprié. Garantisiez au patient le droit à la confidentialité.	<i>L'approche centrée sur le patient La communication</i>	<i>Le traitement</i>
2 Annoncez les mauvaises nouvelles : - de manière empathique et compatissante. - en allouant sagement de temps. - en offrant un service de traduction, si nécessaire.	<i>La communication</i>	<i>Le traitement</i>
3 Obtenez le consentement du patient avant d'impliquer la famille.	<i>L'approche centrée sur le patient Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement</i>
4 Après avoir annoncé de mauvaises nouvelles, organisez un suivi pour en évaluer l'impact et le niveau de compréhension.	<i>L'approche centrée sur le patient La communication</i>	<i>Le suivi</i>

Médecine des voyages

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

Méningite

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

Ménopause

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Recherchez les symptômes de ménopause (p. ex. bouffées de chaleur, changements de la libido, sécheresse vaginale, incontinence urinaire ou changements psychologiques).	<i>Le raisonnement clinique L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire) Les hypothèses</i>
2	Lorsqu'une patiente présente les symptômes typiques de la ménopause, posez le diagnostic sans prescrire de tests. (Ce diagnostic est clinique et les tests ne sont pas nécessaires.)	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
3	Lorsqu'une patiente présente des symptômes atypiques de ménopause (p. ex. perte de poids, sang dans les selles), éliminez, toute autre pathologie grave par une bonne anamnèse et l'utilisation des tests, au besoin.	<i>La sélectivité</i>	<i>Les hypothèses L'anamnèse (histoire)</i>
4	Chez une patiente qui présente des symptômes de ménopause mais chez qui les résultats des tests ne confirment pas ce diagnostic, n'éliminez pas la possibilité d'une ménopause sur la seule base de ces résultats.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic</i>
5	Lorsqu'une patiente présente des contre-indications à l'hormonothérapie (HTS), ou qu'elle fait le choix de ne pas en prendre : Explorez les autres options thérapeutiques et recommandez d'autres alternatives qui sont appropriés.	<i>Le raisonnement clinique L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>
6	Chez les femmes ménopausées ou en période de périménopause : a) Informez-vous spécifiquement sur l'utilisation de produits naturels ou de plantes médicinales. b) Mentionnez-leur les effets et les dangers potentiels (c.-à-d. avantages et inconvénients) des produits naturels ou des plantes médicinales, ainsi que leurs interactions.	<i>Le raisonnement clinique La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i>
7	Chez les femmes ménopausées ou en période de périménopause, renseignez les sur les recommandations concernant le dépistage et la prévention de certains problèmes de santé (p. ex. tests pour l'ostéoporose, mammographie).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
8	Utilisez l'anamnèse pour établir les risques et les avantages de l'hormonothérapie substitutive.	<i>Le raisonnement clinique La sélectivité</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>

Nouveau-né

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

Obésité

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

Oeil rouge

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

-
- 9 Chez les patients atteints d'iritis, recherchez des causes systémiques sous-jacentes (p. ex. maladie de Crohn, lupus érythémateux, spondylite ankylosante).
-

Le raisonnement clinique Les hypothèses

Ostéoporose

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

Otalgie

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

Note: voir les éléments clés du thème « fièvre ».

Parkinsonisme

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

Patient difficile

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

Personnes âgées

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Chez le patient âgé qui prend plusieurs médicaments, évitez la pharmacologie : - en surveillant les effets indésirables. - en révisant périodiquement la médication (p. ex. la médication est-elle toujours indiquée? La posologie est-elle appropriée?). - en surveillant les interactions médicamenteuses.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i> <i>Le suivi</i>
2	Chez le patient âgé, informez-vous de l'utilisation de médicaments sans ordonnance (p. ex. plantes médicinales, pastilles contre la toux, médicaments en vente libre, vitamines).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
3	Chez le patient âgé, dépistez les facteurs de risque modifiables (p. ex. trouble visuel, atteinte auditive) afin de promouvoir la sécurité et l'autonomie fonctionnelle.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Les hypothèses</i>
4	Chez le patient âgé, évaluez l'état fonctionnel afin : - d'anticiper et de discuter du besoin éventuel d'apporter des changements à l'environnement. - de vous assurer que le soutien social est adéquat.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>
5	Chez les personnes âgées le mode de présentation des maladies peut être atypique, n'excluez pas ces maladies sans avoir préalablement effectué une évaluation minutieuse (p. ex. pneumonie, appendicite, dépression).	<i>La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i>

Perte de connaissance

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

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

Perte de poids

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

Pneumonie

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

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

Problèmes médicaux multiples

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsque les raisons de consultation sont multiples, (p. ex. avec plusieurs symptômes, problèmes ou diagnostics), obtenez une anamnèse appropriée afin de déterminer la raison principale de la consultation.	<i>La sélectivité Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
2	Lorsque les raisons de consultation sont multiples, établissez une liste des problèmes par priorité afin d'élaborer un plan de soins sur lequel vous-même et le patient serez d'accord (c.-à-d. déterminer un terrain d'entente).	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>
3	Lorsque les raisons de consultation sont multiples (et/ou visites), songez à une dépression sous-jacente, à l'anxiété ou à l'abus (p. ex. physique, médicamenteux, ou abus de drogues) comme cause des malaises, tout en poursuivant votre recherche d'une pathologie organique sous-jacente.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>
4	Devant un patient présentant de multiples affections médicales, évaluez périodiquement la présence de symptômes dépressifs, puisque ces patients sont particulièrement à risque de dépression secondaire.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses L'anamnèse (histoire)</i>
5	Périodiquement, réviser et réévaluez la prise en charge des patients affligés de problèmes médicaux multiples afin de : - simplifier la prise en charge (pharmacologique et autre). - limiter la polypharmacologie. - minimiser les interactions médicamenteuses potentielles. - mettre à jour les alternatives thérapeutiques (p. ex. changements des lignes directrices ou de la situation du patients).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement Le suivi</i>
6	Chez les patients ayant des problèmes médicaux et des visites multiples alors que les symptômes demeurent inchangés, fixez des limites aux consultations lorsque nécessaire (p. ex. limitez la durée et la fréquence des visites).	<i>L'approche centrée sur le patient Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement Le suivi</i>

Problèmes propres à chaque sexe

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

Prostate

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

Réanimation cardio-respiratoire

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

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

Saignement gastro-intestinal

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez un patient qui a du sang dans ses selles et dont l'état hémodynamique est instable, tenez compte des antécédents pour distinguer entre un saignement gastro-intestinal supérieur et un saignement inférieur, car l'examen sera alors différent.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic L'anamnèse (histoire)</i>
2 Chez un patient chez qui vous soupçonnez la présence de sang dans les selles, explorez d'autres causes possibles (p. ex. ingestion de betteraves, de fer, de Pepto-Bismol) avant de procéder à un examen général.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses L'anamnèse (histoire)</i>
3 Recherchez les patients à risque plus élevé de saignement GI (p. ex. saignement GI antérieur, séjour aux soins intensifs, anti-inflammatoires non stéroïdiens, alcool) afin de modifier le traitement pour diminuer le risque de saignement GI (p. ex. cytoprotection).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses L'anamnèse (histoire)</i>
4 Chez les patients souffrant d'un saignement GI évident, identifiez ceux qui pourraient nécessiter un traitement en temps opportun même s'ils ne sont pas encore en état de choc.	<i>Le raisonnement clinique La sélectivité</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>
5 Chez un patient stable atteint d'un saignement GI inférieur, recherchez des causes sérieuses (p. ex. tumeur, maladie intestinale inflammatoire, ulcère, varices) même quand le saignement semble avoir une cause évidente (p. ex. n'attribuez pas un saignement rectal aux hémorroïdes ou à un anticoagulant oral).	<i>Le raisonnement clinique La sélectivité</i>	<i>Les hypothèses</i>
6 Chez un patient souffrant d'un saignement GI supérieur : a) incluez le saignement de varices dans votre diagnostic différentiel; b) utilisez les antécédents et l'examen physique pour évaluer la probabilité d'un saignement variqueux, car sa prise en charge est différente.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>L'anamnèse (histoire) L'examen physique</i>

Saignement vaginal

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

Schizophrénie

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les adolescents qui consultent pour des problèmes de comportement, n'oubliez pas d'inclure la schizophrénie dans le diagnostic différentiel.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>
2 Chez les schizophrènes « apparemment » stables (c.-à-d. ceux dont la psychose est encapsulée), questionner, à chaque visite, de façon structurée, les symptômes positifs ou négatifs, l'autonomie au niveau des activités de la vie quotidienne, ainsi que le niveau de fonctionnement social; - cherchez à obtenir des informations collatérales des membres de la famille, des autres soignants ou intervenants afin d'en arriver à une évaluation plus complète des symptômes et de l'état fonctionnel; - documentez spécifiquement la capacité d'accepter ou de refuser un traitement; - idées suicidaires ou de meurtre, ainsi que le risque de violence; - compliance médicamenteuse et effets indésirables.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le suivi</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>
3 Chez tous les patients qui présentent des symptômes psychotiques, informez-vous de l'utilisation ou de l'abus de substances.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
4 Considérez la possibilité d'un abus de substances et recherchez-la chez les schizophrènes, puisqu'il s'agit d'une population à risque.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>
5 Chez les schizophrènes, évaluez et traitez l'abus de substances de façon appropriée.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
6 Chez les patients dont la schizophrénie est décompensée, déterminez : - si l'abus de substances est un facteur contributif. - le rôle de la compliance médicamenteuse et les problèmes liés aux effets indésirables. - si les soutiens psychosociaux ont changé	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Les hypothèses</i>
7 Diagnostiquez et traitez toute complication ou effet indésirable sérieux relié à la médication antipsychotique (p. ex. syndrome neuroleptique malin, dyskinésie tardive).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i> <i>Le diagnostic</i>
8 Dans le plan de traitement des patients schizophrènes, incluez les aspects psychosociaux (p. ex. secours-logement, soutien familial, questions relatives aux personnes handicapées, réadaptation professionnelle).	<i>L'approche centrée sur le patient</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>

Sexualité

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1	Particulièrement chez les femmes enceintes, les adolescents et les femmes périménopausées : a) Informez-vous de la sexualité (p. ex. sexualité normale, pratiques sexuelles sans risque, contraception, orientation sexuelle et dysfonction sexuelle). b) Donnez vos conseils sur la sexualité (p. ex. sexualité normale, pratiques sexuelles sans risque, contraception, orientation sexuelle et dysfonction sexuelle).	<i>L'approche centrée sur le patient</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
2	Dépistez les patients à haut risque (p. ex. antécédents d'infarctus du myocarde, diabète, maladies chroniques) pour rechercher une dysfonction sexuelle, et questionnez les autres lorsque approprié (p. ex. pendant l'examen médical périodique).	<i>La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>
3	Chez les patients qui consultent pour dysfonction sexuelle, identifiez les caractéristiques qui suggèrent une cause organique ou non organique.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>
4	Chez les patients dont la cause probable de dysfonction sexuelle est identifiée, traitez la dysfonction sexuelle de façon appropriée.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
5	Chez les patients dont la dysfonction sexuelle est identifiée, informez-vous de la qualité des aspects relationnels avec le partenaire.	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>

Soins du nourrisson

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Mesurez et inscrivez à chacune des visites les paramètres de la croissance sur un graphique : taille, poids et périmètre cranien. Examinez les systèmes appropriés aux âges appropriés, en utilisant une feuille de suivi de l'examen médical périodique pédiatrique basée sur des données probantes (p.ex. le <i>Rourke Baby Record</i>).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'habileté technique</i>	<i>L'examen physique</i>
2	Modifiez la routine du calendrier de vaccination pour accommoder certains besoins particuliers (p. ex. les immunocompromis, les allergiques).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Le traitement</i>
3	Donnez vos conseils sur l'allaitement maternel (p. ex. sevrage, retour au travail, habitudes de sommeil) au-delà de la période néonatale afin de promouvoir l'allaitement au sein aussi longtemps que désiré.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i>
4	À chaque rencontre, donnez aux parents vos conseils sur certains éléments importants (p. ex. habitudes alimentaires, développement, immunisation, trucs utiles pour les parents, posologie antipyrétique, sécurité).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
5	Informez-vous de l'adaptation de la famille à l'enfant (p. ex. interactions entre frères et sœurs, changements au niveau des rôles des deux parents, implication de la famille élargie).	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
6	Lorsque les parents sont réticents à faire vacciner leurs enfants, discutez des éléments suivants afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée : - leur compréhension de la vaccination. - les conséquences de ne pas faire vacciner (p. ex. rubéole congénitale, décès). - la sécurité des enfants non vaccinés (p. ex. aucun voyage dans le Tiers Monde).	<i>L'approche centrée sur le patient</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>
7	Lorsque les innovations récentes (p. ex. nouveaux vaccins) et les recommandations (p. ex. alimentation de l'enfant, circoncision) sont conflictuelles et qu'il n'existe pas de lignes directrices, discutez de ces informations avec les parents de façon non biaisée afin de les aider à prendre une décision éclairée.	<i>Le professionnalisme</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>

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

Soins palliatifs

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

Somatisation

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les patients dont les symptômes physiques sont récurrents, ne concluez pas à un diagnostic de somatisation avant de procéder à une investigation adéquate pour éliminer toute affection médicale ou psychiatrique (p. ex. dépression).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le diagnostic Les hypothèses</i>
2 Ne présumez pas que la somatisation est la cause des nouveaux symptômes ou de ceux qui persistent chez des patients déjà diagnostiqués comme atteints d'un trouble de somatisation. Réévaluez périodiquement le besoin de pousser plus loin ou de répéter les investigations chez ces patients.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>
3 Reconnaissez le vécu de la maladie des patients atteints d'un trouble de somatisation et tentez de trouver un terrain d'entente avec eux concernant le diagnostic et le traitement, y compris les investigations. Il s'agit habituellement d'un projet à long terme et on devrait le planifier comme tel.	<i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement Le suivi</i>
4 Chez les patients qui somatisent, informez-vous des traitements essayés. Suggérez des thérapies qui peuvent apporter un soulagement symptomatique, et/ou aidez-les à s'adapter à leurs symptômes (p. ex. biofeedback, acupuncture, ou naturopathie).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement L'anamnèse (histoire)</i>

Stress

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

Suicide

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 Chez tout patient atteint de maladie mentale (c.-à-d. non seulement chez les patients déprimés), recherchez activement les idées suicidaires (p. ex. idées, pensées, plan précis).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
2 Devant un patient suicidaire, évaluez le degré de risque (p. ex. pensées, plans précis, accès à des moyens) afin de déterminer une intervention et un plan de suivi appropriés (p. ex. hospitalisation immédiate, y compris une hospitalisation involontaire; suivi en externe; référence pour counselling).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i>
3 Suivez en externe les patients à faible risque, mais donnez des instructions précises pour le suivi si les idées suicidaires progressent ou se détériorent (p. ex. consultation à l'urgence, numéro d'urgence en cas de crise, demander un rendez-vous).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i> <i>Le suivi</i>
4 Chez un patient suicidaire qui consulte à l'urgence pour surdose de drogues ou intoxication médicamenteuse, procédez toujours au dépistage d'une intoxication à l'acide acétylsalicylique ou à l'acétaminophène; celles-ci sont fréquentes, dangereuses et fréquemment négligées.*	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'investigation</i>
5 Chez les traumatisés, n'oubliez pas d'inclure une tentative de suicide comme facteur précipitant.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>

*Note: * voir les éléments clés du thème « Intoxications » (à venir).*

Thérapie de support ou psychothérapie

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 Chez les patients préoccupés par leur santé mentale, explorez le rôle de la thérapie de support dans la prise en charge du problème. (L'intervention ne se limite pas seulement aux médicaments.)	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i>	<i>Le traitement</i>
2 Lorsque vous référez le patient ou décidez d'offrir vous-même la thérapie de support : a) Accordez-vous suffisamment de temps pour évaluer le patient. b) Identifiez le contexte du patient et assurez-vous de bien comprendre son problème ou sa situation. c) Évaluez vos propres habiletés. (Le problème dépasse-t-il les limites de vos compétences?) d) Reconnaissez la situation lorsque vos croyances peuvent interférer dans la relation thérapeutique.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i> <i>Le professionnalisme</i> <i>Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement</i> <i>Le traitement</i> <i>Le traitement</i> <i>Le traitement</i>
3 Lorsque vous offrez une psychothérapie, accordez-vous suffisamment de temps.	<i>Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement</i>
4 Lorsque vous offrez une thérapie de support, reconnaissez les limites de la relation d'aide (p. ex. transfert, contre-transfert) ou vos limites personnelles (le problème est plus complexe qu'anticipé au départ); ceci devrait vous inciter à réévaluer votre rôle.	<i>Le professionnalisme</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>

Thrombose veineuse profonde

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

Thyroïde

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

Note: Ce thème ne couvre pas les nodules thyroïdiens.

Toux

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

Traumatisme

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Évaluez et stabilisez les victimes de traumatismes avec une approche systématique, en anticipant les complications et en effectuant l'examen primaire et secondaire.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement L'examen physique</i>
2	Anticipez, identifiez et débutez immédiatement le traitement des complications qui mettent la vie du patient en danger (p. ex. pneumothorax sous tension, tamponnade).	<i>La sélectivité</i>	<i>Le traitement Le diagnostic</i>
3	Devant plusieurs patients polytraumatisés, procédez au triage en fonction des ressources et des priorités de traitement.	<i>La sélectivité</i>	<i>Le traitement</i>
4	Chez les victimes de traumatismes, assurez la perméabilité des voies respiratoires (p. ex. sécurisez la colonne cervicale, utilisez une sédation consciente, reconnaissez les airways difficiles, prévoyez les alternatives du airway difficile tel une crico-thyréostomie).	<i>Le raisonnement clinique La sélectivité</i>	<i>Le traitement Les hypothèses</i>
5	Chez le patient qui présente des signes et symptômes de choc : a) Reconnaissez le choc. b) Définissez-en le type (neurogène, hypovolémique, septique) et la sévérité. c) Traitez efficacement le choc.	<i>Le raisonnement clinique La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique La sélectivité</i> <i>Le raisonnement clinique La sélectivité</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i> <i>L'examen physique Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i>
6	Chez les victimes de traumatismes, recherchez une hypothermie dès l'arrivée et subséquemment (puisqu'elle peut se développer pendant le traitement).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses L'examen physique</i>
7	Soupçonnez certains problèmes médicaux (p. ex. convulsions, intoxication médicamenteuse ou par des drogues, hypoglycémie, tentative de suicide) comme la cause précipitante du traumatisme.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>
8	Ne déplacez pas des patients potentiellement instables de la salle de stabilisation vers la salle d'investigation (p. ex. tomodensitométrie, examen radiologique).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement L'investigation</i>
9	Déterminez le moment où le transfert du patient est nécessaire (p. ex. saignement au niveau du système nerveux central, absence de soutien spécialisé).	<i>La sélectivité Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement Référer en consultation</i>
10	Transférez les patients de façon appropriée (c.-à-d. stabilisez-les avant le transfert et choisissez le moyen de transfert, p. ex. ambulance ou avion).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement Référer en consultation</i>

11	Profitez des occasions propices pour donner vos conseils afin de prévenir ou de minimiser les traumatismes (p. ex. ne conduisez pas en état d'ébriété, utilisez les ceintures et les casques de sécurité).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
12	Chez les enfants victimes de blessures d'origine traumatique, éliminez la violence. (Évaluez minutieusement le mécanisme déclaré de la blessure et assurez-vous qu'il correspond véritablement à la blessure).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Le diagnostic</i> <i>Les hypothèses</i>

Trouble de comportement chez l'enfant

<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
<p>1</p> <p>Puisque les problèmes comportementaux des enfants sont souvent multifactoriels, élaborer un vaste diagnostic différentiel et évaluer tous les facteurs étiologiques potentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherchez des affections médicales (p. ex. atteinte auditive, dépression, autres diagnostics psychiatriques, autres problèmes médicaux). - Recherchez des facteurs psychosociaux (p. ex. violence, abus de substance, conflits familiaux, difficultés avec les pairs, attentes parentales). - Établissez que la cause n'est pas due à un trouble déficitaire de l'attention (TDA) (p. ex. troubles d'apprentissage, trouble du spectre de l'autisme, trouble des conduites). 	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>
<p>2</p> <p>Lorsque vous obtenez l'anamnèse des problèmes comportementaux d'un enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demandez à l'enfant de vous décrire sa perception de la situation. - Faites appel à de multiples sources d'information (p. ex. école, garderie). 	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
<p>3</p> <p>Lorsque vous traitez les problèmes comportementaux d'un enfant chez qui une médication est indiquée, ne limitez pas votre traitement seulement à la médication; considérez les autres dimensions du problème (p. ex. ne vous limitez pas seulement aux amphétamines pour traiter le TDA, mais ajoutez l'enseignement des habiletés sociales, la gestion du temps, etc.).</p>	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Le traitement</i>
<p>4</p> <p>Lorsque vous évaluez les problèmes comportementaux d'un adolescent, utilisez une approche systématique et structurée pour arriver à un diagnostic précis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherchez spécifiquement l'abus de substance, les relations avec les pairs et les autres facteurs de stress. - Recherchez d'autres problèmes médicaux (maladie affective bipolaire, schizophrénie). - Ne vous limitez pas à dire que le problème « fait partie de l'adolescence ». 	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>
<p>5</p> <p>Chez les patients âgés souffrant de démence, n'attribuez pas les problèmes comportementaux à la démence sans évaluer d'autres facteurs étiologiques (p. ex. effets indésirables ou interactions médicamenteuses, affections médicales traitables, infection ou dépression).</p>	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses Le diagnostic</i>

Note: voir également les éléments clés du thème « démence ».

Trouble de la personnalité

<i>Élément clé</i>	<i>Habilitété</i>	<i>Phase</i>
1 Établissez clairement des limites et maintenez-les lorsque vous prenez charge de patients atteints de trouble de la personnalité. Par exemple, fixez des limites pour : - la durée du rendez-vous. - l'ordonnance des médicaments. - votre disponibilité.	<i>Le professionnalisme</i> <i>La communication</i>	<i>Le traitement</i> <i>Le suivi</i>
2 Chez un patient atteint de trouble de la personnalité qui consulte pour une évaluation de nouveaux symptômes ou de changement de sa symptomatologie habituelle, réévaluez vos diagnostics médicaux et psychiatriques. (Les patients atteints de troubles de la personnalité peuvent également développer des affections médicales et psychiatriques).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>
3 Identifiez et tentez de limiter l'impact de vos sentiments personnels (p. ex. colère, frustration) lorsque vous traitez des patients atteints de trouble de la personnalité (p. ex. gardez votre concentration, n'ignorez pas les symptômes dont se plaint le patient).	<i>Le professionnalisme</i> <i>La communication</i>	<i>Le traitement</i>
4 Chez un patient atteint d'un trouble de la personnalité, limitez l'utilisation des benzodiazépines. Utilisez-les judicieusement lorsque nécessaire.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Le traitement</i>
5 Lorsque vous voyez un patient chez qui d'autres ont déjà identifié un trouble de la personnalité, évaluez vous-même cette personne parce qu'il peut s'agir d'un diagnostic erroné et que l'attribution d'une étiquette peut avoir des répercussions importantes.	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i>	<i>Le diagnostic</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i>

Troubles des conduites alimentaires

	<i>Élément clé</i>	<i>Habilité</i>	<i>Phase</i>
1	Lorsque les adolescents consultent, profitez-en pour évaluer leur risque de présenter un trouble de conduites alimentaires (p. ex. altération de la perception du schéma corporel, frénésie alimentaire, les danseurs, les gymnastes, les modèles, etc. présentent un risque plus élevé); c'est peut-être la seule occasion de procéder au dépistage.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
2	Lorsque vous posez un diagnostic de trouble de conduite alimentaire, obtenez une anamnèse complète pour bien différencier l'anorexie mentale de la boulimie, puisque le traitement et le pronostic sont différents.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire)</i>
3	Chez un patient atteint d'un trouble de conduite alimentaire, identifiez certaines co-morbidités psychiatriques coexistantes (p. ex. dépression, trouble de la personnalité, trouble obsessionnel-compulsif, trouble anxieux).	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses L'anamnèse (histoire)</i>
4	Dans la prise en charge d'un patient atteint d'un trouble de conduite alimentaire, utilisez une approche multidisciplinaire (p. ex. travaillez avec un psychiatre, un psychologue, une diététicienne).	<i>Le raisonnement clinique Le professionnalisme</i>	<i>Le traitement Référer en consultation</i>
5	Lorsque vous évaluez un patient qui présente un défi diagnostique (p. ex. arythmie sans cardiopathie, déséquilibre électrolytique en l'absence d'utilisation de médicament ou d'insuffisance rénale, aménorrhée en l'absence de grossesse), incluez « complication d'un trouble des conduites alimentaires » dans votre diagnostic différentiel.	<i>Le raisonnement clinique</i>	<i>Les hypothèses</i>
6	Dans le suivi d'un patient atteint d'un trouble des conduites alimentaires : a) Recherchez périodiquement la présence de complications (p. ex. caries dentaires, aménorrhée, déséquilibre électrolytique). b) Évaluez le niveau d'activité de la maladie (p. ex. en notant les habitudes alimentaires, l'exercice, l'usage de laxatifs).	<i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i>	<i>L'anamnèse (histoire) Le diagnostic</i> <i>Les hypothèses</i>

Vaginite

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

Viol/agression sexuelle

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

Violence familiale (sexuelle, physique, psychologique)

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

Note: La violence familiale vécue pendant l'enfance peut influencer la vie adulte (c.-à-d. que la violence familiale peut avoir un impact à long terme sur les autres problèmes qui surviennent).

Violence/patient agressif

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

Bibliographie :

Ce sont les principales références utilisées durant ce travail. Elles n'ont pas été citées directement comme source de référence dans le texte afin de ne pas nuire à la lecture du texte dans le format actuel. Elles sont affichées par ordre alphabétique par auteur.

Accreditation Council on Graduate Medical Education (1999). ACGME Outcomes Project, Accreditation Council on Graduate Medical Education.

Albanese, M., G. Mejicano, et al. (2008). "Defining characteristics of educational competencies." Med Educ **42**: 248-255. [PubMed](#)

Allen, J., B. Gay, et al. (2002). "The European Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice: The role of the GP and core competencies." British Journal of General Practice **52**(479): 526-527. [Full text](#)

Allen, T. (2005). A comparison of the performance of an oral certification examination of clinical reasoning skills in emergency medicine with the performances of similar North American examinations. Faculté des sciences de l'éducation. Québec, Université Laval, Québec. Masters thesis: 92 pages.

Allen, T. and G. Bordage (1987). "Diagnostic Errors in Emergency Medicine: a Consequence of Inadequate Knowledge, Faulty Data Interpretation , or Case Type?" Ann Emerg Med **16**(4): 506.

Allen, T. and G. Bordage (1992). Key Features: an Effective Guide for the Assessment of Patient Management Skills. Approaches to the Assessment of Clinical Competence. The 5th Ottawa Conference on Assessing Clinical Competence, Dundee, Scotland, Centre for Medical Education, Dundee.

Allen, T., Brailovsky C, et al. (2002). Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: the dimensions of competence and the priority topics for assessment, College of Family Physicians of Canada.

Arnold, L. (2002). "Assessing professional behavior: Yesterday, today, and tomorrow." Academic Medicine **77**(6): 502-515. [PubMed](#)

Arnold, L. (2006). "Responding to the professionalism of learners and faculty in orthopaedic surgery." Clinical Orthopaedics and Related Research(449): 205-213. [PubMed](#)

Barrows, H. J. and J. Feightner (1978). Analysis of the Clinical methods of Medical Students and Physicians: a report submitted to the Ontario Department of Health and PSI Inc. Foundation. Hamilton, Ontario, MacMaster University.

- Beaumier, A., G. Bordage, et al. (1992). "Nature of the clinical difficulties of first-year family medicine residents under direct observation." CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne **146**(4): 489-497. [Full text](#)
- Berner, E. and T. Bligh (1977). "An Indication for a Process Dimension in Medical Problem Solving." Med Educ **11**: 324-328. [PubMed](#)
- Bogdan, R. and S. Biklen (1998). Qualitative Research in Education: an introduction the theory and methods. Boston, Allyn & Bacon.
- Bordage, G. (1994). "Elaborated knowledge: a key to successful diagnostic thinking." Academic Medicine **69**(11): 883-885. [PubMed](#)
- Bordage, G. (1994). Where's the History and Physical: the 1994 John P Hubbard Award Address. Philadelphia, National Board of Medical Examiners
- Bordage, G. (1999). "Why did I miss the diagnosis? Some cognitive explanations and educational implications." Academic Medicine , **74**(10 Suppl): S138-43. [PubMed](#)
- Bordage, G., C. Brailovsky, et al. (1995). "Content validation of key features on a national examination of clinical decision-making skills." Academic Medicine , **70**(4): 276-281. [PubMed](#)
- Bordage, G. and M. Lemieux (1991). "Semantic structures and diagnostic thinking of experts and novices." Academic Medicine , **66**(9 Suppl): S70-2. [PubMed](#)
- Bordage, G. and G. Page (1987). An Alternative Approach to PMP's: the "key features" concept. Further Developments in Assessing Clinical Competence. The Second Ottawa Conference on Assessing Clinical Competence. Anonymous. Ottawa, Can-Heal Publications.
- Bordage, G. and R. Zacks (1984). "The structure of medical knowledge in the memories of medical students and general practitioners: categories and prototypes." Medical Education **18**(6): 406-416. [PubMed](#)
- Brinkman, W. B., S. R. Geraghty, et al. (2006). "Evaluation of resident communication skills and professionalism: A matter of perspective?" Pediatrics **118**(4): 1371-1379. [Full text](#)
- Challis, M. (1999). "Portfolio-based learning and assessment in medical education." Medical Teacher **21**: 370-386.
- Chang, R. W., G. Bordage, et al. (1998). "The importance of early problem representation during case presentations." Academic Medicine , **73**(10 Suppl): S109-11. [PubMed](#)

- College of Family Physicians of Canada (2006). Standards for accreditation of residency training programs: family medicine; emergency medicine; enhanced skills; palliative medicine. Mississauga, ON, College of Family Physicians of Canada. [Full text](#)
- Cruess, R. L. and S. R. Cruess (1997). "Professionalism and accreditation - One must accompany the other." Education for Health **10**(2): 147-152.
- Cruess, R. L. and S. R. Cruess (2006). "Teaching professionalism: General principles." Medical Teacher **28**(3): 205-208. [PubMed](#)
- Cruess, S. R., S. Johnston, et al. (2004). "'Profession': a working definition for medical educators." Teaching and Learning in Medicine **16**(1): 74-76. [PubMed](#)
- Duffy, F. D., G. H. Gordon, et al. (2004). "Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report." Academic Medicine **79**(6): 495-507. [PubMed](#)
- Ekwo, E. (1977). An Analysis of the Problem Solving Process of Third Year Medical Students. 16th Annual Conference on Research in Medical Education, Washington, DC.
- Elstein, A. S. (1999). "Heuristics and biases: selected errors in clinical reasoning." Academic Medicine, **74**(7): 791-794. [PubMed](#)
- Elstein, A. S., N. Kagan, et al. (1972). "Methods and theory in the study of medical inquiry." Journal of medical education **47**(2): 85-92. [PubMed](#)
- Elstein, A. S., L. S. Shulman, et al. (1979). Medical problem solving :an analysis of clinical reasoning. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Epstein, R. M. and E. M. Hundert (2002). "Defining and assessing professional competence." JAMA : the journal of the American Medical Association **287**(2): 226-235. [Full text](#)
- Farmer, E., Page G (2005). "A practical guide to assessing clinical decision-making skills using the key features approach." Med Educ **39**: 1188-1194. [PubMed](#)
- Farmer, E. A. and J. Hinchy (2005). "Assessing general practice clinical decision making skills: the key features approach." Australian family physician. **34**(12): 1059-1061. [Full text](#)
- Feltovich, P. and H. Barrows (1984). Issues of Generality in Medical Problem Solving. Assen/Maastricht, Van Gorcum.
- Friedman, M. H., K. J. Connell, et al. (1998). "Medical student errors in making a diagnosis." Academic Medicine. **73**(10 Suppl): S19-21. [PubMed](#)
- Grant, J. and P. Marsden (1987). "The structure of memorized knowledge in students and clinicians: an explanation for diagnostic expertise." Medical Education **21**(2): 92-98. [PubMed](#)

- Harasym, P. and F. Alexander (1979). The Underlying Structure of Clinical Problem Solving: Process or Content? 18th Annual Conference on Research in Medical Education, Washington, DC.
- Hatala, R. N. G. (2002). "Adapting the key features examination for a clinical clerkship." Med Educ **36**: 160-165. [PubMed](#)
- Hobgood, C. D., R. J. Riviello, et al. (2002). "Assessment of communication and interpersonal skills competencies." Academic Medicine , **9**(11): 1257-1269. [PubMed](#)
- James, L. (1969). Prolegomena to a Theory of Communicative Competence, Center for Comparative Psycholinguistics, University of Illinois.
- Juul, D. H., M. J. Noe, et al. (1979). "A factor analytic study of branching patient management problems." Medical Education **13**(3): 199-205. [PubMed](#)
- Kalet, A. L., R. Janicik, et al. (2005). "Teaching Communication Skills on the Surgery Clerkship." Med Educ Online **10**(16): 1-8. [Full text](#)
- Kaplan, C. B., B. Siegel, et al. (1997). "Communication and the medical interview. Strategies for learning and teaching." Journal of general internal medicine : official journal of the Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine **12 Suppl 2**: S49-55. [Full text](#)
- Kassirer, J. P. (1989). "Diagnostic reasoning." Annals of Internal Medicine **110**(11): 893-900. [PubMed](#)
- Kassirer, J. P. and G. A. Gorry (1978). "Clinical problem solving: a behavioral analysis." Annals of Internal Medicine **89**(2): 245-255. [PubMed](#)
- Keely, E., K. Myers, et al. (2002). "Can written communication skills be tested in an objective structured clinical examination format?" Academic Medicine , **77**(1): 82-86. [PubMed](#)
- Kruger, J. and D. Dunning (1999). "Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments." Journal of personality and social psychology **77**(6): 1121-1134. [PubMed](#)
- Lawrence, K., T. Allen, et al. (2009). Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: a key feature approach, College of Family Physicians of Canada.
- Lederman, L. (1990). "Assessing educational effectiveness: the focus group interview as a technique for data collection." Communication Education **38**: 117-127.
- Leung, W. C. (2002). "Competency based medical training: Review." British Medical Journal **325**(7366): 693-695. [Full text](#)
- Levine, H. and C. McGuire (1970). "The Validity and the Reliability of Oral Examinations in Assessing Cognitive Skills in Medicine." Journal of Educational measurement **7**: 63-73.

- Levine, H. G. and C. H. McGuire (1970). "The use of role-playing to evaluate affective skills in medicine." Journal of medical education **45**(9): 700-705. [PubMed](#)
- Marshall, M. N. (1996). "Sampling for qualitative research." Family Practice **13**(6): 522-525. [Full text](#)
- McWhinney, I. R. (1972). "Problem-solving and decision-making in primary medical practice." Canadian Family Physician **18**: 109. [Full text](#)
- McWhinney, I. R. (1979). "Problem-Solving and Decision-Making in Family Practice." Canadian Family Physician **25**: 1473-1477. [Full text](#)
- Miller, G. E. (1990). "The assessment of clinical skills/competence/performance." Academic Medicine. **65**(9 Suppl): S63-7. [PubMed](#)
- Neufeld, V. R., R. F. Maudsley, et al. (1998). "Educating future physicians for Ontario." Academic Medicine. **73**(11): 1133-1148. [PubMed](#)
- Norman, G. (1985). A Review of Recent innovations in Assessment. Directions in Clinical Assessment: Report of the First Cambridge Conference on the Assessment of Clinical Competence. Cambridge, UK.
- Norman, G. (2005). "Research in clinical reasoning: past history and current trends." Medical Education **39**(4): 418-427. [PubMed](#)
- Norman, G. (2006). "Building on experience--the development of clinical reasoning." New England Journal of Medicine **355**(21): 2251-2252. [Full text](#)
- Norman, G., M. Young, et al. (2007). "Non-analytical models of clinical reasoning: The role of experience." Medical Education **41**(12): 1140-1145. [PubMed](#)
- Norman, G. R. (2000). "The epistemology of clinical reasoning: perspectives from philosophy, psychology, and neuroscience." Academic Medicine **75**(10 Suppl): S127-35. [PubMed](#)
- Norman, G. R., C. L. Coblenz, et al. (1992). "Expertise in visual diagnosis: a review of the literature." Academic Medicine **67**(10 Suppl): S78-83. [PubMed](#)
- Page, G. and G. Bordage (1995). "The Medical Council of Canada's key features project: a more valid written examination of clinical decision-making skills." Academic Medicine. **70**(2): 104-110. [PubMed](#)
- Patel, V. L. and D. R. Kaufman (1994). "On poultry expertise, precocious kids, and diagnostic reasoning." Academic Medicine. **69**(12): 971-972. [PubMed](#)

- Peterson, M. C., J. H. Holbrook, et al. (1992). "Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses." The Western Journal of Medicine **156**(2): 163-165. [Full text](#)
- Phillips, W. R. and D. G. Haynes (2001). "The domain of family practice: scope, role, and function." Family Medicine **33**(4): 273-277. [PubMed](#)
- Regehr, G. (1994). "Chickens and children do not an expert make." Academic Medicine. **69**(12): 970-971. [PubMed](#)
- Riggio, R. E., V. L. Manusov, et al. (2006). Nonverbal skills and abilities. Handbook of Nonverbal Communication. V. M. a. M. Patterson. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Royal Australian College of General Practitioners (2007). Curriculum for Australian General Practice, Royal Australian College of General Practice. [Website](#)
- Royal College of General Practitioners (2007). The Condensed Curriculum Guide. London, Royal College of General Practitioners.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2007). The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. **2008**. [Full text](#)
- Sargent, J. and F. S. Mann K (2005). "Exploring family physicians' reaction to multisource feedback: perceptions of credibility and usefulness." Med Educ **39**: 497-504. [PubMed](#)
- Scallon, G. (2000). Le réseau de concepts et la structuration des connaissances, dans L'Évaluation Formative, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Schirmer, J. M., L. Mauksch, et al. (2005). "Assessing communication competence: a review of current tools." Family Medicine **37**(3): 184-192. [PubMed](#)
- Schmidt, H. G., G. R. Norman, et al. (1990). "A cognitive perspective on medical expertise: theory and implication." Academic Medicine. **65**(10): 611-621. [PubMed](#)
- Schon, D. A. (1987). Educating the reflective practitioner : toward a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco, Jossey-Bass.
- Skakun, E. (1978). The Dimensionality of Linear Patient Management Problems. 17th Annual Conference on Research in Medical Education, New Orleans, Louisiana.
- Stewart, M. and et al. (2003). Patient-centered medicine : transforming the clinical method. Abingdon, Radcliffe Medical.

- Swanson, D. (1987). A Measurement Framework for Performance-based Tests. The 2nd Ottawa Conference. Anonymous. Ottawa, ON, Can-Heal Publications Inc.
- Swick, H. M. (2000). "Toward a normative definition of medical professionalism." Academic Medicine. **75**(6): 612-616. [PubMed](#)
- Swick, H. M., C. S. Bryan, et al. (2006). "Beyond the physician charter: reflections on medical professionalism." Perspectives in biology and medicine **49**(2): 263-275. [PubMed](#)
- Van Der Vleuten, C. (1996). The Assessment of Professional Competence: Developments, Research and Practical Implications. Advances in Health Sciences Education 1996; **1**(1).
- Van Der Vleuten, C. and L. W. T. Schuwirth (2005). "Assessing professional competence: from methods to programmes." Med Educ **39**: 309-317. [PubMed](#)
- Van der Vleuten, C. P., S. J. Van Luyk, et al. (1989). "A written test as an alternative to performance testing." Medical Education **23**(1): 97-107. [PubMed](#)
- Voytovich, A. and L. Harper (1979). Evaluating analytic reasoning in the management of the multiproblem patient: a system for attaining reliability and validity. 18th Annu Conf Res Med Educ, Washington, DC.
- Wetmore, S. J., C. Rivet, et al. (2005). "Defining core procedure skills for Canadian family medicine training." Canadian Family Physician **51**: 1364-1365. [Full text](#)
- Yudkowsky, R., S. M. Downing, et al. (2006). "Developing an institution-based assessment of resident communication and interpersonal skills." Academic Medicine **81**(12): 1115-1122. [PubMed](#)



Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 avenue Skymark
Mississauga, ON L4W 5A4

ISBN: 1-897268-27-0

This report is available in English