

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université de Montréal

CAHIER DU MONITEUR

1^{ère} année

MMD 1238

**INTRODUCTION À LA MÉDECINE CLINIQUE
(IMC)**

Automne 2022

Responsable universitaire : Christian Bourdy M.D.

Responsable universitaire adjointe : Karine Bouillon M.D.

MEMBRES DU COMITÉ DE COURS

**Christian Assaf M.D.
Ouardia Belkacemi M.D.
Lucie Boucher M.D.
Karine Bouillon M.D.
Maude Caron M.D.
Nacéra Chabane M.D.
Michel Chauvette M.D.
Lucie Duclos M.D.
Émilie Dufour M.D.
Hamidou Hadji M.D.
Sandra Jeannot M.D.
Chloé Jodoin-Vallières M.D.
Danielle Lamer M.D.**

**François Mercier M.D.
Julie Morin M.D.
Michel Morin M.D.
Frank Nguyen M.D.
Stéphanie Perron M.D.
François Raymond M.D.
Annie Rivest M.D.
Frank Schwenter M.D.
Herawaty Sebahang M.D.
Kahina Taleb M.D.
Quynh-Nhu Thai M.D.
Nicolas Thibodeau-Jarry M.D.
Alexia Trottier M.D.**

TABLE DES MATIÈRES

MMD 1238 – AUTOMNE 2022

INTRODUCTION			2
PLAN DE COURS			4
RÔLE DES MONITEURS CLINIQUES – ENA – POLITIQUE À PROPOS DES ABSENCES – TENUE VESTIMENTAIRE			10
DIRECTIVES DE NOTATION			11
RÉPARTITION DES POINTS			12
HORAIRE			13
HORAIRE DU CAAHC			14
RÉSUMÉ DE LA TECHNIQUE DU JEU DE RÔLE			15
CRITÈRES DES HISTOIRES DE CAS SELON LE NIVEAU DE FORMATION (IMC)			16
CRITÈRES DES HISTOIRES DE CAS SELON LE NIVEAU DE FORMATION (IDC)			17
OBSERVATION DIRECTE DE L'ENTREVUE ET D'UN EXAMEN PHYSIQUE - RÉTROACTION DESCRIPTIVE			18
ÉVALUATION D'UNE ENTREVUE			20
HISTOIRES DE CAS – GÉNÉRALITÉS			22
L'ANAMNÈSE			23
L'HISTOIRE DE MADAME N (traduction libre du Bates')			31
EXEMPLE DE RÉDACTION D'UNE HISTOIRE DE CAS IMC			41
EXEMPLE DE RÉDACTION D'UNE HISTOIRE DE CAS IDC			46
STRUCTURE D'UNE ENTREVUE – SUIVI D'UNE MALADIE CHRONIQUE			49
ÉVALUATION DE L'ÉTUDIANT PAR LE MONITEUR			55
RÉTROACTION DE L'ÉTUDIANT SUR LES DIFFÉRENTS RÔLES DU MONITEUR			56
GRILLE DE CORRECTION POUR L'HISTOIRE DE CAS			57
SEMAINE	DATE	SUJET	
1	2022-09-07	Accueil – Structure et contenu de l'entrevue médicale (généralités) – Consentement à la rencontre pour la formation médicale – Partenariat de soins – Équipement de protection individuelle (EPI)	58
2	2022-09-14	Structure de l'histoire d'une maladie (anamnèse) – Fonctions de l'entrevue médicale – Rencontre avec un patient hospitalisé (rôle modèle)	74
3	2022-09-21	Sémiologie cardiaque et pulmonaire – Examen physique (SV) – Perspective du patient – Mise à nu d'un patient	80
4	2022-09-28	Sémiologie digestive et vasculaire – Examen de l'abdomen et des pouls périphériques	88
5	2022-10-05	Stratégies de communication : Guider le patient durant la rencontre Observation directe no 1 Évaluation formative mi-session	93
6	2022-10-12	Pas d'activité en CH (examen final MMD1228 11 octobre)	98
7	2022-10-19	Observation directe no 2 Évaluation formative mi-session	99
8	2022-10-26	Sémiologie dermatologique (organisation locale) / ECOS formatif	102
9	2022-11-02	Sémiologie de la tête et du cou – Examen de la tête et du cou – ROT	104
10	2022-11-09	Grands syndromes gériatriques – Rencontre avec un patient âgé / Observation directe no 3	106
11	2022-11-16	Pas d'activité en CH – Examen MMD1229 18 novembre	131
12	2022-11-23	Rencontre avec un patient âgé – Observation directe no 4	132
13	2022-11-30	Révision d'anamnèse et examens physiques – Rencontre avec un patient (rôle modèle) - Évaluation de fin de session	135

INTRODUCTION

Chers moniteurs,

Le cours IMC/IDC est conçu comme un outil d'apprentissage qui aidera les étudiants à devenir les praticiens du troisième millénaire. Nombreux seront les défis, d'où l'importance qu'ils y soient bien préparés.

Nous avons, au cours des dernières années, tenu compte des commentaires et suggestions des étudiants et des moniteurs. Vous avez contribué de façon significative à améliorer les différentes composantes de ce cours, mais nous devons demeurer vigilants afin de s'adapter aux nouvelles réalités de la pratique médicale.

Le cours IMC-IDC veut sensibiliser les étudiants à différents aspects de la médecine actuelle. Certains sujets seront traités en grand groupe à l'université (Collège des médecins, Santé publique, Santé des Premières Nations, populations vulnérables, ORL, ophtalmologie, etc.) et d'autres sujets se prêtent plus à être traités en petits groupes dans les centres hospitaliers.

Le Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques (CAAHC) qui a ouvert ses portes en 2009-2010 offre des ateliers de pratique des techniques d'examen et de communication et évolue sans cesse dans ses orientations afin d'améliorer l'acquisition de compétences. Nous avons introduit dans ce **Cahier du moniteur** les titres des activités d'apprentissage auxquelles vos étudiants sont exposés en cours de session afin que vous puissiez vous y référer et aider vos étudiants à progresser dans leur apprentissage.

Les rencontres des moniteurs en début de chaque matinée dans les centres hospitaliers demeurent un moment privilégié afin de profiter de l'expertise de tous.

COMPÉTENCES FONDAMENTALES

Voici les grandes compétences que nous jugeons essentielles à la formation des étudiants. Les moyens utilisés pour les acquérir sont multiples et il demeure essentiel de les atteindre car elles sont considérées primordiales par les membres du comité de cours.

COMMUNICATION : Développer des habiletés de **communication** au sens large, c'est-à-dire la relation avec le patient, sa famille, son réseau d'aide, ainsi que le personnel paramédical et les collègues. Le travail interdisciplinaire passe par la connaissance des rôles de chacun et le respect de tous les intervenants.

PROFESSIONNALISME : Acquérir des notions **d'éthique** telles qu'appliquées dans la vie de l'étudiant. Les étudiants seront confrontés à différentes situations cliniques pouvant bousculer leurs valeurs personnelles; afin de vous aider à cheminer avec eux, nous vous fournissons des pistes de réflexion pour vos discussions. Comme vous le savez, la connaissance des aspects éthiques, légaux et déontologiques est un outil essentiel dans le jugement clinique et la prise de décision qui en découle pour toute action diagnostique et thérapeutique.

EXPERTISE : Apprendre à effectuer une **anamnèse complète et un examen physique précis** dans le contexte d'une médecine de plus en plus technique. En tant que moniteur, vous guiderez les étudiants lors des pratiques entre eux des différentes techniques d'anamnèse et d'examen physique ainsi que lors des rencontres avec des patients hospitalisés ou des patients partenaires.

EXPERTISE – ÉRUDITION : Favoriser l'**intégration** des connaissances acquises en APP en tenant compte de la réalité clinique et de la disponibilité des patients porteurs des pathologies apprises. Il est vrai qu'il est difficile de trouver à chaque occasion pour chaque étudiant le cas correspondant aux notions discutées en théorie. Dans la mesure du possible, on tentera de leur faire rencontrer le plus de patients possible afin qu'ils puissent être bien préparés pour les années cliniques (externat).

COMMUNICATION – PROFESSIONNALISME: Être sensibilisé aux difficultés de la pratique médicale dans un **contexte multiculturel** de la population actuelle. Vous les aiderez à développer leur compétence culturelle pour faire face à cette réalité. Une attention particulière est accordée à la santé des Premières Nations et à celle des populations vulnérables dans un contexte de responsabilité sociale.

Les membres du comité de cours considèrent que l'Introduction à la médecine clinique (IMC) ne se limite pas seulement à l'enseignement de la propédeutique, mais vise une approche plus complète de la pratique clinique et de ses nombreux défis.

Les membres du comité de cours IMC/IDC
Faculté de médecine
Université de Montréal

REMERCIEMENTS

Les membres du Comité de cours souhaitent remercier chaleureusement tous les médecins et tous les professionnels de la santé qui enseignent à nos étudiants de première année de médecine afin de leur offrir une formation la plus complète possible tant au point de vue scientifique qu'humaine.

De plus, nous tenons à remercier madame Maria Cristina Rijo pour son soutien précieux à la coordination de ce cours d'IMC.

Nous voulons aussi souligner l'apport essentiel de Yanet Amaya-Sorto, Rouguiatou Barry, Valérie Béland, Caroline Boulanger, Émilie Gagnon, Maribèle Gagnon, Elisa Gomez, Karine Hamel, Sandra Kamanzi, Francesca Patroni, Maria Cristina Rijo, Jessica Rolland, Ardouine Sufrin, Lorraine Trudel, Mihaela Tucanu et Marie-Ève Vincent.

Je remercie mon adjointe, docteure Karine Bouillon, pour son aide lors de la révision de ces activités d'enseignement.

Christian Bourdy MD
Responsable universitaire IMC/IDC

PLAN DE COURS

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Titre	Introduction à la médecine clinique (IMC)
Sigle	MMD-1238
Environnement numérique	https://www.medcours.umontreal.ca/
Faculté/École/Département	Faculté de médecine de l'Université de Montréal
Trimestre	Automne 2022
Année	2022-2023
Mode de formation	Rencontres de patients en centre hospitalier, séances en centre de simulation et cours magistraux <ul style="list-style-type: none">• La majeure partie de l'apprentissage se fera en petits groupes dans les milieux cliniques (démonstration clinique, discussion de cas, apprentissage des techniques d'entrevue et de l'examen physique, travaux pratiques) et au centre de simulation (Centre d'apprentissage des attitudes et des habiletés cliniques – CAAHC).• Pour certains aspects (intégration de concepts d'approche globale, apprentissages spécifiques en éthique et en sciences du comportement), les étudiants seront regroupés en ateliers autour de personnes-ressources.• À l'occasion, pour des sujets spécifiques comme le comportement humain, l'environnement ou l'éthique, des cours magistraux ou encore des tables rondes pourront avoir lieu à l'Université, faisant appel à la multidisciplinarité, aux techniques audiovisuelles et aux stratégies de communication appropriées.• Certains cours magistraux prendront la forme de classes inversées : visionnement de matériel vidéo et activités préparatoires (matériel asynchrone), suivis d'une heure de classe synchrone (Zoom), consacrée à l'interaction et à l'apprentissage actif. Il est donc fortement recommandé de participer à la partie synchrone du cours.

Du fait de la levée des mesures sanitaires en lien avec la pandémie de COVID-19, les enregistrements vidéo des cours magistraux et des cours synchrone Zoom ne seront pas disponibles.

Déroulement du cours Ce cours s'étale sur 11 semaines : consulter l'horaire sur l'agenda Google

Charge de travail hebdomadaire

L'étudiant consacrera environ une journée par semaine à l'intégration progressive des principes et conduites reliés aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la pratique de la médecine.
progressive

Pour l'ensemble du cours MMD1238, il y a 33 heures en centre hospitalier, 9 heures en centre de simulation et 37 heures de cours magistraux/ateliers.

Crédits 4 crédits

Enseignants

Nom et titre Voir l'agenda Google des cours magistraux

Responsables

Noms, courriels Dr Christian Bourdy, Responsable universitaire IMC/IDC
Dre Karine Bouillon, Responsable universitaire adjointe IMC

preclinique1@med.umontreal.ca
preclinique-mauricie@meddir.umontreal.ca

Description du cours

Description simple

Ce cours clinique vise l'acquisition des rudiments de la rencontre clinique : habiletés communicationnelles, histoire de cas (anamnèse et examen physique sommaire complet). Le raisonnement clinique est abordé.

Différentes techniques seront acquises au centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques (CAAHC).

Des cours magistraux complètent les apprentissages.

Place du cours dans le programme

Ce cours se déroule lors du 1^{er} trimestre de la première année du programme d'études médicales de premier cycle.

Description détaillée

MMD1238 est le 1^{er} cours d'*Introduction à la médecine clinique* (IMC).

Le cursus *Introduction à la médecine clinique/Initiation à la démarche clinique* (IMC/IDC) vise le développement des compétences suivantes :

- Habiletés communicationnelles (communication)
- Notions d'éthique biomédicale (professionnalisme)
- Anamnèse et examen physique (expertise)
- Raisonnement clinique (expertise)
- Travail d'équipe (collaboration)
- Intégration des connaissances APP – IMC/IDC (érudition)

Apprentissages visés

Les cours/stages IMC et IDC ont pour but de permettre à l'étudiant d'intégrer progressivement les principes et conduites reliés aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la pratique de la médecine.

Le contenu de ces cours/stages s'inspire d'apprentissages issus des APP et les intègre afin d'aider l'étudiant à développer ses aptitudes personnelles, à supporter sa motivation dans l'acquisition de ses compétences professionnelles et à mieux apprécier la pertinence de ses apprentissages.

Ainsi, en même temps qu'il apprendra à réaliser une anamnèse complète et un examen physique bien exécuté avec le respect, la patience et la douceur qui s'imposent, il prendra aussi conscience du rôle complexe du médecin face à la personne qui le consulte, du pouvoir indéniable relié à un tel rôle, des droits et devoirs inhérents à la profession médicale ainsi que du contexte politique et institutionnel du système de soins.

La maîtrise de la démarche clinique est le but ultime de la formation durant le premier cycle et ces cours/stages des deux premières années sont les prémisses de cet apprentissage. Celui-ci vise toutes les dimensions se rattachant à l'être humain et à son milieu de vie : la communication, la relation patient-médecin, les déterminants environnementaux de la santé et de la maladie ainsi que les dimensions éthiques et déontologiques de la pratique de la médecine.

Le cours IMC s'échelonne tout au long de la première année. Au cours de cette période, l'étudiant pourra :

- Comprendre les raisons et le contexte qui incitent la personne à consulter
- Décrire l'environnement de vie, les habitudes de vie, les valeurs et la perspective de la personne quant à sa santé
- Vérifier les moyens disponibles utilisés par la personne pour l'aider à solutionner ses problèmes de santé
- Identifier les attitudes et les perceptions de la personne qui consulte face au médecin et au système de soins

- Situer, dans le contexte de soins, le rôle et les limites du médecin face aux problèmes rencontrés par son patient
- S'initier aux éléments de base de l'examen physique, en portant une attention particulière aux sentiments qu'éprouve le patient et en s'assurant de sa coopération.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Objectifs généraux par compétences

IMC/IDC développera concrètement les sept compétences fondamentales qui constituent la base du programme de médecine.

COMPÉTENCES FONDAMENTALES

Voici les grandes compétences jugées essentielles à la formation des étudiants. Les moyens utilisés pour les acquérir sont multiples, il demeure essentiel de les atteindre car elles sont considérées primordiales par les membres du comité de cours.

COMMUNICATION : Développer des habiletés de **communication** au sens large, c'est-à-dire la relation avec le patient, sa famille, son réseau d'aide, ainsi que le personnel paramédical et les collègues.

PROFESSIONNALISME : Acquérir des notions **d'éthique** telles qu'appliquées dans la vie de l'étudiant. Les étudiants seront confrontés à différentes situations cliniques pouvant bousculer leurs valeurs personnelles; afin d'aider les moniteurs des pistes de réflexion sont fournies aux moniteurs. La connaissance des aspects éthiques, légaux et déontologiques est un outil essentiel dans le jugement clinique et la prise de décision qui en découle pour toute action diagnostique et thérapeutique.

EXPERTISE : Apprendre à effectuer une **anamnèse complète et un examen physique précis** dans le contexte d'une médecine de plus en plus technique. Le moniteur guidera les étudiants afin d'acquérir les différentes techniques d'anamnèse et d'examen physique lors des pratiques entre eux, ainsi que lors des rencontres avec des patients hospitalisés ou externes.

EXPERTISE – ÉRUDITION : Favoriser l'**intégration** des connaissances acquises en APP en tenant compte de la réalité clinique et de la disponibilité des patients porteurs des pathologies apprises. Dans la mesure du possible, on tentera que chaque étudiant rencontre le plus de patients possible afin qu'ils puissent être bien préparés pour les années cliniques (externat).

COMMUNICATION – PROFESSIONNALISME: Être sensibilisé aux difficultés de la pratique médicale dans un **contexte multiculturel** de la population actuelle. Les moniteurs aideront les étudiants à développer leur compétence culturelle pour faire face à cette réalité.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de chaque activité en centre hospitalier et au centre de simulation (CAAHC) sont disponibles dans l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA).

ÉVALUATIONS

COMPÉTENCE EXPERTISE

Travail sur le professionnalisme	15 points Consignes spécifiques sur l'ENA
Pré-tests, post-tests et présence au CAAHC	15 points
QUIZ portant sur les cours magistraux	30 points Note de passage de 80 % Réussite obligatoire pour chaque quiz 12 au 18 octobre 2022 (CM2 à CM6) 4 au 11 novembre 2022 (CM7 à CM12) 6 au 12 décembre 2022 (CM13 à CM18)
Examen clinique objectif structuré (ECOS)	Une pratique formative d'ECOS sera effectuée avec le moniteur lors d'une séance en centre hospitalier.

COMPÉTENCES TRANSVERSALES

Évaluation de l'étudiant par le moniteur 40 points

Afin d'évaluer l'acquisition progressive des compétences par l'étudiant(e),

- le moniteur devra déterminer dans la fiche *Évaluation de l'étudiant par le moniteur* si l'étudiant(e) a atteint chaque compétence attendue
- pour son niveau de formation.

Le moniteur mentionnera si l'étudiant(e) :

- se situe au-delà des attentes
- est conforme aux attentes
- est en deçà des attentes
- est nettement insuffisant(e)

Le moniteur produira l'évaluation finale portant sur le professionnalisme, l'expertise, la communication, la collaboration et l'érudition.

La réussite à cette évaluation finale est obligatoire.

Des notations « *en deçà des attentes* » dans deux compétences différentes dont le professionnalisme, pourraient équivaloir à un échec. L'évaluation des étudiant(e)s ayant eu cette évaluation sera discutée avec la direction du programme afin de déterminer du succès ou de l'échec ainsi que de la remédiation nécessaire. Les modalités de reprise seront déterminées selon la composante échouée.

NOTATION FINALE : « SUCCÈS OU ÉCHEC »

CRITÈRES DE RÉUSSITE :

1. Obtenir la note de passage de 65 % pour l'ensemble du cours

ET

2. Obtenir la note de passage de 60 % à l'évaluation par le moniteur

L'étudiant(e) doit réussir la **Composante Expertise** (note égale ou supérieure au NAP) et la composante **Compétences transversales** pour réussir le cours.

L'étudiant(e) qui échoue à la **composante Expertise** devra effectuer un examen de reprise dont la date sera déterminée par la direction; il aura lieu à la fin de la session d'automne 2022.

L'étudiant(e) qui échoue à la composante **Compétences transversales** (note inférieure à 65 %) rencontrera la direction pour les mesures de rattrapage appropriées.

Consignes et règles pour l'évaluation

Absence à l'examen

Les articles 9,7 et 9,9 du règlement des études de premier cycle encadrent la gestion des absences. Pour plus de détails, consulter votre guide étudiant ou le site www.md.umontreal.ca.

Toute absence devra être motivée et signalée à votre TGDE, preclinique1@med.umontreal.ca preclinique-mauricie@meddir.umontreal.ca AVANT le début de l'activité concernée.

Remplir et transmettre sur votre Centre étudiant le formulaire : CHE_Absence_Évaluation.

L'étudiant devra refaire son évaluation (activité de remise) à une date ultérieure, décidée par l'administration (en juin habituellement).

La direction n'accepte aucun justificatif d'absence pour maladie rétrospectivement. Ainsi, un étudiant ayant participé à une activité d'évaluation ne peut rétrospectivement prétendre avoir été malade et demander une remise ou reprise.

Plagiat

Le plagiat est sanctionné à l'Université de Montréal par le Règlement disciplinaire sur la fraude et le plagiat concernant les étudiants.

Tous les étudiants sont invités à consulter le site web <http://www.integrite.umontreal.ca/> et à prendre connaissance du règlement ci-dessus mentionné.

Plagier peut entraîner un échec, la suspension ou le renvoi de l'Université.

Ressources – ouvrages de référence

- Richard C., Lussier M.-T., **La communication professionnelle en santé**, ERPI 2016 – livre ou en ligne
- Bickley Lynn, **Bates' Guide to physical examination and history taking** 13^e édition ou sa traduction française (7^e édition)
- Boucher A., et al. **Cahier des habiletés cliniques (cahier jaune)** édition 2022-2023
- **ALDO 2010** sur le site du Collège des médecins du Québec (<http://www.cmq.org/>)
- Rasul, N., Syed, M., **Differential Diagnostic in Primary Care**, Wiley-Blackwell, BMJ-Books 2009

SOUTIEN À LA RÉUSSITE

De nombreuses activités et ressources sont offertes à l'Université de Montréal pour faire de votre vie étudiante une expérience enrichissante et agréable. La plupart d'entre elles sont gratuites. Explorez les liens ci-dessous pour en savoir plus.

Centre de communication écrite

<http://cce.umontreal.ca/>

Centre étudiant de soutien à la réussite

<http://cesar.umontreal.ca/>

Citer ses sources – styles et logiciels (guide)

<http://www.bib.umontreal.ca/LGB/>

Services du réseau des bibliothèques de l'UdeM

<https://bib.umontreal.ca/services>

Soutien aux étudiants en situation de handicap

<http://bsesh.umontreal.ca/>

Règlements et politiques

Apprenez à connaître les règlements et les politiques qui encadrent la vie universitaire d'un étudiant

Règlement des études

Que vous soyez étudiant régulier, étudiant libre ou visiteur, connaître le règlement qui encadre les études est tout à votre avantage. Consultez-le!

<https://secretariatgeneral.umontreal.ca/documents-officiels/reglements-et-politiques/reglement-des-etudes-de-premier-cycle/>

Politique-cadre sur l'intégration des étudiants en situation de handicap

https://secretariatgeneral.umontreal.ca/public/secretariatgeneral/documents/doc_officiels/reglements/administration/adm10_25-politique-cadre_integracion_etudiants_situation_handicap.pdf

Renseignez-vous sur les ressources disponibles les mieux adaptées à votre situation, auprès du Bureau de soutien aux étudiants en situation de handicap (BSESH)

<http://www.bsesh.umontreal.ca/>

Pour les accommodements aux examens spécifiques à chaque école ou faculté :

<http://www.bsesh.umontreal.ca/accommodement/index.htm>

Intégrité, fraude et plagiat

Problèmes liés à la gestion du temps, ignorance des droits d'auteur, crainte de l'échec, désir d'égaliser les chances de réussite des autres – aucune de ces raisons ne peut justifier la fraude ou le plagiat.

Qu'il soit pratiqué intentionnellement, par insouciance ou par négligence, le plagiat peut entraîner un échec, la suspension, l'exclusion du programme, voire un renvoi de l'Université. Il peut aussi avoir des conséquences directes sur la vie professionnelle future. Plagier ne vaut donc pas la peine!

Le plagiat ne se limite pas à copier-coller ou à regarder la copie d'un collègue. Il existe diverses formes de manquement à l'intégrité, de fraude et de plagiat. En voici quelques exemples :

Dans les travaux : Copier un texte trouvé sur internet sans le mettre entre guillemets et sans citer sa source ; Soumettre le même travail dans deux cours (auto plagiat) ; Inventer des faits ou des sources d'information ; Obtenir de l'aide non autorisée pour réaliser un travail.

Lors des examens : Utiliser des sources d'information non autorisées pendant l'examen ; Regarder les réponses d'une autre personne pendant l'examen ; S'identifier faussement comme un étudiant du cours.

Règlement disciplinaire sur le plagiat ou la fraude

<https://integrite.umontreal.ca/reglements/les-reglements-expliques/>

Site Intégrité

<http://integrite.umontreal.ca/>

Version 2022-08-30

RÔLE DES MONITEURS CLINIQUES

On aura compris l'importance du rôle de **modèle** et **d'agent intégrateur** que les moniteurs seront appelés à jouer. Pour ce faire, le moniteur aura développé une certaine polyvalence afin de contribuer à la formation des étudiants dans chacun des aspects de la démarche clinique et non seulement dans ceux où il se sent parfaitement confortable. Un programme de formation pédagogique initiale et continue des moniteurs portera non seulement sur le contenu théorique, mais aussi sur les méthodes pédagogiques dont ils auront besoin : l'animation de petits groupes, l'observation, la rétroaction, etc.

Le moniteur clinique a pour rôle:

- d'encadrer l'apprentissage des techniques d'entrevue, de l'examen physique, de la démarche clinique et de l'approche globale de la personne qui consulte en tenant compte des aspects éthiques de la pratique de la médecine
- d'assurer l'accès des étudiants aux unités de soins
- d'offrir aux étudiants un **modèle de rôle** dans l'apprentissage des sciences cliniques
- d'offrir un counseling approprié aux étudiants qui présenteront des difficultés reliées à l'apprentissage de leur rôle
- de favoriser la progression de l'étudiant dans un milieu d'apprentissage académique clinique sain et dénué de toute intimidation ou d'harcèlement.

ENVIRONNEMENT NUMÉRIQUE D'APPRENTISSAGE (ENA)

Le contenu de ce Cahier du moniteur se retrouve sur l'ENA du cours dans la version pour les étudiants. Les jeux de rôle n'y sont pas diffusés.

Les réponses aux discussions éthiques (pistes de réflexion) y seront déposées après la rencontre de la matinée pour ne pas nuire à la discussion en groupe.

Les moniteurs ont accès à l'ENA à l'adresse : www.medcours.umontreal.ca

Le nom d'utilisateur et le mot de passe vous seront remis en début de session.

POLITIQUE À PROPOS DES ABSENCES DES ÉTUDIANTS

Chaque absence **en matinée en centre hospitalier ou en après-midi (lors des ateliers)** doit être signalée, par l'étudiant, directement au responsable hospitalier le jour même ou dans les jours qui suivent. Elle doit aussi être signalée, par l'étudiant, en remplissant le formulaire de motivation d'absence au secrétariat (S-534).

Chaque absence non motivée entraîne une perte de 5 points à la note globale du cours.

au-delà de 2 *absences*, la situation de l'étudiant sera discutée au comité de cours qui pourra décréter le cours/stage invalide, ou refuser l'accès à l'examen final pour cet étudiant ou lui proposer des moyens pour pallier aux absences.

Par ailleurs, le moniteur devra prendre les présences à chaque rencontre au centre hospitalier et aviser le responsable hospitalier ou sa secrétaire de chaque absence.

TENUE VESTIMENTAIRE

Lorsqu'ils sont dans les centres hospitaliers, les étudiants se doivent de porter une tenue vestimentaire adéquate et respectueuse des patients et du milieu professionnel.

Le port du sarrau ou de l'uniforme est déterminé dans les centres hospitaliers en fonction des consignes de la Protection contre les infections (PCI) de chaque centre hospitalier.

Le code vestimentaire est précisé sur l'ENA du cours.

PLAN DE COURS

DIRECTIVES DE NOTATION POUR LES MONITEURS ET LES ÉTUDIANTS

Afin d'évaluer l'acquisition progressive des compétences par l'étudiant, nous convenons que :

- pour chaque histoire de cas,
- pour les observations directes et
- pour l'*Évaluation de l'étudiant par le moniteur*.

LE MONITEUR DEVRA DÉTERMINER SI L'ÉTUDIANT A ATTEINT LA COMPÉTENCE POUR SON NIVEAU DE FORMATION EN REGARD DE CHAQUE COMPÉTENCE ÉVALUÉE.

Le moniteur devra donc mentionner si :
l'étudiant se situe **AU-DELÀ DES ATTENTES**
l'étudiant est **CONFORME AUX ATTENTES**
l'étudiant est **EN DEÇÀ DES ATTENTES**
l'étudiant est **NETTEMENT INSUFFISANT**.

La notation de ces cours/stages IMC et IDC est : « succès ou échec ».

Si un étudiant a des notations « en deçà des attentes » pour deux compétences différentes dont le professionnalisme, l'évaluation sera discutée avec la Direction du programme et ceci pourrait équivaloir à un échec.

N.B. : Les tableaux des pages 14 et 15 démontrent la progression des critères qu'on s'attend à retrouver à la rédaction de l'histoire de cas au cours des quatre sessions du cours. Ceci sert comme points de repères au moniteur dans sa correction des rédactions.

Comité de cours IMC/IDC

**PLAN DE COURS
IMC – MMD 1238
SESSION AUTOMNE 2022
RÉPARTITION DES POINTS**

Évaluation par le moniteur	40 pts
Travail sur le professionnalisme	15 pts
CAAHC (pré-, post-tests, présences)	15 pts
Quiz	30 pts
PRATIQUE D'ECOS	FORMATIF

NOTATION FINALE DE TYPE « SUCCÈS OU ÉCHEC »

NOTE DE PASSAGE POUR L'ENSEMBLE DU COURS : 65 %

CRITÈRES DE RÉUSSITE :

- 1. OBTENIR LA NOTE DE PASSAGE POUR L'ENSEMBLE DU COURS
ET**
- 2. OBTENIR LA NOTE DE PASSAGE (60 %) POUR L'ÉVALUATION DE
L'ÉTUDIANT PAR LE MONITEUR – Évaluation des compétences
transversales**

**DES NOTATIONS « EN DEÇÀ DES ATTENTES » DANS DEUX COMPÉTENCES
DIFFÉRENTES DONT LE PROFESSIONNALISME, POURRAIENT ÉQUIVALOIR À
UN ÉCHEC.**

**L'ÉVALUATION DES ÉTUDIANTS AYANT EU CETTE ÉVALUATION SERA
DISCUTÉE AVEC LA DIRECTION DU PROGRAMME AFIN DE DÉTERMINER DU
SUCCÈS OU DE L'ÉCHEC AINSI QUE DE LA REMÉDIATION NÉCESSAIRE.**

**LES MODALITÉS DE REPRISE SERONT DÉTERMINÉES SELON LA
COMPOSANTE ÉCHOUÉE.**

Comité de cours IMC/IDC

SEMAINE 1 7 sept.	INTRODUCTION	1 ^{ER} CONTACT PETIT GROUPE	INITIER UNE RENCONTRE AVEC UN PATIENT	CONSENTEMENT À LA RENCONTRE PATIENT/ÉTUDIANT ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)	PARTENARIAT DE SOINS
13 sept.	ATELIER D'ÉTHIQUE (UDM) : CONFIDENTIALITÉ – CONSENTEMENT – DROIT À LA VÉRITÉ				
SEMAINE 2 14 sept.	STRUCTURE ET FONCTIONS DE L'ENTREVUE (RC, HMA) ATTRIBUTS DU SYMPTÔME (SYMPTÔME VS SIGNE)		JEUX DE RÔLE	RENCONTRE AVEC UN PATIENT HOSPITALISÉ/ RÔLE MODÈLE	
SEMAINE 3 21 sept.	SÉMILOGIE CARDIAQUE ET PULMONAIRE PERSPECTIVE DU PATIENT		INTRODUCTION À L'EXAMEN PHYSIQUE MISE À NU D'UN PATIENT	SV, TA EXAMEN CARDIAQUE ET PULMONAIRE	
SEMAINE 4 28 sept.	SÉMILOGIE DIGESTIVE ET VASCULAIRE JEUX DE RÔLE		EXAMEN ABDOMEN, POULS PÉRIPHÉRIQUES RÉVISION SV, CŒUR ET POUMON		
SEMAINE 5 5 oct.	STRATÉGIES DE COMMUNICATION GUIDER LE PATIENT DURANT LA RENCONTRE	OBSERVATION DIRECTE NO 1		RÉTROACTION POST RENCONTRE	RÉDACTION ET ÉVALUATION FORMATIVE
SEMAINE 6 12 oct.	PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH (EXAMEN FINAL MMD 1228 LE 11 OCTOBRE)				
QUIZ NO 1 : DU 12 AU 18 OCTOBRE					
SEMAINE 7 19 oct.	RÉTROACTION HISTOIRE DE CAS	OBSERVATION DIRECTE NO 2		RÉTROACTION POST RENCONTRE	RÉDACTION ET ÉVALUATION FORMATIVE
SEMAINE 8 26 oct.	SÉMILOGIE DERMATOLOGIQUE	RÉTROACTION HISTOIRE DE CAS		PRATIQUE D'ECOS	
SEMAINE 9 2 nov.	SÉMILOGIE DE LA TÊTE ET DU COU	EXAMEN DE LA TÊTE ET DU COU		RÉFLEXES OSTÉOTENDINEUX	RÉVISION D'EXAMEN PHYSIQUE
QUIZ NO 2 : DU 4 AU 11 NOVEMBRE					
SEMAINE 10 9 nov.	GRANDS SYNDROMES GÉRIATRIQUES PARTICULARITÉS DE LA RENCONTRE AVEC UNE PERSONNE ÂGÉE MINI-MENTAL(FOLSTEIN)		OBSERVATION DIRECTE NO 3		RÉTROACTION POST RENCONTRE RÉDACTION
SEMAINE 11 16 nov.	PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH EXAMEN FINAL MMD 1229 ; 18 NOVEMBRE				
SEMAINE 12 23 nov.	RÉTROACTION HISTOIRE DE CAS	OBSERVATION DIRECTE NO 4			RÉTROACTION POST RENCONTRE RÉDACTION
SEMAINE 13 30 nov.	RÉTROACTION HISTOIRE DE CAS	RENCONTRE AVEC UN PATIENT HOSPITALISÉ/ RÔLE MODÈLE		RÉVISION : ANAMNÈSE EXAMEN PHYSIQUE	ÉVALUATION DE FIN DE SESSION
QUIZ NO 3 : DU 6 AU 12 DÉCEMBRE					
16 déc.	EXAMEN FINAL MMD 1230				

**PLAN DE COURS
IMC – MMD 1238
SESSION AUTOMNE 2022**

HORAIRE DU CAAHC

<https://caahc.umontreal.ca/calendrier/>

	MMD 1238	Dates des formations
A1	Introduction à la simulation	Entre le 2 et le 9 septembre, tous les étudiants suivront la formation.
A2	Introduction à l'examen cardio-pulmonaire Pratique d'anamnèse / signes vitaux	Entre le 4 octobre et le 1 ^{er} novembre, tous les étudiants suivront la formation.
A3	Prévention des infections : pratique de base (précautions universelles), Gestion des émotions (communication)	Entre le 8 novembre et le 6 décembre, tous les étudiants suivront la formation.

RÉSUMÉ DE LA TECHNIQUE DU JEU DE RÔLE

PRÉPARATION

1. Le moniteur doit d'abord bien clarifier le (ou les) objectif(s) du jeu de rôle.
2. Il définit la situation et le contexte cliniques à l'intérieur desquels se déroulera le jeu de rôle.
3. Il distribue les rôles respectifs et laisse quelques minutes à chacun pour assimiler son rôle.
4. Un des étudiants questionne un de ses collègues selon la consigne énoncée par le moniteur.
(N.B. : parfois, le rôle du patient sera avantageusement joué par le moniteur)

LE JEU DE RÔLE

5. Le jeu de rôle durera entre 5 et 10 minutes, selon ce qui est attendu et selon l'inspiration des acteurs...
6. Il est souhaitable d'enregistrer sur bande vidéo tout le jeu de rôle afin que l'étudiant puisse visualiser sa performance et prendre conscience de ses bons coups et de ses omissions.

LE « DEBRIEFING » (la sortie du rôle)

7. Le moniteur questionne d'abord l'acteur médecin : ce qui fut plutôt facile à jouer, ce qui lui fut plus difficile; émotions ressenties, etc.
8. Le moniteur questionne l'acteur patient : ce qui fut plutôt facile à jouer, ce qui lui fut plus difficile; émotions ressenties; comment s'est-il senti face à ce médecin.
(N.B. : si le moniteur était le patient, il donne ses impressions comme patient et non la rétroaction tout de suite)
9. Le moniteur demande les impressions des 2 étudiants spectateurs.

LA RÉTROACTION

10. Le moniteur souligne d'abord pour chaque acteur les aspects bien exécutés, puis ceux qui seraient à améliorer et en terminant les aspects manqués ou omis (**POUR QU'UNE RÉTROACTION SOIT EFFICACE, ELLE DOIT ÊTRE BIEN DOSÉE ET « DIPLOMATE » ET APPUYÉE SUR DES EXEMPLES CONCRETS (RÉTROACTION DESCRIPTIVE) ISSUS D'UNE OBSERVATION STRUCTURÉE ET NON IMPRESSIONNISTE**)
11. Le moniteur termine en résumant les objectifs et en prenant soin que chaque objectif ait été atteint; il peut compléter par des informations plus formelles (habituellement fournies par le Comité de cours et aussi par ses propres connaissances cliniques)

VISIONNEMENT DE L'ENREGISTREMENT VIDÉO

12. Tout le groupe visionne l'enregistrement du jeu de rôle à la lumière des commentaires, de la rétroaction et des prises de conscience des acteurs des enjeux de ce jeu de rôle.

CRITÈRES DES HISTOIRES DE CAS SELON LE NIVEAU DE FORMATION

Révisé C. Bourdy, K. Bouillon, É. Dufour juillet 2022

	IMC 1 ^{ère} SESSION	IMC 2 ^e SESSION
IDENTIFICATION	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Sexe, âge, état civil, profession ▣ Si pertinent : région rurale ou urbaine 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Sexe, âge, état civil, profession ▣ Si pertinent : région rurale ou urbaine
RAISON DE LA CONSULTATION (RC)	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Propos du patient en termes exacts ▣ Ne pas poser de diagnostics précoces et ne pas interpréter 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Mettre à la fois les propos du patient et la traduction sémantique en termes médicaux
ATCD PERSONNELS ET FAMILIAUX	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Doivent être questionnés APRÈS la maladie actuelle (HMA), mais écrits AVANT HMA (cf. exemples de rédaction) ▣ Ne pas s'attendre à ce qu'ils soient ciblés selon les facteurs de risque et les pathologies soupçonnées 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Doivent être questionnés APRÈS la maladie actuelle (HMA), mais écrits AVANT HMA (cf. exemples de rédaction) ▣ Faire l'exercice de cibler les questions selon les facteurs de risque et les hypothèses précoces (NOTE AUX MONITEURS : CEPENDANT, NE PAS PÉNALISER)
MÉDICAMENTS (Rx)	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Obtenir la liste SANS la posologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Obtenir la liste AVEC la posologie, si possible
ALLERGIES	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Simplement savoir si le patient en souffre 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Commencer à s'informer sur le type de réaction
HABITUDES DE VIE	<p>Tabagisme Alcool Café Drogues</p> <p style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</p> <p>SIMPLEMENT S'INFORMER DE LA PRÉSENCE OU DE L'ABSENCE</p>	<p>Tabagisme Alcool Café Drogues</p> <p style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</p> <p>OBTENIR LA QUANTITÉ ET LE MOMENT DE LA CONSOMMATION</p>
PRÉVENTION (SI PERTINENT)	<p>Vaccination Alimentation Exercice Environnement</p> <p style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</p> <p>SIMPLEMENT S'EN INFORMER</p>	<p>Vaccination Alimentation Exercice Environnement</p>
HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE (HMA)	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Phrase complètes, mais courtes ▣ Écrire systématiquement les attributs de TOUS les symptômes ▣ Symptômes accompagnateurs selon les systèmes retenus par les hypothèses précoces ▣ (NOTE AUX MONITEURS : NE PAS PÉNALISER SI SX SONT INCOMPLETS, MAIS EFFECTUER L'EXERCICE AVEC L'ÉTUDIANT SUR LES RAISONS QUI L'ONT FAIT S'ARRÊTER SUR CES SYMPTÔMES ACCOMPAGNATEURS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Phrases complètes, mais courtes ▣ Les 7 attributs du/des symptômes ▣ Orienter les questions (SANS PÉNALITÉ DE CORRECTION) selon les hypothèses précoces ▣ Symptômes accompagnateurs selon les systèmes retenus par les hypothèses précoces ▣ (NOTE AUX MONITEURS : NE PAS PÉNALISER SI SX SONT INCOMPLETS, MAIS EFFECTUER L'EXERCICE AVEC L'ÉTUDIANT SUR LES RAISONS QUI L'ONT FAIT S'ARRÊTER SUR CES SYMPTÔMES ACCOMPAGNATEURS)
REVUE DES SYSTÈMES (RDS)	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Revue des systèmes non ciblée, si le temps le permet 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Compléter par la suite avec RDS non ciblée, si le temps le permet
EXAMEN PHYSIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Effectuer un système à la fois puis en l'intégrant de semaine en semaine 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Poursuivre l'intégration des systèmes et commencer à cibler les examens en fonction des hypothèses précoces
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Court résumé Ex : <i>pt d'âge X, diabétique, hypertendu, ayant fait un AVC il y a 4 ans avec hémiparésie, se présente pour dyspnée progressive, etc.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Court résumé Ex : <i>pt d'âge X, diabétique, hypertendu, ayant fait un AVC il y a 4 ans avec hémiparésie, se présente pour dyspnée progressive, etc.</i>
JUSTESSE DU DX	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Pas d'obligation, mais encouragé à en discuter 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Élaborer dès maintenant une liste de problèmes en proposant une étiologie pour chacun (NOTE AUX MONITEURS : NE PAS PÉNALISER SI HYPOTHÈSES NON EXACTES, MAIS LA LISTE DE PROBLÈMES DOIT ÊTRE COMPLÈTE)
INVESTIGATION	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Pas obligatoire, mais encouragé à en discuter 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Pas obligatoire, mais encouragé à en discuter
PLAN	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Pas obligatoire, mais encouragé à en discuter 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Pas obligatoire, mais encouragé à en discuter

CRITÈRES DES HISTOIRES DE CAS SELON LE NIVEAU DE FORMATION

Révisé C. Bourdy, K. Bouillon, É. Dufour juillet 2022

	IDC 1 ^{ère} SESSION	IDC 2 ^e SESSION
IDENTIFICATION	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Sexe, âge, état civil, profession ▣ Si pertinent : région rurale ou urbaine 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Sexe, âge, état civil, profession ▣ Si pertinent : région rurale ou urbaine
RAISON DE LA CONSULTATION (RC)	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Utiliser un terme médical (symptôme principal – ne pas écrire un diagnostic) N.B. : Hypothèses précoces générées, mais non écrites 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Utiliser un terme médical (symptôme principal – ne pas écrire un diagnostic) N.B. : Hypothèses précoces générées, mais non écrites
ATCD PERSONNELS ET FAMILIAUX	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Questionnés avant ou après HMA et écrits AVANT l'HMA ▣ Être de plus en plus être ciblé selon les facteurs de risque et la pathologie soupçonnée 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Questionnés avant ou après HMA et écrits AVANT l'HMA ▣ Ciblés selon les facteurs de risque et hypothèses précoces générées
MÉDICAMENTS (Rx)	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Modifications récentes ▣ Commencer à être ciblé selon la pathologie soupçonnée <p>(Ex : AINS pour dyspepsie). NE PAS PÉNALISER DANS LES CORRECTIONS. CEPENDANT, SI CHOIX INCORRECT, PRÉVOIR UNE DISCUSSION ET DES EXPLICATIONS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Rédiger la liste AVEC les posologies ▣ Rechercher spécifiquement les classes de médicaments potentiels selon les pathologies soupçonnées
ALLERGIES	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Type de réactions ▣ Distinction avec intolérance 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Type de réactions ▣ Distinction avec intolérance
HABITUDES DE VIE	<p>Tabagisme (nombre paquets-année) Alcool (quantité) – Drogues Café, thé, colas, boissons énergisantes</p>	<p>Tabagisme (nombre paquets-année) Alcool (quantité) – Drogues Café, thé, colas, boissons énergisantes</p>
PRÉVENTION (SELON LA PERTINENCE)	<p>Vaccination > Préciser les types de vaccins</p> <hr/> <p>Voyages récents Alimentation Environnement</p> <hr/> <p>Exercices > Préciser les fréquences</p>	<p>Vaccination > Préciser les types de vaccins</p> <hr/> <p>Voyages récents Alimentation Environnement</p> <hr/> <p>Exercices > Préciser les fréquences</p>
HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE (HMA) ET REVUE DES SYSTÈMES (RDS)	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Utiliser des phrases complètes, mais courtes ▣ Écrire les 7 attributs de CHAQUE problème. N.B. : On s'attend à ce que les questions soient ciblées en fonction des hypothèses précoces selon le système concerné. N.B. : SI CE NE SONT PAS LES BONS SYSTÈMES, NE PAS PÉNALISER ▣ Rechercher les symptômes accompagnateurs en lien avec la pathologie présumée ▣ Compléter par une revue des systèmes non ciblée, selon le temps disponible 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Utiliser des phrases ciblées sur les symptômes principaux qui sont recherchés ▣ Écrire les 7 attributs de chaque symptôme N.B. : On s'attend à ce que les questions soient ciblées en fonction des hypothèses précoces ▣ Rechercher les symptômes accompagnateurs selon les hypothèses précoces ▣ Compléter par une revue ciblée en fonction des pathologies soupçonnées ou exhaustive, si pertinent
EXAMEN PHYSIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Cibler selon les hypothèses diagnostiques et rechercher les signes spécifiques ▣ Compléter avec les autres systèmes, si le temps le permet pour favoriser la révision et l'intégration 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Cibler en établissant des liens avec les hypothèses diagnostiques précoces générées tout au long de la rencontre ▣ Compléter l'examen des autres systèmes
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Court résumé Ex : pt d'âge X, diabétique, hypertendu, ayant fait un AVC il y a 4 ans avec hémiparésie, se présente pour dyspnée progressive, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Court résumé Ex : pt d'âge X, diabétique, hypertendu, ayant fait un AVC il y a 4 ans avec hémiparésie, se présente pour dyspnée progressive, etc.
JUSTESSE DX	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Rédiger une liste de problèmes et des étiologies potentielles pour chacun des problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Rédiger une liste de problèmes complète et très bien décrite avec les étiologies potentielles pour chacun en insistant sur le diagnostic différentiel
INVESTIGATION ET PLAN	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Décrire précisément si en lien avec un système appris en APP 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Décrire précisément si en lien avec un système appris en APP

OBSERVATION DIRECTE D'UNE ENTREVUE ET D'UN EXAMEN PHYSIQUE

Nom de l'étudiant : _____ Date : _____

ÉTABLIR LE PREMIER CONTACT	Processus ET Contenu
<ul style="list-style-type: none"> • L'étudiant se présente, salue le patient et l'identifie. • Clarifie son rôle et précise ce qu'il s'apprête à effectuer (anamnèse et /ou examen physique). • S'assure du confort du patient et du sien. 	
EXPLORER LA RAISON DE CONSULTATION	Processus ET Contenu
<ul style="list-style-type: none"> • Identifie la raison de consultation en laissant le patient l'exposer spontanément. (celle qui a motivé la <u>première</u> consultation pour ce problème et /ou celle qui a conduit à l'hospitalisation) • Résume la raison de consultation et la valide. 	
EXPLORER LES PROBLÈMES ET L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT	Processus ET Contenu
<p>Écoute attentivement le récit spontané (fil narratif) du patient sans l'interrompre durant la première minute</p> <p>Précise TOUS les symptômes avec des questions d'abord ouvertes, puis fermées : facilitation, clarification, résumés, énoncés d'entretien</p> <p style="text-align: center;">MALADIE ACTUELLE</p> <p>ATTRIBUTS DES SYMPTÔMES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Caractéristiques (description du problème et intensité) ➤ Historique et évolution ➤ Circonstances d'apparition ➤ Facteurs déclenchants, aggravants, soulageants ➤ Si douleur (localisation, irradiation, intensité/10) ➤ Symptômes accompagnateurs ➤ Symptômes systémiques <p>EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Préoccupations face aux symptômes ou traitements ➤ Impact du problème actuel ➤ Croyances sur la nature et cause(s) de son problème ➤ Attentes et émotions face au(x) problème(s) 	
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX HABITUDES DE VIE – MÉDICATION – ALLERGIES	
REVIEW DES SYSTÈMES (selon pertinence)	
CLÔTURER L'ENTREVUE	Processus ET Contenu
Résume la maladie actuelle et valide avec le patient sa compréhension du problème.	
APTITUDES ET ATTITUDES LORS DE L'EXAMEN PHYSIQUE	Processus ET Contenu
<ul style="list-style-type: none"> • Effectue un examen physique complet ou pertinent à ce patient de façon ordonnée et logique. • Démontre qu'il recherche spécifiquement des signes compte tenu de la présentation clinique. • Effectue les gestes avec exactitude. • Démontre du respect, est soucieux du confort du patient. 	
TERMINER LA RENCONTRE	Processus ET Contenu
Salue le patient et le remercie	

RÉTROACTION DESCRIPTIVE

DESCRIPTION DES COMPORTEMENTS OBSERVÉS EN RELATION AVEC LES COMPÉTENCES SUIVANTES :

1. LE PROCESSUS

- PROFESSIONNALISME : ATTITUDES PROFESSIONNELLES
- COMMUNICATION :
 - HABILITÉS COMMUNICATIONNELLES
 - QUALITÉ DE LA RELATION

2. LE CONTENU

- EXPERTISE MÉDICALE :
 - QUALITÉ DU RECUEIL DES DONNÉES
 - APTITUDES LORS DE L'EXAMEN PHYSIQUE

ET VÉRIFICATION DE LA COMPRÉHENSION DE L'ÉTUDIANT

COMMENTAIRES SELON LES OBJECTIFS DE LA SÉANCE :

- CE QUI FUT ACQUIS
- UN OU DEUX ASPECTS À AMÉLIORER
- MÉTHODES SUGGÉRÉES POUR LE CHANGEMENT SOUHAITÉ

SIGNATURE DU MONITEUR : _____

SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT (si contrat pédagogique) : _____

Date : _____

ÉVALUATION D'UNE ENTREVUE

NOM DE L'ÉTUDIANT : _____

A) ÉTABLIR LE PREMIER CONTACT (processus) EXPLORER LA RAISON DE CONSULTATION (contenu)

L'étudiant	OUI	NON	N/A
1. S'identifie, précise son niveau de formation et identifie le patient			
2. Décrit ce qu'il s'apprête à effectuer (anamnèse et/ou examen physique) et annonce la durée approximative de la rencontre			
3. Voit au confort du patient et s'installe de façon à faciliter les échanges			
4. Demande la raison de consultation/admission (question ouverte)			

B) RECUEILLIR LES DONNÉES CLINIQUES (contenu et processus)

EXPLORATION DES PROBLÈMES	OUI	NON	N/A
1. Écoute attentivement le récit spontané (fil narratif) du patient			
Complète l'information obtenue SPONTANÉMENT en recherchant les attributs du ou des problèmes présentés :	XX	XX	XX
2. caractéristiques (type de malaise – i.e. le qualifieur – et intensité / 10)			
3. historique (profil temporel et évolution dans le temps)			
4. circonstances d'apparition: facteurs environnementaux, émotifs, travail			
5. facteurs déclenchants / aggravants / soulageants			
6. localisation et irradiation (s'il s'agit d'une douleur) et intensité			
7. symptômes accompagnateurs			
8. caractéristiques systémiques du problème (atteinte de l'état général/fatigue; fièvre/frissons; anorexie/perte de poids)			
9. tous les symptômes du ou des systèmes concernés			
10. autres systèmes (POUR MMD 2235 ET 2236)			
11. antécédents personnels (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, obstétricaux - si pertinent)			
12. antécédents familiaux (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques)			
13. prise de médicaments (prescrits ou non prescrits; produits naturels)			
14. allergies (médicamenteuses, alimentaires ou de contact)			
15. habitudes de vie (alimentation, tabac, ROH, café/thé, drogues, activité physique; et si pertinent vie sexuelle)			
16. réseau social (primaire et secondaire)			
COMPRENDRE L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT	XX	XX	XX
17. Préoccupations face à son problème de santé, aux traitements à venir			
18. Impact du problème sur son fonctionnement quotidien			
19. Croyances sur la nature et la (ou les) cause(s) de son problème			
20. Attentes face au(x) problème(s)			
21. Émotions face au(x) problème(s)			

C) STRUCTURER LA RENCONTRE (processus)

L'étudiant	OUI	NON	N/A
1. Aide la communication (facilitation)			
2. Demande des précisions, si nécessaire (énoncé de clarification)			
3. Interrompt et redirige le discours, si nécessaire			
4. Utilise un vocabulaire adapté au patient			
5. Ponctue la rencontre (énoncé d'entretien) (« <i>maintenant, je vais vous questionner sur..., ou examiner ...</i> »)			
6. Utilise des questions de façon appropriée, d'abord ouvertes, puis fermées			
7. Résume périodiquement au moment opportun (énoncé de vérification) et valide avec le patient			
8. Vérifie avec une question ouverte que tous les aspects importants du problème ont été abordés (« <i>y a-t-il autre chose dont vous vouliez parler ?</i> »)			
9. Voit à respecter le temps prévu pour cette rencontre			

D) ÉTABLIR LA RELATION PROFESSIONNELLE (processus)

L'étudiant	OUI	NON	N/A
1. Conserve un contact visuel et a une attitude non verbale adéquate			
2. Répond de façon appropriée au langage non verbal du patient			
3. Maintient son attention envers le patient pendant la prise de notes			
4. Démontre empathie et soutien lors de moments émotifs, si présents			
5. Recherche et accueille les points de vue (perspectives) du patient			

E) ATTITUDES DURANT L'EXAMEN PHYSIQUE

L'étudiant	OUI	NON	N/A
1. Se lave les mains avant et après l'examen			
2. Est détendu et calme			
3. Procède de façon ordonnée et logique			
4. Démontre de la délicatesse et du respect durant l'examen physique			
5. Dénude le patient en temps opportun et assure l'intimité de la mise à nu			
6. Explique clairement tous les gestes qu'il va poser			
7. Adapte son examen si des gestes posés entraînent douleur ou inconfort			
8. Répond de façon appropriée au langage non verbal du patient			
9. Effectue l'examen physique complet (ou l'examen requis par le moniteur)			
10. En terminant, remercie le patient pour sa coopération			

HISTOIRE DE CAS – GÉNÉRALITÉS

LOUIS R. DUFRESNE MD CHUM – HÔPITAL ST – LUC - 1999

Version modifiée Michel Gascon MD CHUM – Hôpital St - Luc 2001-07-09

Version modifiée Christian Bourdy MD et Louise Authier MD 2002-06-27 et 2004-07-16

Version révisée Christian Bourdy MD juillet 2015

Version révisée Karine Bouillon MD novembre 2021

Version révisée C. Bourdy MD, K. Bouillon MD, É. Dufour MD juillet 2022

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

En tant que médecin, vous réaliserez bientôt que l'histoire de cas est votre meilleur compagnon. Cela peut paraître évident, mais vous serez surpris de constater à quel point cette affirmation est vraie. Il est donc difficile de surestimer l'importance d'une histoire de cas bien construite et bien rédigée. L'apprentissage que vous effectuerez nécessitera de votre part beaucoup de temps et de patience. Il y a en effet plusieurs types d'histoires de cas, chacune ayant son intérêt et son importance.

Pour écrire de bonnes histoires de cas, vous devrez apprendre à déchiffrer le langage de votre patient (traduction sémantique), l'aborder avec un vocabulaire qui lui est accessible (un peu plus de 50 % des québécois sont analphabètes fonctionnels), l'examiner de façon méticuleuse et complète tout en respectant son intimité et sa pudeur. Enfin, il vous faudra rassembler toutes les informations recueillies pour vous faire une représentation du problème (raisonnement clinique) afin de pouvoir aider votre patient.

Ce processus vous apparaîtra sans doute compliqué au début, mais vous apprendrez vite à chérir ces instants privilégiés avec vos patients ainsi que les défis qu'ils vous apportent.

LES SECTIONS PRINCIPALES DE L'HISTOIRE DE CAS

- 1- L'anamnèse
- 2- L'examen physique
- 3- Le résumé
- 4- La liste des problèmes / Diagnostic différentiel

L'ANAMNÈSE

Il contient plusieurs sections dont l'importance est inégale :

- 1- Identification du patient
- 2- Raison de consultation
- 3- HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE (le cœur de l'histoire)
- 4- Antécédents personnels: médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux, psychiatriques et allergiques
- 5- Antécédents familiaux: médicaux, chirurgicaux et psychiatriques
- 6- Habitudes de vie
- 7- Dossier pharmacologique
- 8- Revue des systèmes

1- IDENTIFICATION DU PATIENT

(POUR VOS TRAVAUX, NE PAS RÉDIGER LE NOM COMPLET DU PATIENT COMPTE TENU DE LA CONFIDENTIALITÉ, ÉCRIRE LES INITIALES)

Il s'agit de dresser le profil social de votre patient en déterminant:

- son sexe, son âge
- son état civil
- son occupation actuelle et antérieure (travail)
- son pays d'origine, sa religion (si pertinents)

N.B. : seulement si ces informations vous paraissent pertinentes, pour chacun de ces items, vous devrez préciser les particularités de votre patient; ainsi est-il catholique pratiquant ? ou bien quel lien entretient-il avec son pays d'origine, s'il est immigrant ?

2- RAISON DE CONSULTATION

Il s'agit d'un énoncé bref, mais le plus précis possible du motif amenant le patient à vous consulter tout en restant au plus près possible des paroles du patient (on cherche aussi à y déterminer les attentes du patient).

3- HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

Cette section est sans conteste la plus importante. On dit même que l'on juge la qualité d'une histoire de cas par la qualité de sa maladie actuelle. Vos qualités de « détective » seront ici mises à rude épreuve. Il vous faudra déchiffrer le langage du malade, l'intégrer et en faire un **scénario logique temporellement et médicalement**. Soyez avisé, il n'y a pas de recette universelle. Il y a en effet presque autant de façon de faire qu'il y a de médecins et de patients.

Cela étant dit, vous devriez respecter certains principes fondamentaux afin que votre tâche soit la plus aisée possible, surtout au début alors que vous n'aurez pas encore toute votre assurance et que votre expertise sera encore perfectible. Ces principes sont :

- ÉCOUTEZ VOTRE PATIENT**, c'est peut-être évident, mais vous seriez surpris de constater combien d'entre nous oublient cette maxime fondamentale
- SOYEZ LOGIQUE** et construisez une histoire qui suit un déroulement dans le temps ainsi qu'un ordre hiérarchique des symptômes ressentis par le malade
- CARACTÉRISEZ BIEN CHACUN DES SYMPTÔMES (attributs du symptôme) et évaluez, puis rédigez entièrement les symptômes (qu'ils soient positifs ou négatifs) des systèmes concernés à l'intérieur de la maladie actuelle.** Nous reviendrons sur ce sujet plus tard, mais il est très important de décortiquer chaque malaise en entier.
- COMMENCEZ DÉJÀ À ÉLABORER DES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES.** Vos questions seront alors plus pertinentes et votre maladie actuelle en sera d'autant plus intéressante

- **UTILISEZ UN VOCABULAIRE APPROPRIÉ.** Si le patient ne comprend pas vos questions, il aura beaucoup de difficulté à vous répondre de façon intelligente et éclairée. Vous devez devenir polyglotte !

Il y a deux principaux types de symptômes pouvant motiver une consultation médicale, ce sont les **douleurs** et les **symptômes reflétant le dysfonctionnement d'un organe ou d'un système**. La démarche de précision des symptômes est cependant la même dans les deux cas.

- **La douleur**

C'est le motif de consultation le plus fréquent. Pour pouvoir en arriver à un diagnostic, vous devrez préciser

- sa **localisation**, son **irradiation**
- connaître son **intensité** (sur une échelle de 1 à 10)
- déterminer son **profil temporel** (historique), incluant la question de savoir si c'est un premier épisode.
- déterminer son **caractère**
- préciser les **facteurs aggravants et déclenchants** ainsi que les **facteurs atténuants ou soulageants**. Il est aussi important de savoir ce que le patient a essayé pour se soulager et si c'est avec ou sans succès
- rechercher les **symptômes accompagnateurs** caractéristiques de cette douleur
- N'oubliez pas **d'explorer complètement le ou les systèmes concernés** afin d'obtenir le maximum de renseignements pour étoffer votre diagnostic.

- **Les symptômes reflétant le dysfonctionnement d'un organe ou d'un système**

Ceux-ci sont très variés et réfèrent le plus souvent à un système de façon assez évidente. Il faut les caractériser le plus possible en insistant sur :

- leur **nature** (ce que le patient veut vraiment dire)
- leur **caractère précis** (s'il s'agit de sécrétions, par exemple)
- leur **profil temporel** et leur variabilité dans le temps (évolution)
- leur **intensité**
- les **facteurs déclenchants, aggravants et atténuants**
- les **symptômes accompagnateurs**
- N'oubliez pas **d'explorer complètement le ou les systèmes concernés** afin d'obtenir le maximum de renseignements pour étoffer votre diagnostic.

Ensuite, il faut toujours rechercher la présence de **symptômes d'atteinte de l'état général (symptômes systémiques)** comme la fièvre, la perte de poids, la diaphorèse nocturne et l'asthénie. Ces symptômes se retrouvent en effet dans beaucoup de pathologies.

Enfin, dans chaque situation clinique, vous devez évaluer avec le patient :

- quelles sont **ses préoccupations (inquiétudes)** en regard de ses symptômes
- **l'impact du problème** actuel sur sa vie quotidienne (retrait du travail, abandon des loisirs, isolement dans sa demeure, etc.)
- ses **craintes** face au diagnostic ou aux traitements
- ses **attentes**

Finalement, la maladie actuelle, comme le reste de l'anamnèse, n'est pas l'endroit pour introduire des éléments objectifs que vous auriez notés bien que ces premières observations (impressions initiales) vont diriger votre investigation de la maladie actuelle. Ces observations seront rédigées dans la section sur l'examen physique.

4- ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Il s'agit d'une portion de l'entrevue où vos questions seront avantageusement fermées afin de mieux gérer votre temps.

Vous devez ici dresser une liste des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques et obstétricaux de ce patient. Il s'agit donc d'une liste de maladies ou de chirurgies et non **pas d'une énumération de symptômes** racontés par le patient. Il est recommandé de procéder par ordre chronologique et d'être assez concis.

C'est ici que vous inscrirez les **allergies** de votre patient, qu'elles soient alimentaires, médicamenteuses ou environnementales. Il vous faudra cependant distinguer entre une véritable allergie et une intolérance médicamenteuse. Une intolérance médicamenteuse est davantage un effet secondaire qu'une réaction allergique.

5- ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Il s'agit, ici aussi, d'une portion de l'entrevue où vos questions seront avantageusement fermées afin de mieux gérer votre temps.

Il s'agit d'inscrire les maladies et chirurgies présentées par les parents et la fratrie du malade. Vous comprendrez très bien qu'il faut surtout insister sur les maladies héréditaires ou avec une incidence familiale sans négliger pour autant les grands syndromes cliniques comme l'athérosclérose, le diabète ou l'hypertension par exemple.

6- HABITUDES DE VIE

Il s'agit, ici aussi, d'une portion de l'entrevue où vos questions seront avantageusement fermées afin de mieux gérer votre temps.

Vous devez questionner votre patient sur ses habitudes de vie afin de déterminer ses facteurs de risque. On retient ici les thèmes suivants :

- l'**alimentation**
- le **tabac**
- l'**alcool**
- les **drogues** de toutes sortes
- l'**activité physique**
- la **vie sexuelle**

Bien entendu chacun de ces sujets devra être abordé avec tact, et doigté, mais aussi avec toute la fermeté requise par la situation clinique. Votre jugement clinique est toujours votre meilleur atout.

Par exemple, vous n'insisterez pas autant sur l'anamnèse de la vie sexuelle d'une religieuse de 80 ans hospitalisée pour un infarctus que vous ne le ferez pour un jeune homme de 25 ans qui se présente pour un écoulement urétral.

7- AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Cette évaluation doit être effectuée avec toute personne chez qui nous soupçonnons une perte d'autonomie.

- Activités de la vie quotidienne (**AVQ**) : se laver, s'habiller, se nourrir, entretenir sa personne, utiliser les toilettes (fonction vésicale et intestinale), se déplacer (marcher, transferts, escaliers) dans son lieu de vie
- Activités de la vie domestique (**AVD**) : utiliser le téléphone, effectuer ses emplettes, préparer son repas, effectuer l'entretien de son lieu de vie, effectuer sa lessive, utiliser son véhicule ou le transport en commun, prendre ses médicaments, gérer ses finances.

8- DOSSIER PHARMACOLOGIQUE

Il s'agit, ici aussi, d'une portion de l'entrevue où vos questions seront avantageusement fermées afin de mieux gérer votre temps.

C'est un dossier assez simple en autant que le patient connaisse sa médication ou encore qu'il ait apportée avec lui une liste de ses médicaments. Dans les autres cas, vous devriez communiquer avec un membre de sa famille ou son pharmacien. Idéalement, vous obtiendrez la liste complète de la médication consommée par le malade, qu'elle soit obtenue par une prescription ou non. Même les médicaments dits naturels devraient être recherchés.

9- REVUE DES SYSTÈMES – EXPLORATION FONCTIONNELLE

Il s'agit ici d'explorer le fonctionnement de chaque système avec des questions précises, le plus souvent fermées. Bien entendu, si vous constatez une dysfonction dans un système, vous devrez approfondir le symptôme et le système en question avec d'autres questions, comme vous l'effectuez au cours de la maladie actuelle.

Avec des pathologies multisystémiques, votre exploration fonctionnelle peut devenir longue et ardue ! **Le meilleur conseil que l'on puisse vous donner, c'est d'être bien organisé et d'y aller toujours avec la même méthode (être systématique).** Ce n'est pas grave d'oublier de demander à un patient qui s'apprête à être opéré s'il a une éruption cutanée, mais ce serait un peu inquiétant que vous omettiez de demander au même patient s'il a déjà eu des douleurs rétrosternales. Allez-y donc par système et soyez **le plus méthodique possible.**

Il existe plusieurs revues des systèmes ou exploration fonctionnelle. Voici celle que nous vous recommandons, elle a l'avantage d'être assez anatomique et assez facile à retenir dans ses grandes lignes au moins. Elle demeure personnelle jusqu'à un certain point. En effet, vous constaterez que la répartition de certains symptômes peut paraître arbitraire et vous aurez sans doute un peu raison. Libre à vous de vous construire votre revue des systèmes personnalisée, mais soyez vigilants afin de ne pas oublier des symptômes en chemin! Votre moniteur vous aidera.

Lors de la rédaction de l'histoire de cas, les symptômes des systèmes concernés par le problème du patient doivent être rédigés dans l'histoire de la maladie actuelle. Si vous avez l'occasion de pratiquer le reste de la revue des systèmes, vous rédigez ces autres symptômes dans cette section de Revue des Systèmes.

N.B. : les symptômes en caractères gras de chaque système sont les symptômes-clés, ceux qu'il faut absolument rechercher. S'ils sont absents, il n'est pas nécessaire de poser toutes les questions du système concerné. Cependant cette remarque ne s'applique que pour la revue des systèmes et non lors de l'exploration d'un système donné pendant la maladie actuelle.

I. Le système ophtalmologique

Il faut bien commencer par quelque chose. Nous vous l'avons dit, nous serons anatomiques. Voici les symptômes que vous devriez questionner quant au système ophtalmologique :

Rougeur oculaire	Sécrétions
Douleur oculaire	Sécheresse des paupières
Diplopie	Larmoiement excessif
Réduction de l'acuité visuelle	Scotomes – phosphènes (flashes)

II. Le système oto-rhino-laryngologique

Ce système passe en second. Vous avez ici plusieurs organes à explorer : le nez, les oreilles, la bouche, le pharynx supérieur et le larynx sont en effet dans le voisinage.

Otalgie	Otorrhée
Hypoacousie	Éternuement

Tinnitus (Acouphènes)	Épistaxis
Dysphonie – Aphonie	Prurit nasal
Saignement gingival	Écoulement nasal postérieur
Rhinorrhée	Ulcération buccale

III. Le système neurologique

Il s'agit du premier système d'un organe noble diront les mauvaises langues. Son exploration fonctionnelle peut être problématique si le patient est aphasique par exemple; il est alors suggéré de faire appel à un membre de la famille pour compléter l'anamnèse.

Dominance manuelle (D ou G, même si ce n'est pas un symptôme, c'est utile à savoir)	Paresthésies
Céphalée	Vertiges, étourdissements
Perte de conscience	Dysphasie ou aphasie
Syncope	Troubles sensoriels
Convulsions	Tremblements
Amaurose fugace	Ataxie
Parésie	Perte de mémoire

IV. Le système psychiatrique

L'exploration de ce système peut paraître moins utile à certains, mais il est autant essentiel que les autres. On approfondira la relation médecin-patient en demandant à ce dernier de verbaliser des épisodes de vie difficiles et on notera alors sa façon de réagir et d'identifier les affects dominants et on identifiera des troubles de comportement reconnus par le patient. Voici une liste des principaux affects dysfonctionnels ainsi que d'autres symptômes psychiatriques à approfondir chez vos malades :

Anxiété	Idéation suicidaire (si soupçonnée)
Tristesse	Hallucinations visuelles
Colère	Hallucinations auditives
Culpabilité	Troubles de comportement
Euphorie	

V. Le système respiratoire

Il y a ici un peu d'arbitraire car plusieurs symptômes comme la dyspnée se retrouvent dans le système cardiovasculaire, au besoin vous devrez les inclure sous cette rubrique. Ce système est bien entendu dominé par les pathologies reliées au tabac.

Toux	Dyspnée (grade I à V)
Expectorations	Douleur thoracique
Hémoptysies	
Respiration bruyante (sifflante ou ronflement)	

N.B. : Le tabagisme et l'exposition industrielle sont des éléments importants du système respiratoire, mais ils sont à rédiger dans les habitudes de vie et le travail respectivement.

VI. Le système cardiovasculaire

Organe noble par excellence, le cœur n'est pas seul dans son système. On inclut en général aussi le réseau vasculaire périphérique dans ce système.

Douleur rétrosternale	Dyspnée paroxystique nocturne
Palpitations	Orthopnée
Perte de conscience (syncope)	Claudication intermittente
Dyspnée (grade I à IV)	Œdème des membres inférieurs

VII. Le système gastro-intestinal

L'exploration de ce système se fait de « haut en bas ». Chaque symptôme doit être analysé en profondeur et son histoire consignée avec soin, bien entendu.

Odynophagie	Mélena
Dysphagie	Nausée
Dyspepsie	Vomissements
Brûlure épigastrique	Douleur abdominale
Régurgitation / reflux	Transit intestinal
Ictère	Stéatorrhée
Hématémèse	Douleur anorectale
Rectorragie	

VIII. Le système urinaire

Ce système comprend les reins, mais aussi l'appareil excrétoire urinaire ainsi que la prostate chez l'homme. Vos questions seront orientées vers l'exploration fonctionnelle de ces organes.

Brûlure mictionnelle	Douleur loge rénale
Dysurie (difficulté à uriner)	Pollakiurie
Hématurie	Polyurie
Nycturie	Ténesme vésical
Goutte-à-goutte	Miction impérieuse
Force du jet	Incontinence urinaire

IX. Le système génital

Plus limité chez l'homme, la revue de ce système devient très importante chez la femme et devrait être très détaillée dans la presque totalité des cas. Il ne faut pas négliger les symptômes associés à la ménopause également. Le recueil de symptômes sera donc très différent selon le sexe du malade.

Chez l'homme, voici les symptômes à rechercher :

Douleur périnéale	Hémospermie
Douleur scrotale	Douleur à l'éjaculation
Masse scrotale	Écoulement urétral
Dysfonction érectile	

Chez la femme, voici les symptômes à rechercher :

Ménarche	Leucorrhée
Histoire menstruelle (cycle menstruel)	Ménopause et malaises associés
Date des dernières menstruations (DDM)	Dysménorrhée
Ménorragie	Dyspareunie
Métrorragie	

X. Le système endocrinien

En raison de la localisation et de la fonction des différentes glandes endocrines, l'exploration fonctionnelle de ce système emprunte plusieurs symptômes aux autres systèmes.

Voici un aperçu du dépistage pour l'appareil endocrinien, au besoin il faudra être plus élaboré. Votre expérience clinique sera d'une grande utilité dans ces cas.

Polydipsie	Tremblements
Polyurie	Pilosité excessive
Polyphagie	Pilosité insuffisante
Friilosité	Palpitations
Intolérance à la chaleur	Constipation – diarrhée
Raucité de la voix	Sudation
Gain ou perte de poids	Gynécomastie
Aménorrhée / Galactorrhée	

XI. Le système hématologique

Les symptômes du système hématologique sont plutôt systémiques, mais quelques symptômes lui sont spécifiques.

Perte de poids	Fatigabilité
Sudation nocturne	Susceptibilité aux infections
Masse cervicale ou inguinale	Diathèse hémorragique

XII. Le système locomoteur

Bien que périphérique, ce système ne saurait être négligé. En effet, plusieurs pathologies rencontrées ici ont des répercussions systémiques. Que l'on pense, entre autres, aux collagénoses.

Arthralgie centrale	Raideur matinale
Arthralgie périphérique	Phénomène de Raynaud
Gonflement articulaire	Myalgies
Rougeur articulaire	

XIII. Le système trophique (peau et phanères)

Le système trophique inclut la peau, les ongles et les cheveux.

Érythème	Raynaud
Prurit / éruption	Alopécie
Hippocratisme digital	Photosensibilité
Pitting unguéal	

XIV. Syndromes gériatriques (si nécessaire)

Chutes	Polymédication
Délirium	Syndrome d'immobilisation
Trouble neurocognitif (démence)	Perte d'autonomie (cf. AVQ et AVD)
Dépression	Fragilité
Incontinence urinaire	

Cf. texte des docteurs Y. Lajeunesse et M. Moreau 2019

L'EXAMEN PHYSIQUE

Nous vous référons au Cahier des habiletés cliniques et à l'enseignement que vous dispensera votre moniteur pour cette partie de l'histoire de cas.

À noter que la première partie de l'examen physique est toujours l'apparence générale. Vous devez rédiger cette section en portant une attention particulière aux éléments de l'apparence générale qui pourraient être en lien avec le problème.

LE RÉSUMÉ – REPRÉSENTATION DU PROBLÈME

Il s'agit d'un moment d'arrêt important, vous devez **organiser votre pensée** et **résumer brièvement le tableau clinique** du patient. Nous vous conseillons d'en arriver dans cette section à **identifier le ou les syndromes cliniques** expliquant le mieux la symptomatologie dominante du patient.

Vous devez ici démontrer que vous avez **compris le ou les problèmes de votre patient**. On doit pouvoir réaliser à la lecture de votre résumé que vous avez effectué un raisonnement clinique, que vous avez saisi, du moins en partie, ce qui est la cause du ou des problèmes du patient et les impacts de ceux-ci.

LA LISTE DES PROBLÈMES / DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Vous arrivez vers la fin de votre histoire de cas. C'est une section très utile, c'est ici que vous faites la liste de tous les problèmes de votre patient avec leur diagnostic différentiel.

Nous insistons sur le mot « **tous** », il est en effet important de faire une liste exhaustive. Cette liste est habituellement numérotée. Cette liste deviendra alors un outil redoutable car une simple consultation vous donnera alors un aperçu complet de ce malade. Les problèmes possibles sont : un symptôme, un signe clinique, une habitude de vie étant un facteur de risque de maladie, une maladie chronique traitée.

Même les problèmes soi-disant inactifs devraient être listés car ils complètent votre compréhension du patient.

Pour chaque problème (de type symptôme ou signe clinique) identifié, vous devrez élaborer un diagnostic différentiel complet ainsi qu'un plan d'investigation et de traitement, surtout en deuxième année (MMD 2235 et 2236). Avec le raisonnement clinique qui s'améliore, il est souvent possible de jumeler certains symptômes et signes ensembles dans un même problème.

L'HISTOIRE DE MADAME N

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Il s'agit d'une traduction libre de l'exemple du Bates (12^e et 13^e édition).

Les encadrés en caractères gras sont des commentaires provenant du Comité de cours IMC/IDC et vous indiquent comment nous voulons que les histoires de cas soient rédigées. Parfois, il s'agira plutôt de commentaires visant à expliciter le texte anglais.

1. IDENTIFICATION

Madame N. est une veuve de 54 ans, vendeuse, résidant à Espanola, Nouveau-Mexique
Elle consulte d'elle-même et elle paraît fiable.

2. RAISON DE CONSULTATION

« J'ai mal à la tête »

3. MALADIE ACTUELLE

Depuis 3 mois, madame N. souffre de maux de tête frontaux de plus en plus importants. Ces céphalées sont habituellement bi-frontales, pulsatiles et d'intensité légère à modérément sévère.

N.B. : Il aurait été pertinent de demander à la patiente de grader sa douleur sur 10.

Elle a dû s'absenter de son travail à plusieurs reprises à cause de nausées et de vomissements accompagnant ses céphalées. Celles-ci surviennent, en moyenne, une fois par semaine, sont habituellement liées au stress et durent de 4 à 6 heures. Elles sont soulagées par le sommeil ou par l'application d'un linge humide posé sur son front, mais très peu par la prise d'Aspirine. Elle ne présente aucun changement de la vision ni déficit sensori-moteur ni paresthésies.

Ses céphalées, accompagnées de nausée et de vomissements, ont débuté à l'âge de 15 ans, ont perduré jusqu'à la mi-vingtaine puis ont diminué en fréquence jusqu'à une céphalée aux 2 à 3 mois et ont finalement presque disparu.

La patiente rapporte subir plus de pression au travail devant un nouveau patron exigeant; elle est aussi préoccupée par sa fille (voir *Histoire personnelle et sociale*).

Elle croit que ses céphalées actuelles s'apparentent à celles qu'elle a eues auparavant, mais elle veut en être certaine car sa mère est morte d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Elle craint que ses céphalées lui nuisent au travail et la rendent irritable à la maison.

4. HABITUDES DE VIE

Elle mange trois repas par jour, boit 3 cafés par jour et un thé en soirée.

Médicaments :

Acétaminophène 1 à 2 comprimés aux 4 à 6 heures, au besoin

Elle a déjà pris une « pilule pour l'eau » en raison d'une enflure aux chevilles, mais n'en a pas pris récemment.

¹**Allergies : Ampicilline** lui a déjà causé une éruption (cf. Antécédents personnels)

N.B. : Médicaments et Allergies ne doivent pas être rédigés ici, mais plutôt séparément (cf. Histoire de cas – Généralités)

¹ Il est pertinent de souligner d'une façon quelconque les points importants

Tabac : 1 paquet par jour depuis l'âge de 18 ans (soit 36 paquets-année)

Alcool/drogues : vin en de rares occasions, aucune drogue

5. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

➤ Maladies durant l'enfance :

Rougeole, varicelle

Ni scarlatine ni rhumatisme articulaire aiguë (RAA)

➤ Maladies de l'âge adulte :

Antécédents médicaux :

Pyélonéphrite en 1998 (fièvre et douleur au flanc droit, elle fut traitée avec de l'ampicilline causant une éruption généralisée avec prurit, apparu quelques jours après le début de l'antibiotique); les radiographies rénales auraient été normales; aucune récurrence de pyélonéphrite

Antécédents chirurgicaux

Amygdalectomie et adénoïdectomie (AA) à 6 ans

Appendicectomie à 13 ans

Sutures pour lacération (chute sur un verre) en 2001

N. B. : Il aurait été pertinent de situer la plaie

Antécédents gynéco-obstétriques :

G3P3 (ou G3P3A0V3) : accouchements vaginaux normaux de 3 enfants vivants

Ménarche à 12 ans

Dernières menstruations (DDM) il y a 6 mois

Faible libido, non active sexuellement; pas de risque de VIH

Antécédents psychiatriques :

Aucun

➤ Prévention :

Vaccinations :

Polio (ne sait pas quand); D₂T₅ à 2 reprises en 1982 et un rappel un an plus tard; vaccin antigrippal en 2000, sans effet secondaire

Tests de dépistage :

Dernier Pap Test en 2014: normal

Aucune mammographie effectuée jusqu'à maintenant

6. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

N.B. Il y a deux façons de décrire les antécédents familiaux : le génogramme (voir Bates' p. 31) ou un texte (voir ci-dessous). Les maladies génétiques sont cependant plus faciles à suivre avec un génogramme. Les éléments négatifs de l'histoire familiale qu'il serait pertinent de souligner sont toujours inscrits à la fin quelle que soit la méthode utilisée.

Père : décédé à 43 ans dans un accident ferroviaire

Mère : décédée à 67 ans d'un AVC, elle souffrait de varicosités et de céphalées

2 frères :

Un de 61 ans souffrant d'hypertension artérielle (HTA) par ailleurs en bonne santé;

Un frère de 58 ans en bonne santé, mais souffrant d'un peu d'arthrite

1 sœur : décédée en bas âge de cause inconnue

Époux décédé à 54 ans d'un infarctus du myocarde

N.B. : Ceci ne devrait pas être inscrit ici car il ne s'agit pas de l'histoire de santé de madame N.; ceci est d'ailleurs repris dans l'histoire sociale et ne devrait être écrit qu'à cet endroit.

1 fille de 33 ans souffrant de céphalées migraineuses, par ailleurs en bonne santé
2 fils : Un de 31 ans souffrant de céphalées; un de 27 ans en bonne santé

Pas d'histoire familiale de diabète, de tuberculose, de maladie cardiaque ou rénale, de cancer, d'anémie, d'épilepsie ou maladie psychiatrique.

N.B. On aurait dû aussi nommer spécifiquement l'hyperlipémie et l'hypertension artérielle.

7. HISTOIRE PERSONNELLE ET SOCIALE

Elle est née et a grandi à Las Cruces, a terminé ses études collégiales et s'est mariée à 19 ans. Elle a travaillé comme vendeuse pendant 2 ans, puis a déménagé à Espanola avec son époux et a eu 3 enfants. Elle est retournée au travail il y a 15 ans à cause de problèmes financiers. Ses 3 enfants sont mariés. Il y a 4 ans, son époux est décédé subitement d'un infarctus du myocarde, lui laissant peu d'économies. Madame N. est déménagée dans un petit appartement pour être plus près de sa fille Isabel. John, le mari de celle-ci, étant un alcoolique, Isabel a dû emménager chez sa mère avec ses deux enfants : Kevin, 6 ans et Lucia, 3 ans.

N.B. Il aurait fallu mentionner depuis quand.

Madame N. sent qu'elle doit les aider, elle se sent tendue et nerveuse, mais elle nie se sentir déprimée. Elle a des amies, mais elle ne discute que rarement de ses difficultés familiales : « *J'aime mieux m'arranger avec mes affaires. Je n'aime pas les racontars* ». Elle ne fréquente ni l'église ni des groupes communautaires de soutien.

Elle se lève habituellement à 7h00 le matin, travaille de 9h00 à 17h30 et soupe seule.
Exercice et diète : elle fait peu d'exercices et mange des plats plutôt riches en hydrates de carbone.

N.B. Nous écrivons plutôt ces informations dans les HABITUDES DE VIE

Mesures de sécurité :

Elle met toujours sa ceinture de sécurité en automobile, utilise des crèmes solaires. Ses médicaments sont conservés dans une armoire non verrouillée; les produits domestiques de nettoyage sont conservés sous l'évier dans une armoire non verrouillée. Le fusil de son époux et les munitions sont conservés dans un espace de rangement non verrouillé.

8. REVUE DES SYSTÈMES

N.B. : Il est important de marquer d'une façon ou d'une autre ce qui doit retenir l'attention du clinicien; ici, nous l'avons souligné et mis en caractères gras.

SANTÉ GÉNÉRALE

Prise de 10 lbs (5 kg) au cours des 4 dernières années.

PEAU

Pas d'éruption, ni autres lésions

TÊTE, ORLO (Oto-Rhino-Laryngologie + Ophtalmologie)

Cf. maladie actuelle

Pas d'antécédents de trauma crânien

Yeux :

Verres pour la lecture depuis 5 ans, dernier examen de la vue il y a 1 an; pas de symptômes

Oreilles :

Audition normale; pas de tinnitus, ni vertige ni infections

Nez et sinus :

Petits rhumes à l'occasion; pas de fièvre des foins, ni problèmes sinusaux

Gorge (ou bouche et pharynx) :

Saignement de gencives noté récemment; dernière visite chez le dentiste il y a 2 ans;
Ulcères aphteux à l'occasion

COU

Pas de masse notée, ni goitre ni douleur. Pas de ganglions enflés.

SEINS

Pas de masse notée ni douleur ni écoulement; auto-examen des seins effectué irrégulièrement

RESPIRATOIRE

Pas de toux ni wheezing ni dyspnée; dernière radiographie pulmonaire en 1986 à l'hôpital St-Mary's : rien à signaler

CARDIOVASCULAIRE

Pas de maladie cardiaque connue ni hypertension

N.B. Ceci a été vérifié au cours des antécédents et ne devrait être pas répété ici, d'autant qu'il s'agit de diagnostic, or on n'écrit pas de diagnostic dans la Revue des systèmes

Dernière vérification de la tension artérielle en 2007

Pas de dyspnée d'effort ni orthopnée ni douleur thoracique (N.B. : douleur rétrosternale = DRS) ni palpitation

N.B. On aurait dû aussi noter la dyspnée paroxystique nocturne (DPN)

Jamais passé d'électrocardiogramme (ECG)

GASTRO-INTESTINAL

Appétit bon

N.B. Nous écrivons ceci plutôt dans les HABITUDES DE VIE

Pas de nausée ni vomissement ni difficulté à digérer

Selles quotidiennes, avec parfois une selle dure aux 2 à 3 jours quand plus tendue

Pas de diarrhée ni rectorragie

Pas de douleur abdominale ni jaunisse (ictère) ni problèmes de vésicule biliaire ou de foie

URINAIRE

Pas de pollakiurie ni douleur mictionnelle ni hématurie ni douleur costo-vertébrale récente

Nycturie une fois par nuit : une bonne quantité d'urine à chaque fois

Incontinence occasionnelle quand elle tousse fort

N.B. : *Dysuria* en anglais = douleur à la miction, brûlure mictionnelle; dysurie = difficulté à uriner)

GÉNITAL

Pas d'infections vaginales ni pelviennes ni dyspareunie

VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE

Veines variqueuses apparues aux deux jambes durant la première grossesse

Œdème aux chevilles depuis 10 ans, lors de station debout prolongée; elle porte des bas support à compression légère et a essayé des « pilules pour l'eau » (**N.B. : diurétiques**) il y a 5 mois, sans résultat notable

Pas de phlébite ni douleur aux membres inférieurs

MUSCULO-SQUELETTIQUE

Lombalgie légère à l'occasion après une longue journée de travail sans irradiation dans les membres inférieurs; elle a déjà fait des exercices pour le dos, mais elle a cessé
Pas de douleur articulaire autre

PSYCHIATRIQUE

Pas d'histoire de dépression ni de traitement psychiatrique.

Voir la MALADIE ACTUELLE ET L'HISTOIRE PERSONNELLE ET SOCIALE.

N.B. 1) Les antécédents psychiatriques doivent être vérifiés lors des ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (et non ici)
2) L'évaluation psychiatrique de base devrait être effectuée telle que décrite dans le vidéo et le texte du Dr Jacques Monday (MMD 1239): i.e. les aspects
bio (déjà effectués dans les HABITUDES DE VIE et les autres systèmes)
psycho (affects dysfonctionnels : anxiété, tristesse, culpabilité, hostilité, euphorie)
social (réseau primaire)

NEUROLOGIQUE

Pas de perte de conscience ni convulsions ni parésie ni paresthésie, hyperesthésie ou anesthésie
La mémoire est bonne

HÉMATOLOGIQUE

Pas de saignement facile (sauf le saignement de gencives noté ci-haut)
Pas d'anémie

N.B. Anémie est un diagnostic et ne devrait pas être inscrit de cette façon, mais on devrait plutôt chercher les SYMPTÔMES d'anémie (i.e. dyspnée, DRS, infections fréquentes, etc.), ce qui a été recherché auparavant.

ENDOCRINIEN

Pas de problème thyroïdien ni intolérance à la température (**N.B. : chaud ou froid**)
Sudation normale
Pas d'histoire ni de symptômes de diabète

N.B. : 1) Les antécédents de diabète doivent être vérifiés lors des ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (et non ici)
2) Les symptômes de diabète devraient être explicités : perte de poids, polyphagie, polydipsie, polyurie, infections récurrentes, etc.

9. EXAMEN PHYSIQUE

N.B. : Il est important de souligner d'une façon ou d'une autre ce qui doit retenir l'attention du clinicien; ici, nous l'avons souligné et mis en caractères gras.

APPARENCE GÉNÉRALE

N.B. : Il est très important, pour développer le réflexe du raisonnement clinique, de noter les premiers indices dès les premières secondes de la rencontre. Les signes de détresse, la position antalgique, la démarche, l'apparence négligée, les odeurs, la respiration, l'état émotif, etc.) seront notés ici lors de la rédaction.

Madame N. est une femme de courte stature, avec un peu d'embonpoint, dans la cinquantaine; elle est vive et répond rapidement aux questions. Elle est un peu tendue et a les mains froides et moites. Elle est bien coiffée et bien mise. Son teint est bon. Elle est confortable lorsque couchée à plat.

SIGNES VITAUX – POIDS ET TAILLE

Taille (sans souliers) : 157 cm (5' 2")

Poids (habillée) : 65 kg (143 lb)

Indice de masse corporelle : 26

Tension artérielle (TA) avec un brassard large (obèse) :

164/98 (bras droit) couchée; 160/96 (bras gauche) couchée

152/88 (bras droit) couchée

Rythme cardiaque (RC) : 88/ min. régulier

Rythme respiratoire (RR) : 18/min.

Température (T^o) orale : 98,6^o F

PEAU

Paumes froides et moites, mais de coloration normale

Plusieurs taches rubis sur le tronc supérieur

Pas d'hippocratisme digital (*clubbing*)

N.B. L'hippocratisme digital inclut les ongles en verre de montre et la cyanose

TÊTE ET ORLO

Tête :

Cheveux normaux; cuir chevelu sans lésion, tête normocéphalique et sans signe de trauma

Yeux :

20/30 à chaque œil

Champs visuels normaux par confrontation

Conjonctives rosées et sclérotiques blanches

Pupilles à 4 mm et réagissant également à la lumière à 2 mm, rondes, régulières

Mouvements oculaires normaux

Fundi : rebords nets des disques optiques, pas d'hémorragie ni exsudats, pas de pincement artérioveineux ni encoche

Oreilles :

Cérumen obstruant partiellement le tympan droit

Conduit auditif externe (CAE) gauche libre, tympan normal avec cône lumineux normal

Audition à la voix chuchotée normale de chaque côté

Weber central

Conduction aérienne (CA) > conduction osseuse (CO) (Rinné positif, N.B. : ce qui normal)

Nez :

Muqueuses roses, septum central; pas de douleur sinusale

Bouche :

Muqueuse rose; gencives rouges et un peu enflées à plusieurs endroits

N.B. il aurait été pertinent de préciser où.

Dentition : bonne

Langue centrale avec présence d'un **ulcère blanchâtre peu profond de 3 x 4 mm sur une base rouge situé sous la langue près du bout; ulcère sensible, mais non induré**

Pas d'amygdale visible

Pas d'exsudat dans le pharynx

COU

Nuque souple; trachée centrale; isthme thyroïdien à peine palpable, lobes non palpables

GANGLIONS LYMPHATIQUES

Adénopathies bilatérales en cervical postérieur et aux loges amygdaliennes, petites (< 1 cm), molles, non douloureuses, et mobiles

Pas d'adénopathie axillaire ni épitrochléenne

Plusieurs petits ganglions inguinaux bilatéraux, mous et non douloureux

N.B. Il aurait été pertinent de préciser le nombre, la dimension et la localisation exacte de ces ganglions

THORAX ET POUMONS

Thorax symétrique avec une bonne amplitude (expansion)
Percussion normale (sonorité)
Murmure vésiculaire sans bruit ajouté
Diaphragme descend de 4 cm bilatéralement (à l'inspiration profonde)

CARDIO-VASCULAIRE

Pression veineuse jugulaire 1 cm au-dessus de l'angle sternal (angle de Louis) (tête de la table d'examen à 30°)
Pouls carotidien vif, normal, sans souffle
Choc de pointe faible, à peine palpable au 5^e espace intercostal gauche à 8 cm latéralement à la ligne mid-sternale
B₁ et B₂ normaux, pas de B₃ ni de B₄
Souffle mid-systolique II/VI de tonalité moyenne au 2^e espace intercostal droit, sans irradiation vers le cou; pas de souffle diastolique

SEINS

Symétriques, tombants, sans masse; aucun écoulement des mamelons

ABDOMEN

Protubérant
Cicatrice bien guérie au quadrant inférieur droit
Péristaltisme normal
À la palpation, pas de douleur ni de masse
Foie : hauteur de 7 cm sur la ligne mid-claviculaire droite, à rebord lisse, palpable à 1 cm sous le rebord costal (SRC)
Rate et reins non palpables
Pas de douleur aux angles costo-vertébraux

ORGANES GÉNITAUX

Vulve sans lésion
Léger cystocèle au vestibule vaginal à l'effort (N.B. : manœuvre de Valsalva)
Muqueuse vaginale rosée
Col utérin rosé, de multipare sans écoulement
Utérus antérieur (antéfléchi), sur la ligne centrale, lisse et de volume normal
Annexes (**N.B. : trompes et ovaires**) non palpables à cause de l'obésité et du manque de relaxation de la paroi abdominale
Pas de douleur à la mobilisation du col utérin ni au niveau des annexes
Prélèvement fait pour Pap test
Espace recto-vaginal normal (**N.B. : cul-de-sac de Douglas**)

ANO-RECTAL

Ampoule rectale : pas de masse; selles brunes, négatives pour recherche de sang occulte

EXTRÉMITÉS

Chaudes et sans œdème; mollets souples non douloureux

VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE

Trace d'œdème aux 2 chevilles

Légères varicosités au niveau des deux veines saphènes, sans dermite de stase ni ulcère

Pouls vifs (**N.B. : 2/3 = normal; cf. Bates p. 500**)

(N. B. : rédaction soit en tableau comme ci-dessous ou avec un graphique – cf. Bates' p. 35)

	Droit	Gauche
Radiale	2 +	2 +
Fémorale	2 +	2 +
Poplitée	2 +	2 +
Pédieuse	2 +	0
Tibiale postérieure	2 +	2 +

MUSCULO-SQUELETTIQUE

Pas de déformation

Mobilité normale: mains, poignets, coudes, épaules, colonne (N.B. : cervicale et dorsolombaire), hanches, genoux, chevilles

NEUROLOGIQUE

➤ Fonctions mentales supérieures :

Tendue, alerte et coopérative

N.B. : Nous écrivons plutôt ceci dans l'apparence générale au début de la rédaction de l'examen physique

Pensée cohérente; orientée dans les 3 sphères (temps, lieu, personne)

➤ Nerfs crâniens :

II à XII intacts

**N. B. Il faut détailler plus : écrire chaque nerf crânien ou groupe de nerfs et le résultat de l'examen.
Ex. : III-IV-VI : mouvements normaux dans toutes les directions**

➤ Fonction motrice :

Pas d'atrophie, tonus normal

Force 5/5 partout

N.B. : il faut détailler plus : écrire chaque muscle ou groupe musculaire examiné et le résultat de l'examen.

Ex. :	Droit	Gauche
Deltoïde	5	5
Biceps	5	5
.....		
Ischio-jambiers	5	5

➤ Épreuves cérébelleuses :

Mouvements alternatifs, doigt-nez et talon-genou = normaux; démarche stable et fluide

➤ Modalités sensibles

Douleur, toucher léger, proprioception, sens vibratoire et stéréognosie = normaux

N. B. : Il faut détailler plus : préciser quelles régions ont été examinées

Ex. : douleur et toucher léger = normaux au niveau des différents dermatomes des membres supérieurs et inférieurs

Romberg : négatif

➤ Réflexes ostéotendineux (ROT) : (N.B. : 2/4 = normal; cf. Bates p. 725)

(N. B. : rédaction soit en tableau comme ci-dessous ou avec un graphique – cf. Bates' p. 35)

	Droit	Gauche
Bicipital	2 +	2 +
Tricipital	2 +	2 +
Brachioradial (ou stylo-radial)	2 +	2 +

Rotulien	2 +	2 +
Achilléen	1 +	1 +

➤ **Réflexe cutané plantaire (Babinski) :**

En flexion plantaire de chaque côté

10. LISTE DES PROBLÈMES ET PLAN (cf. Bates' pp. 35 à 37)

MIGRAINE (voir explications p. 35)

Plan :

Discussion migraine vs céphalée de tension

Suggérer la relaxation/biofeedback et la gestion du stress

Éviter caféine, colas, autres boissons gazeuses

Essayer AINS au besoin

N.B. Il aurait été possiblement plus pertinent de lui suggérer d'essayer de l'acétaminophène pour débiter car cette médication cause moins d'effets indésirables que les AINS.

Prophylaxie à la prochaine visite, si persistance

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

N.B. Il n'est pas recommandé de poser un tel diagnostic dès la première visite et sur une seule mesure de la tension artérielle. Il faut plutôt prendre la mesure à quelques reprises lors de 3 visites subséquentes avant de poser ce diagnostic.

Plan :

Discuter des valeurs de TA visées et de l'importance de contrôler celle-ci

Vérifier TA dans 1 mois

Bilan métabolique et urinaire

Éviter le sel de table; tenter de perdre du poids; programme d'exercices (cf. surcharge pondérale)

CYSTOCÈLE ET INCONTINENCE URINAIRE DE STRESS (voir explications p. 35)

Plan :

Expliquer la cause de l'incontinence urinaire

Bilan urinaire

Suggérer des exercices de Kegel

N.B. : Il s'agit de la contraction des muscles pubo-coccygiens, comme lors de l'arrêt de la miction

Possibilité d'hormonothérapie topique (vaginale) à la prochaine visite

N.B. : Cette conduite est loin de faire l'unanimité actuellement; il ne s'agit pas d'une pratique basée sur les données probantes (« evidence-based medicine »)

SURCHARGE PONDÉRALE (IMC environ 26)

Plan :

Suggérer un journal de l'apport nutritionnel quotidien

Évaluer la motivation à perdre du poids et fixer un objectif réaliste pour la prochaine visite

Référer en diététique

N.B. : Il faudrait au préalable évaluer la motivation de cette dame à perdre du poids.

Programme d'exercice (30 minutes de marche au moins 3 fois par semaine)

Cf. entrevue motivationnelle (cf. p. 81)

STRESS FAMILIAL (voir explications p. 36)

Plan :

Explorer les stratégies envisagées pour s'adapter à la situation actuelle

Suggérer des groupes de soutien (Al-Anon) pour la fille de la patiente et un conseiller financier pour la patiente
Rester vigilant devant la possibilité de dépression

LOMBALGIE OCCASIONNELLE (voir explications p. 36)

Plan :

Perte de poids (cf. surcharge pondérale)

Programme d'exercices pour les muscles dorsaux (N.B. : et abdominaux)

TABAGISME

Plan

Spirométrie au bureau (« peak-flow » : expiration forcée en 1 seconde)

Discuter de la motivation à cesser de fumer et suggérer fortement de cesser

Référer à un programme de cessation de tabac

N.B. : Il faut évaluer au préalable la motivation à cesser de fumer

Cf. entrevue motivationnelle (cf. p. 81)

Offrir des adjuvants au besoin (timbres, gommes, médication)

INSUFFISANCE VEINEUSE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Rien à offrir de plus

STÉNOSE AORTIQUE POSSIBLE (N.B. : non notée dans le Bates')

Souffle au foyer aortique à préciser

Échographie cardiaque à prévoir

APHTE BUCCAL (N.B. : non noté dans le Bates')

Rien à offrir pour le moment

N.B. Il aurait été intéressant de connaître quel est le traitement habituel utilisé par la patiente; est-il adéquat ?

CÉRUMEN DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE DROIT (N.B. : non notée dans le Bates')

Huile minérale au besoin, à revoir dans 1 mois

ANTÉCÉDENTS DE PYÉLONÉPHRITE DROITE EN 1998

ALLERGIE À L'AMPICILLINE

MESURES PRÉVENTIVES

Enseigner l'auto-examen des seins et prévoir une mammographie

Pap test effectué

Trois tests de recherche de sang occulte dans les selles et discuter de la coloscopie

Suggérer de voir dentiste pour la gingivite

Suggérer de mettre la médication et les produits de nettoyage en lieu sûr, dans une armoire verrouillée et sur une étagère haute, si possible; aussi de ranger le fusil dans un endroit verrouillé.

DATE et SIGNATURE DU MÉDECIN

EXEMPLE DE RÉDACTION D'UNE HISTOIRE DE CAS IMC

N.B. : CET EXEMPLE EST RÉDIGÉ À PARTIR DE LA STRUCTURE DU TEXTE « HISTOIRE DE CAS - GÉNÉRALITÉS ». POUR L'EXAMEN PHYSIQUE, LA STRUCTURE SUIT CELLE DE L'EXEMPLE DE RÉDACTION DE « MADAME N » (VOTRE RÉFÉRENCE).

LES SECTIONS EN ITALIQUE ET EN PLUS PETITS CARACTÈRES SONT DES SECTIONS D'ANAMNÈSE ET D'EXAMEN PHYSIQUE EFFECTUÉES PAR L'ÉTUDIANT POUR SE PRATIQUER ET NON EN LIEN AVEC LA RAISON DE CONSULTATION DE LA PATIENTE.

À NOTER, BIEN QUE L'ORDRE DE RÉDACTION CI-DESSOUS EST CONFORME À CE QUI EST EFFECTUÉ EN CLINIQUE, NOUS INSISTONS SUR L'IMPORTANCE DE QUESTIONNER L'HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE EN PREMIER POUR LES ÉTUDIANTS.

1- IDENTIFICATION DU PATIENT

Femme, 28 ans, célibataire, professeure au primaire

2- RAISON DE CONSULTATION

Douleur abdominale basse

3- ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Médicaux : Pas ITSS passées, pas de maladie intestinale connue, asthme depuis l'enfance

Chirurgicaux : cholécystectomie il y a 1 an, appendicectomie à l'âge de 9 ans

Psychiatriques : aucun

Obstétricaux : G1P0A1 (IVG à 16 ans)

4- ALLERGIES : Aucune

5- ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Sœur 35 ans : maladie de Crohn

Mère 60 ans : Bonne santé

Père 65 ans : Diabète type 2, HTA

6- HABITUDES DE VIE

- Alimentation : variée, 3 repas par jour
- Tabac : 13 paquets-année
- Alcool : 3 consommations par jour, la fin de semaine seulement
- Drogues : aucune à vie
- Activité physique : aucune
- Vie sexuelle : nouveau partenaire depuis 1 mois, utilise le condom, mais oublis occasionnels

7- DOSSIER PHARMACOLOGIQUE

- Ventolin à l'occasion, Flovent lors IVRS, aucune utilisation depuis 1 an
- Médication anti-allergique au besoin à l'occasion
- Pas de produit naturel

8- HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

La patiente présente une douleur à la fosse iliaque droite sous forme d'élançement, avec irradiation sus-pubienne, d'intensité 6/10 apparue depuis 5 jours. La douleur est constante actuellement. Initialement, les trois premières journées, cette douleur était également à la fosse iliaque droite, mais d'intensité moindre environ 2/10 et intermittente car soulagée par l'acétaminophène. C'est la première fois que la patiente présente ce type de douleur. Aucun événement particulier semble avoir précédé la douleur; en particulier,

elle n'a pas reçu de coup à cet endroit. La douleur s'aggrave lorsque la patiente reste debout longtemps et s'améliore si elle est couchée au repos.

La patiente a eu quelques frissons hier, mais sans fièvre objectivée. Elle a une légère perte d'appétit depuis 5 jours, mais n'a pas perdu de poids. Elle ne se sent pas nécessairement plus fatiguée.

La patiente présente également de légères nausées depuis 5 jours, cependant elle n'a pas vomi. Elle ne présente pas de diarrhée ni de constipation. Elle ne présente pas de dysphagie, ni de dyspepsie, ni de brûlure épigastrique, ni de régurgitation amère. Elle n'a pas présenté non plus d'hématémèse, de méléna ni de rectorragie. Elle ne se dit pas ictérique et n'a pas de douleur abdominale haute.

La patiente présente un léger brûlement mictionnel ce matin. Cependant, elle n'a pas de pollakiurie, ni d'hématurie, ni d'urgence mictionnelle. Elle a eu une relation sexuelle hier soir et croit avoir remarqué une petite blessure au niveau des petites lèvres en regardant ce matin. Elle ne présente pas non plus d'incontinence urinaire ni de dysurie, ni d'impression de vidange incomplète. Elle a toujours uriné une seule fois la nuit vers 2h du matin et ceci n'a pas changé.

La DDM de la patiente est il y a 5 semaines. Cependant, cette patiente a toujours eu des cycles irréguliers depuis sa ménarche à l'âge de 12 ans. Elle ne présente pas de ménorragie ni de métrorragie récentes. Elle n'a pas non plus de leucorrhée plus abondante ou colorée ni de dyspareunie.

Les trois premiers jours, la patiente pouvait poursuivre son travail à l'école malgré l'inconfort. Cependant, depuis 2 jours, c'est trop souffrant pour aller travailler. Elle est préoccupée quant à ce qui pourrait être la cause de cette douleur et souhaite avoir cette réponse. Elle se demande si c'est une maladie de Crohn comme sa sœur. Elle veut se rétablir pour retourner au travail au plus vite.

9- REVUE DES SYSTÈMES

I. Le système ophtalmologique

Pas de rougeur oculaire

Pas de douleur oculaire

Pas de diplopie

Pas de réduction de l'acuité visuelle

Pas de sécrétions oculaires

Pas de sécheresse oculaire

Pas de larmoiement excessif

Pas de scotomes/phosphènes

II. Le système oto-rhino-laryngologique

La patiente présente une rhinorrhée claire, un écoulement nasal postérieur, un prurit nasal et des éternuements importants dans la période de mai à juin à chaque année, améliorés avec médication anti-allergique au besoin.

Pas d'otalgie

Pas d'hypoacousie

Pas d'épistaxis

Pas de saignement gingival

Pas d'otorrhée

Pas de tinnitus

Pas d'ulcération buccale

Pas de dysphonie

III. Le système neurologique

Droitière

Pas de céphalée

Pas de perte de conscience/syncope

Pas de convulsion

Pas d'amaurose fugace

Pas de parésie

Pas d'ataxie

Pas de paresthésies

Pas de vertiges/étourdissements

Pas de dysphasie/aphasie

Pas de trouble sensoriel

Pas de tremblement

Pas de perte de mémoire

IV. Le système psychiatrique

Pas d'anxiété

Pas de tristesse

Pas de colère

Pas de culpabilité

Pas d'euphorie

Pas d'idées suicidaires

Pas d'hallucinations visuelles/auditives

Pas de trouble de comportement

V. Le système respiratoire

Pas de toux
 Pas d'expectorations
 Pas d'hémoptysie
 Pas de respiration sifflante

Pas de dyspnée
 Pas de douleur thoracique

VI. Le système cardiovasculaire

Pas de douleur rétrosternale
 Pas de palpitations
 Pas de syncope
 Pas de dyspnée

Pas de dyspnée paroxystique nocturne
 Pas d'orthopnée
 Pas de claudication intermittente
 Pas d'œdème des membres inférieurs

VII. Le système gastro-intestinal (voir HMA)**VIII. Le système urinaire (voir HMA)****IX. Le système génital (voir HMA)****X. Le système endocrinien**

Pas de polydipsie
 Pas de polyurie
 Pas de polyphagie
 Pas de constipation ni diarrhée
 Pas de sudations
 Pas de gynécomastie
 Pas d'aménorrhée ni de galactorrhée

Pas de tremblements
 Pas de pilosité excessive ou insuffisante
 Pas de frilosité
 Pas d'intolérance à la chaleur
 Pas de raucité de la voix
 Pas de gain ni de perte de poids

XI. Le système hématologique

Pas de perte de poids
 Pas de sudation nocturne
 Pas de masse cervicale ni inguinale

Pas de fatigabilité
 Pas de susceptibilité aux infections
 Pas de diathèse hémorragique

XII. Le système locomoteur

Pas d'arthralgie centrale
 Pas d'arthralgie périphérique
 Pas de gonflement articulaire
 Pas de rougeur articulaire

Pas de raideur matinale
 Pas de phénomène de Raynaud
 Pas de myalgies

XIII. Le système trophique (peau et phanères)

Pas d'érythème
 Pas de prurit
 Pas d'hippocratisme digital

Pas de phénomène de Raynaud
 Pas de photosensibilité
 Pas de pitting unguéal

L'EXAMEN PHYSIQUE**APPARENCE GÉNÉRALE**

Bon état général, peu souffrante actuellement, légèrement nauséuse

SIGNES VITAUX

Tension artérielle (TA) : 145/95 bras droit
 Fréquence cardiaque (RC) : 88/ min. régulier
 Fréquence respiratoire (RR) : 18/min.
 Température (T⁰) orale : 37,6 C

POIDS ET TAILLE

Taille : 165 cm
 Poids : 59 kg (130 lbs)

PEAU

Coloration normale, aucune lésion identifiée

TÊTE ET ORLO

Tête :

Cheveux normaux; cuir chevelu sans lésion, tête normocéphalique et sans signe de trauma

Yeux :

20/20 à chaque œil

Champs visuels normaux par confrontation

Conjonctives normales et sclérotiques blanches

Pupilles à 4 mm et réagissant également à la lumière à 2 mm, rondes, régulières

Mouvements oculaires normaux

Fundi : rebords nets des disques optiques, pas d'hémorragie ni d'exsudats, pas de pincement artérioveineux ni encoche

Oreilles :

Conduits auditifs externes (CAE) libres, tympan normaux

Audition à la voix chuchotée normale de chaque côté

Weber central

Conduction aérienne (CA) > conduction osseuse (CO) bilatérale

Nez :

Muqueuses roses, septum central; pas de douleur sinusale

Bouche :

Muqueuse normale; gencives normales

Dentition : bonne

Langue centrale normale

Amygdales normales

Pas d'exsudat dans le pharynx

COU

Nuque souple; trachée centrale; isthme thyroïdien à peine palpable, lobes non palpables

GANGLIONS LYMPHATIQUES

Pas d'adénopathie cervicale, axillaire ni inguinale

THORAX ET POUMONS

Diamètre antéro-postérieur normal

Thorax symétrique avec une bonne amplitude

Percussion normale (sonorité) sur toutes les plages

Murmure vésiculaire normal bilatéral sans bruit ajouté

CARDIO-VASCULAIRE

Pression veineuse jugulaire 1 cm au-dessus de l'angle sternal

Pouls carotidien normal, sans souffle

Choc apexien faible, à peine palpable au 5^e espace intercostal gauche à 8 cm latéralement à la ligne mid-claviculaire

B₁ et B₂ normaux, pas de B₃ ni de B₄, pas de souffle

ABDOMEN

Protubérant

Cicatrice bien guérie au quadrant inférieur droit

Péristaltisme normal

À la palpation superficielle et profonde, pas de douleur ni de masse

Foie : hauteur de 7 cm sur la ligne mid-claviculaire droite, à rebord lisse, palpable à 1 cm sous le rebord costal (SRC)

Rate et reins non palpables

Pas de douleur aux angles costo-vertébraux

ORGANES GÉNITAUX

Vulve : petite fissure de 3 mm petite lèvre interne G, pas de saignement actif, pas d'ulcération

Muqueuse vaginale normale
Col utérin normal sans écoulement
Utérus antérieur (antéfléchi), sur la ligne centrale, volume normal
Annexes non palpables
Pas de douleur à la mobilisation du col utérin ni au niveau des annexes

ANO-RECTAL

Ampoule rectale : pas de masse; selles brunes, pas de sang

EXTRÉMITÉS

Température normale et sans œdème; mollets souples non douloureux

VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE

	Droit	Gauche
<i>Radiale</i>	2 +	2 +
<i>Fémorale</i>	2 +	2 +
<i>Poplitée</i>	2 +	2 +
<i>Pédieuse</i>	2 +	2+
<i>Tibiale postérieure</i>	2 +	2 +

RÉSUMÉ

Il s'agit d'une femme de 28 ans, appendicectomisée, qui se présente pour une douleur aiguë à la FID avec nausées sans vomissements. Elle a un nouveau partenaire. Elle a également un léger brûlement mictionnel avec une petite fissure au niveau des petites lèvres à l'examen physique.

LA LISTE DES PROBLÈMES / DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1- Douleur FID (chez patiente appendicectomisée)

- Grossesse ectopique à éliminer
 - ITSS moins probable
 - Kyste ovarien rompu possible
 - Aucune évidence clinique d'iléite
- Plan : FSC, β -HCG, PCR chlamydia-gonorrhée, échographie abdomino-pelvienne

2- Brûlement mictionnel

- Lésion traumatique aux petites lèvres le plus probable
 - Infection urinaire à éliminer
 - ITSS à éliminer
- Plan : analyse et culture d'urine, PCR pour chlamydia-gonorrhée

3- Rhinorrhée, prurit nasal, éternuements, écoulement nasal postérieur annuellement mai-juin

- Rhinite allergique saisonnière probable
- Plan : référence en clinique d'allergie

4- TA élevée

Plan : prendre la TA en pharmacie et visite ultérieure et si persistance, revoir les habitudes de vie

5- Tabagisme actif

Plan : conseils et entrevue motivationnelle

6- Asthme – contrôlé avec Ventolin-Flovent

N.B. : En effectuant la Revue complète des systèmes, on a une idée plus globale de l'état de santé de la patiente en lien avec son asthme et la découverte de la rhinite allergique en comparaison avec l'exemple en IDC.

EXEMPLE DE RÉDACTION D'UNE HISTOIRE DE CAS IDC

N.B. : CET EXEMPLE EST RÉDIGÉ À PARTIR DE LA STRUCTURE DU TEXTE « HISTOIRE DE CAS – GÉNÉRALITÉS ». POUR L'EXAMEN PHYSIQUE, LA STRUCTURE SUIT CELLE DE L'EXEMPLE DE RÉDACTION DE « MADAME N » (VOTRE RÉFÉRENCE).

POUR L'EXEMPLE IDC, TOUTES LES PARTIES EFFECTUÉES UNIQUEMENT DANS UN BUT DE PRATIQUE TANT AU NIVEAU DE LA REVUE DES SYSTÈMES NON CONCERNÉS PAR LE PROBLÈME QUE DANS L'EXAMEN PHYSIQUE ONT ÉTÉ ENLEVÉS.

1-IDENTIFICATION

Femme, 28 ans, célibataire, professeure au primaire

2- RC

Douleur abdominale

3- ATCD PERSONNELS

Médicaux : Asthme depuis l'enfance

Pas d'ITSS passées, pas de maladie intestinale connue

Chirurgicaux : cholécystectomie il y a 1 an, appendicectomie à l'âge de 9 ans

Psychiatriques : aucun

Obstétricaux : G1P0A1 (IVG à 16 ans)

4- ALLERGIES : Aucune

5- ATCD FAMILIAUX

Sœur 35 ans: Maladie de Crohn

Mère 60 ans : Bonne santé

Père 65 ans : Diabète type 2, HTA

6- H. DE VIE

- Alimentation : variée, 3 repas par jour,
- Tabac : 13 paquets-années
- Alcool : 3 consommations par jour, la fin de semaine seulement
- Drogues : aucune à vie
- Activité physique : aucune
- Vie sexuelle : nouveau partenaire depuis 1 mois, utilise le condom, mais oublis occasionnels

7- DOSSIER PHARMACOLOGIQUE

- Ventolin à l'occasion, Flovent lors d'IVRS
- Médication anti-allergiques au besoin à l'occasion
- Pas de produit naturel

8- HMA

La patiente présente une douleur à la fosse iliaque droite sous forme d'élançement, avec irradiation suspubienne, d'intensité 6/10 apparue depuis 5 jours. La douleur est constante actuellement. Initialement, les trois premières journées, cette douleur était également à la fosse iliaque droite, mais d'intensité moindre environ 2/10 et intermittente car soulagée par l'acétaminophène. C'est la première fois que la patiente présente ce type de douleur. Aucun événement particulier semble avoir précédé la douleur; en particulier, elle n'a pas reçu de coup à cet endroit. La douleur s'aggrave lorsque la patiente reste debout longtemps et s'améliore si elle est couchée au repos.

Légère perte d'appétit depuis 5 jours, pas de perte de poids, pas de fatigue, pas de diaphorèse nocturne.

Épisode accompagnée de nausées depuis 5 jours, pas de vomissements. Pas de diarrhée, pas de constipation, pas de dysphagie, pas de dyspepsie, pas brûlure épigastrique, ni régurgitation amère. Pas d'hématémèse, de méléna ni de rectorragie. Pas d'ictère, pas de douleur abdominale haute.

La patiente présente un léger brûlement mictionnel ce matin. Elle a eu une relation sexuelle hier soir et croit avoir remarqué une petite blessure au niveau des petites lèvres en regardant ce matin. Pas de pollakiurie, pas d'hématurie, pas d'urgence mictionnelle, pas d'incontinence urinaire ni de dysurie, pas d'impression de vidange incomplète. Elle a toujours uriné une seule fois la nuit vers 2h du matin et ceci n'a pas changé.

La DDM de la patiente est il y a 5 semaines, cycles irréguliers depuis sa ménarche à l'âge de 12 ans. Pas de ménorragie ni de métrorragies récentes. Elle n'a pas non plus de leucorrhée plus abondante ou colorée ni de dyspareunie.

Les trois premiers jours, la patiente pouvait poursuivre son travail à l'école malgré l'inconfort. Par contre, depuis 2 jours, c'est trop souffrant pour aller travailler. Elle est préoccupée par ce qui pourrait être la cause de cette douleur et souhaite avoir cette réponse. Elle se demande si c'est une maladie de Crohn comme sa sœur. Elle veut se rétablir pour retourner au travail au plus vite.

L'EXAMEN PHYSIQUE

APPARENCE GÉNÉRALE

Bon état général, peu souffrante actuellement, légèrement nauséuse

SIGNES VITAUX

TA : 145/95 bras droit

FC : 88/ min. régulier

FR : 18/min.

T⁰ orale : 37,6 C

POIDS ET TAILLE

Taille 165 cm

Poids 59 kg (130 lbs)

IMC : 21,6

GANGLIONS LYMPHATIQUES

Pas d'adénopathie cervicale, axillaire ni inguinale

THORAX ET POUMONS

Diamètre antéro-postérieur normal

Thorax symétrique avec une bonne amplitude

Percussion normale (sonorité) sur toutes les plages

Murmure vésiculaire normal bilatéral sans bruit ajouté

CARDIO-VASCULAIRE

Pression veineuse jugulaire 1 cm au-dessus de l'angle sternal

Pouls carotidien normal, sans souffle

Choc apexien faible, à peine palpable au 5^e espace intercostal gauche à 8 cm latéralement à la ligne mid-claviculaire

B₁ et B₂ normaux, pas de B₃ ni de B₄, pas de souffle

ABDOMEN

Protubérant

Cicatrice bien guérie au quadrant inférieur droit

Péristaltisme normal

À la palpation, pas de douleur ni de masse

Foie : hauteur de 7 cm sur la ligne mid-claviculaire droite, à rebord lisse, palpable à 1 cm sous le rebord costal (SRC)

Rate et reins non palpables

Pas de douleur aux angles costo-vertébraux

ORGANES GÉNITAUX

Vulve : petite fissure de 3 mm petite lèvre interne G, pas de saignement actif, pas d'ulcération

Muqueuse vaginale normale

Col utérin normal sans écoulement

Utérus antérieur (antéfléchi), sur la ligne centrale, volume normal

Annexes non palpables

Pas de douleur à la mobilisation du col utérin ni au niveau des annexes

N.B. : L'examen vasculaire aurait été pertinent si la patiente avait été plus âgée.

RÉSUMÉ

Il s'agit d'une femme de 28 ans, appendicectomisée, qui se présente pour une douleur aiguë à la FID avec nausées sans vomissements. Elle a un nouveau partenaire. Elle a également un léger brûlement mictionnel avec une petite fissure au niveau des petites lèvres à l'examen physique.

LISTE DES PROBLÈMES / DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1- Douleur FID (chez patiente appendicectomisée)

→ Grossesse ectopique à éliminer

→ ITSS moins probable

→ Kyste ovarien rompu possible

→ Aucune évidence clinique d'iléite

Plan : FSC, β -HCG, PCR chlamydia-gonorrhée, échographie abdomino-pelvienne

2- Brûlement mictionnel

→ Lésion traumatique aux petites lèvres le plus probable

→ Infection urinaire à éliminer

→ ITSS moins probable

Plan : analyse et culture d'urine, PCR gonorrhée/chlamydia

3- Rhinorrhée, prurit nasal, éternuements, écoulement nasal postérieur annuellement mai-juin

→ Rhinite allergique saisonnière probable

Plan : référence en clinique d'allergie

4- TA élevée

Plan : prendre la TA en pharmacie; visite ultérieure et si persistance, revoir les habitudes de vie

5- Tabagisme actif

Plan : conseil et entrevue motivationnelle

6- Asthme – traité avec Ventolin-Flovent

STRUCTURE D'UNE ENTREVUE – suivi de maladie chronique

N.B. : Nous utilisons l'acronyme C-H-R-O-N-I-Q-U-E.

A) ÉTABLIR LE PREMIER CONTACT – EXPLORER LA RAISON DE CONSULTATION

L'étudiant
1. S'identifie (Nom et prénom, précise son niveau de formation et identifie le patient.
2. Décrit ce qu'il s'apprête à effectuer (anamnèse et/ou examen physique) et annonce la durée approximative de la rencontre.
3. Voit au confort du patient et s'installe de façon à faciliter les échanges.
4. Débuter avec une question ouverte (ex. : Comment va votre santé ? Comment allez-vous depuis notre dernière rencontre ?)

B) RECUEILLIR LES DONNÉES CLINIQUES

EXPLORATION DES PROBLÈMES
1. Écoute attentivement le récit spontané (fil narratif) du patient sans l'interrompre durant la première minute. Déterminer les objectifs de la rencontre avec le patient.
2. Contrat initial : Déterminer avec le patient si on aborde tous ses problèmes ou non lors de la rencontre.
<u>H</u>istoire de la Maladie Actuelle: recherche de...
2. Symptômes de stabilité/instabilité de la maladie avec leurs attributs
3. Symptômes de complications aiguës de la maladie avec leurs attributs
4. Symptômes de complications chroniques de la maladie avec leurs attributs
5. Facteurs précipitants de décompensation de la maladie
<u>R</u>apports objectifs
6. Calendrier, si pertinent (journal de TA, glycémie, migraines, etc.)
7. Résultats des tests demandés, le cas échéant
<u>O</u>bservance
8. Médication (prise adéquate, effets secondaires)
9. Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, alimentation, activité physique)
10. Suivis médicaux, si pertinent
11. Suivi avec d'autres professionnels de la santé (optométriste, nutritionniste, inhalothérapeute, etc.)
<u>N</u>égligence
12. Entrevue motivationnelle, le cas échéant
IMPACT : COMPRENDRE L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT
17. Préoccupations face à son/ses problème(s) de santé, aux traitements à venir
18. Impact du/des problème(s) sur son fonctionnement quotidien
19. Croyances sur la nature et la (ou les) cause(s) de son/ses problème(s)
20. Attentes face au(x) problème(s)
21. Émotions face au(x) problème(s)

C) STRUCTURER LA RENCONTRE

L'étudiant
1. Aide la communication (facilitation)
2. Demande des précisions, si nécessaire (énoncé de clarification)
3. Interrompt et redirige le discours, si nécessaire
4. Utilise un vocabulaire adapté au patient
5. Ponctue la rencontre (énoncé d'entretien) (« <i>maintenant, je vais vous questionner sur..., ou examiner ...</i> »)
6. Utilise des questions ouvertes / fermées de façon appropriée : d'abord ouvertes, puis fermées
7. Résume périodiquement au moment opportun (énoncé de vérification) et valide avec le patient
8. Vérifie avec une question ouverte que tous les aspects importants du/des problème(s) ont été abordés (« <i>y a-t-il autre chose dont vous vouliez parler ?</i> »)
9. Voit à respecter le temps prévu pour cette rencontre

D) ÉTABLIR LA RELATION PROFESSIONNELLE

L'étudiant
1. Conserve un contact visuel et a une attitude non verbale adéquate
2. Répond de façon appropriée au langage non verbal du patient
3. Maintient son attention envers le patient pendant la prise de notes (ou la rédaction électronique)
4. Démonstre empathie et soutien lors de moments émotifs, si présents
5. Recherche et accueille les points de vue du patient (expérience de la maladie)

E) ATTITUDES DURANT L'EXAMEN PHYSIQUE (Examen est ciblé sur la maladie chronique)

L'étudiant
1. Se lave les mains avant et après l'examen
2. Voit à utiliser les moyens de protection appropriés, selon la situation
3. Est détendu et calme
4. Procède de façon ordonnée et logique
5. Porte une attention plus particulière à certaines parties de l'examen physique en fonction de ses hypothèses diagnostiques précoces Recherche de signes spécifiques Recherche les signes propres à la maladie chronique et les complications de celle-ci
6. Démonstre de la délicatesse et du respect durant tout l'examen physique
7. Dénude le patient en temps opportun et assure l'intimité lors de la mise à nu
8. Explique clairement tous les gestes qu'il va poser
9. Adapte son examen si des gestes posés entraînent douleur ou inconfort
10. Répond de façon appropriée au langage non verbal du patient
11. Effectue l'examen physique complet (ou l'examen requis par le moniteur)
12. En terminant, remercie le patient pour sa coopération

F) TERMINER LA RENCONTRE

<u>Que faire ? – Partenariat avec le patient</u>
1. Investigation
2. Médication
3. Habitudes de vie
<u>Urgence</u>
4. Explique les symptômes et signes d'urgence
<u>Évolution</u>
5. Organise le plan de suivi
6. S'assure que le patient a bien compris et est d'accord avec le plan d'investigation et de traitement

Karine Bouillon MD
Juillet 2022

Une aide à l'entrevue structurée d'un suivi d'une maladie chronique

	Rubrique	Raisonnement clinique	Action / Explication	Exemple pour un suivi de MPOC avec O ² à domicile
	Avant que le patient ne rentre dans le bureau et dès son entrée	Identifier les indices dès les premiers instants	Consultez rapidement le dossier antérieur pour faire la collecte des données sur la/les dernières visites, hospitalisation s'il y a lieu, changement de médicament, plan d'intervention précédent. Observez le patient à la recherche d'indices qui pourraient déjà orienter la rencontre.	Le patient paraît dyspnéique en marchant et il se déplace difficilement jusqu'à votre bureau.
C	« <i>Comment ça va ?</i> » Consentement	Déterminer les objectifs de la rencontre	Posez une première question ouverte qui donne l'occasion au patient d'exprimer d'emblée ses préoccupations. Cette question ne doit pas nécessairement être spécifique à la maladie chronique qui sera explorée ensuite, mais c'est à ce moment qu'on détermine les objectifs de l'entrevue pour un consentement implicite. Il faut déterminer si vous abordez tous les problèmes du patient ou non.	« <i>Qu'est-ce qui s'est passé dans votre vie depuis la dernière visite ?</i> » si aucun élément de santé physique n'est exprimé après 2-3 min., vous pouvez demander : « <i>Comment est votre santé ?</i> » ou encore plus spécifique « <i>Comment va votre respiration ?</i> » « <i>J'entends vos préoccupations et j'aimerais qu'on se concentre sur votre respiration dans un premier temps ? Est-ce correct pour vous ?</i> »
H	Histoire de la maladie actuelle (HMA)	Catégoriser pour décider de l'action	Explorez les symptômes de la maladie pour évaluer sa stabilité, dépister les complications aiguës et chroniques depuis la dernière visite en clinique. Pensez aux causes de la maladie (facteurs précipitants) et aux conséquences. Ceci complète et précise éventuellement des symptômes exprimés d'emblée par le patient. La manière dont le patient raconte ses épisodes d'instabilité vous permet d'évaluer sa compréhension de sa maladie. L'impact fonctionnel peut déjà être abordé ici.	« <i>Comment est votre essoufflement ? Êtes-vous capable de dormir dans votre lit ?</i> » en pensant à orthopnée/DPN, c'est le moment aussi de déterminer la classe fonctionnelle (dyspnée x / V) en citant des exemples de la vie courante : monter les escaliers, marcher, s'habiller, ... « <i>Avez-vous les pieds enflés ?</i> » en pensant aux signes du cœur pulmonaire par exemple « <i>Avez-vous eu des épisodes d'exacerbation ?</i> » « <i>Avez-vous consulté à l'urgence ?</i> » « <i>Avez-vous pris des antibiotiques ou de la cortisone ?</i> »

R	Rapport objectif Résultats des tests	Catégoriser pour décider de l'action	Demandez au patient les signes objectifs qu'il doit éventuellement noter dans un calendrier . Des exemples classiques sont le suivi des glycémies, de la TA, des épisodes de migraine... Effectuez un examen clinique ciblé pour compléter les données objectives. Vérifiez les résultats des tests demandés antérieurement.	« <i>Montrez-moi l'évolution de votre poids depuis qu'on s'est vu</i> » (Plan : se peser 2x/semaine, car le patient souffre d'un cœur pulmonaire avec tendance aux œdèmes. Il a un plan d'intervention de doubler le diurétique quand le poids augmente de plus de 2 kg jusqu'à ce qu'il revienne à sa base.) Ex : tests de fonction respiratoire (TFR) et test de marche des 6 min. avec les inhalothérapeutes avant de vous voir, résultat d'analyses sanguines, etc.
O	Observance	Catégoriser pour décider de l'action	Revoyez avec le patient comment il a suivi le plan thérapeutique antérieur . Ceci comprend évidemment la prise des médicaments, mais aussi toutes les habitudes de vie (ex. : diète particulière, activité physique., etc.). Il faut aussi vérifier s'il a effectué ses suivis médicaux attendus (ex. : avec une infirmière du CLSC, un autre médecin spécialiste ou un autre professionnel de la santé).	« <i>Comment ça va avec vos pompes ?</i> » (voir la date de livraison des aérosols et les doses utilisées sur la pompe) « <i>Avez-vous pris le diurétique qu'on vous a prescrit ? Avez-vous doublé la dose ?</i> » « <i>Avez-vous arrêté complètement de fumer ?</i> » (Sachant qu'il reçoit de l'O ² 18 h/24 et qu'il fumait encore parfois) « <i>Avez-vous vu l'inhalothérapeute pour votre oxygène ?</i> » « <i>Avez-vous été vacciné pour la grippe cette année ?</i> »
N	« Négligence »	Catégoriser pour décider de l'action	Pour compléter l'observance, explorez avec le patient ce qu'il a oublié ou négligé . Revoyez avec lui pourquoi il n'a pas suivi votre recommandation.	« <i>Je comprends que vous consommez encore des soupes en sachet. Vous souvenez-vous qu'on a déjà parlé des aliments salés ? Qu'est-ce qui vous empêche d'arrêter ?</i> »
I	Impact	Catégoriser pour décider de l'action	Explorer les préoccupations du patient , comment il vit sa maladie au quotidien, les conséquences sur les AVQ/AVD, les croyances éventuelles (modèle explicatif de la maladie) et ses attentes.	« <i>Êtes-vous capable de sortir de chez vous ?</i> » « <i>Faites-vous votre ménage tout seul ?</i> » « <i>Avez-vous des craintes particulières par rapport à vos poumons ?</i> » « <i>Pensez-vous qu'il est encore raisonnable de conduire votre voiture ?</i> »

Q	« Que faire ? »	Mettre en œuvre les actions appropriées	C'est à ce moment qu'on revoit avec le patient partenaire les interventions thérapeutiques possibles ou à modifier et les investigations éventuelles. Ceci concerne les médicaments, mais aussi les habitudes de vie. Le patient doit comprendre le but d'une intervention et le bénéfice qu'il pourra en tirer.	« Comme vous, j'ai constaté à l'examen que vos jambes étaient plus enflées. Il serait bon d'augmenter vos diurétiques. Est-ce que cela créerait des problèmes pour vous ? Par ailleurs, si vous coupez les aliments salés, cela aidera davantage. » « Avec la saison des rhumes et des gripes qui arrive, il faudrait songer à la vaccination contre la grippe et la pneumonie. Avez-vous des questions à ce sujet ? »
U	Urgence	Mettre en œuvre les actions appropriées	Il faut prévoir/anticiper les complications surtout aiguës et éventuellement donner des moyens au patient pour les gérer plus facilement. Vous pouvez expliquer les symptômes et signes qui devraient l'amener à consulter à l'urgence, par exemple.	« Au cas où vous feriez une nouvelle bronchite comme l'hiver dernier, je vais vous prescrire d'emblée des antibiotiques et de la cortisone. Cependant, si votre respiration est trop difficile, je veux que vous appeliez votre inhalothérapeute. Si ça ne va vraiment pas, vous allez sans tarder à l'urgence, en ambulance s'il le faut. »
E	Évolution	Mettre en œuvre les actions appropriées	On détermine le plan de suivi et l'orientation des soins . Ceci peut être limité à un autre rendez-vous de routine, mais aussi, à une consultation avec un autre médecin, un autre professionnel de la santé, à une évaluation par le CLSC, à une demande en réadaptation, etc.	« Voyez-vous un inconvénient à ce que le CLSC passe plus souvent, car votre situation me semble de plus en plus précaire à la maison. » « Je voudrais vous revoir d'ici deux mois avec une prise de sang à faire les jours précédents. »
Équipe du CAAHC 2016				

PLAN DE COURS

ÉVALUATION DE L'ÉTUDIANT PAR LE MONITEUR

NOM DE L'ÉTUDIANT : _____

MMD 1238 : MMD 1239 : MMD 2235: MMD 2236 :

SELON LA COMPÉTENCE ATTENDUE POUR LE NIVEAU DE L'ÉTUDIANT POUR CHAQUE ÉLÉMENT, L'ÉTUDIANT	AU-DELA des attentes	CONFORME aux attentes	EN DEÇA des attentes	Nettement insuffisant
PROFESSIONNALISME	XX	XX	XX	XX
1. Démontre respect et empathie envers le patient				
2. Démontre respect envers ses pairs, le moniteur et autres professionnels				
3. Démontre un comportement responsable (assiduité, ponctualité, habillement, préparation adéquate, attitude générale, etc.)				
4. Met en œuvre les notions éthiques pertinentes (ex. : confidentialité) selon les différents contextes d'apprentissage (jeu de rôle, rencontre de patient)				
EXPERTISE MÉDICALE	XX	XX	XX	XX
5. ANAMNÈSE Recueille les différentes composantes de l'histoire de la maladie en explorant systématiquement tous les symptômes				
6. Intègre la séméiologie des différents systèmes étudiés				
7. EXAMEN PHYSIQUE Démontre sa connaissance de l'anatomie des différents systèmes étudiés				
8. Exécute un examen physique complet de façon précise, logique et ordonnée				
9. RÉDACTION DES HISTOIRES DE CAS Rédige des histoires de cas conformes aux attentes selon le niveau décrit dans le Cahier du moniteur et l'ENA				
COMMUNICATION	XX	XX	XX	XX
10. Maîtrise les éléments d'une entrevue clinique : début et conclusion				
11. exploration du problème et de la perspective du patient				
12. structure de la rencontre				
13. utilisation adéquatement des techniques de communication				
COLLABORATION	XX	XX	XX	XX
14. Participe activement et de façon équitable aux différentes activités d'apprentissage : jeux de rôle, rencontre avec un patient				
15. Coopère à l'apprentissage de ses pairs en se prêtant aux examens physiques, lorsque requis				
ÉRUDITION	XX	XX	XX	XX
16. Planifie son apprentissage en fonction de ses acquis et de ses lacunes (cf. <i>Plan de développement des compétences cliniques</i>)				
17. Démontre une capacité d'autocritique en modifiant ses tâches et attitudes pour tenir compte des rétroactions reçues				
APPRÉCIATION GLOBALE	XX	XX	XX	XX
18. SELON VOUS, L'ÉTUDIANT EST...				

COMMENTAIRES (obligatoires si notés autrement que CONFORME AUX ATTENTES)

SIGNATURE : _____ DATE : _____

RÉTROACTION DE L'ÉTUDIANT SUR LES DIFFÉRENTS RÔLES DU MONITEUR

La rétroaction est une activité à visée constructive, elle doit permettre à celui qui la reçoit de cerner les aspects qui ont été satisfaisants et ceux qui seraient à améliorer.

Pour l'étudiant, il s'agit d'un moment où il peut signaler à son moniteur ce qu'il a apprécié, ce qui a été utile à son apprentissage et aussi ce qu'il aurait souhaité autrement.

Pour le moniteur, cette rétroaction peut lui permettre de constater comment il a pu s'acquitter de ses différents rôles. Ce n'est qu'après plusieurs sessions que cette rétroaction prend son vrai sens, surtout si les mêmes remarques sur les mêmes aspects reviennent.

Des ateliers de formation pédagogique annuels, organisés par le Comité de cours et le CPASS, visent à aider les moniteurs à perfectionner certains aspects de leur enseignement.

Rôle modèle

Démontre du respect envers les patients

1. Débute une rencontre avec un patient en présentant l'équipe (lui et les étudiants) et précise le déroulement de la rencontre
2. Détecte les appréhensions ou malaises du patient et en tient compte (par une intervention ponctuelle)

Démontre du respect envers les étudiants

3. Est ponctuel
4. Sait réorienter une rencontre patient-étudiant (en donnant des indices et en les laissant continuer)
5. Intervient de façon appropriée et constructive auprès des étudiants

Évaluateur

6. Observe les rencontres patient-étudiant et donne une rétroaction descriptive des comportements observés :
 - a. sur les habiletés communicationnelles
 - b. sur le recueil des données
 - c. sur l'examen physique
 - d. sur la promotion de la santé
7. Cible les aspects à améliorer et donne une rétroaction qui amène une progression dans l'apprentissage de l'étudiant en suggérant des méthodes pour supporter le changement

Organisateur

8. Tient compte des besoins individuels des étudiants
9. Respecte les objectifs fixés pour chaque avant-midi
10. Respecte le temps prévu pour chaque activité

Animateur

11. Sait créer une atmosphère d'apprentissage agréable
12. Sait faire participer chaque étudiant

Commentaires ou suggestions :

**GRILLE DE CORRECTION POUR L'HISTOIRE DE CAS #
MMD1238 – 1239 – 2235 – 2236**

NOM DE L'ÉTUDIANT :

DATE :

GROUPE :

		AU-DELÀ des attentes	CONFORME aux attentes	EN DEÇÀ des attentes	Nettement INSUFFISANT
RECUEIL DES DONNÉES	Maladie actuelle				
	Revue des systèmes				
	Structure				
EXAMEN PHYSIQUE	Rédaction complète				
	Structure				
RAISONNEMENT CLINIQUE	Raisonnement perceptible				
	Résumé et Liste des problèmes				
APPRÉCIATION GLOBALE					

N.B. Toute appréciation autre que « CONFORME AUX ATTENTES » doit obligatoirement être accompagnée d'un commentaire.

Commentaires sur l'histoire de cas

NOM DU MONITEUR : _____

Guide pour le moniteur

AU-DELÀ des attentes	CONFORME aux attentes	EN DEÇÀ des attentes	Nettement INSUFFISANT
Histoire globalement très bien rédigée	Histoire rédigée selon les Critères définis	Histoire rédigée avec plusieurs lacunes, mais on y perçoit quand même la nature du problème du patient	Histoire mal structurée, mal rédigée, plusieurs aspects manquants qui empêchent la compréhension du problème du patient

ACCUEIL AU CENTRE HOSPITALIER STRUCTURE ET CONTENU DE L'ENTREVUE MÉDICALE CONSENTEMENT À LA RENCONTRE POUR LA FORMATION MÉDICALE LE PARTENARIAT DE SOINS

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitifs

- L'étudiant définit le concept de consentement pour rencontrer un patient lors de sa formation.
- L'étudiant connaît les caractéristiques de l'approche centrée sur le patient en comparaison avec l'approche centrée sur la maladie.
- L'étudiant reconnaît les conditions nécessaires pour créer un partenariat de soins.
- L'étudiant sait l'importance des premiers moments d'une rencontre avec un patient pour constater les **INDICES INITIAUX** qui le guideront dans sa collecte des données orientée vers un diagnostic différentiel.
- L'étudiant connaît les moyens de protection individuelle.

Aptitudes

- L'étudiant observe et décrit ce qu'il a perçu dès les premiers instants d'une rencontre avec un patient.

Attitudes

- L'étudiant justifie l'obtention du consentement lors de ses rencontres avec un patient.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

- Discussions

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Lajeunesse Y.** : Consentement aux actes cliniques effectués dans le cadre de la formation médicale des étudiants, 2018
- **Bickley Lynn**, Bates' Guide to physical examination and history taking (ou version française)
 - Évaluation complète de l'adulte / The comprehensive adult health history
- **Richard C., Lussier M.-T.**, La communication professionnelle en santé, ERPI 2016 chap. 7 pp. 135 à 147; chap. 9 pp.176 à 198
- **Boucher A., Dubé S., Dufresne L., Bourdy C. et alii**, Cahier des Hâiletés Cliniques, 2022-2023 :
 - Guide Calgary-Cambridge : Commencer l'entrevue, section I. A et B
 - Structure d'une entrevue (*idem* texte Évaluation d'une entrevue dans la section « Ressources » de l'ENA)
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »; il faut se créer un compte EDUlib)
 - Module 1 : La vraie vie (regarder la vidéo du médecin et d'un autre professionnel) – sans répondre aux questions
 - Module 2 ; Le modèle simplifié (vidéo) sans le quizz : **IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS**
- **Karazivan P, et alii**, The patient-as-Partner Approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition; Acad Med Vol. 90, No. 4 / April 2015

SCÉNARIO DU 07-09-2022

8h30 à 9h00 INTRODUCTION PAR LE RESPONSABLE HOSPITALIER

Tous les étudiants rencontrent le responsable hospitalier qui leur présente les particularités de la formation dans ce centre hospitalier. Il leur rappelle des consignes générales qui ont trait aux rencontres des étudiants avec les patients : éléments de la socialisation professionnelle (professionnalisme), respect des valeurs, du site hospitalier, habillement des étudiants. Il souligne la nécessité de revêtir un équipement de protection individuelle lors de toutes les activités en centre hospitalier, vu la pandémie COVID-19. Présentation des moniteurs et prise de présence des étudiants.

9h00 à 9h30 PREMIER CONTACT EN PETIT GROUPE

Présentation mutuelle du moniteur et des étudiants.

Création du climat de collaboration qui sera la base du travail conjoint tout au long de la session.

Le moniteur définit ses attentes quant à la participation des étudiants aux activités (jeux de rôle, pratique d'examens physiques et rédaction des histoires de cas – en se basant sur le canevas fourni sur l'ENA).

9h30 à 10h00 CONSENTEMENT POUR LA RENCONTRE PATIENT-ÉTUDIANT

Le moniteur anime une discussion à l'aide du texte de la docteure Y. Lajeunesse :

Consentement du patient à rencontrer l'étudiant (comment se présenter et obtenir le consentement ?).

Les étudiants sont sensibilisés à ce moment important de la rencontre.

10h00 à 10h30 LA RENCONTRE PATIENT-MÉDECIN

Le moniteur invite les étudiants à réfléchir à la relation patient-médecin à partir de leurs expériences personnelles ou d'expériences dont ils furent témoins dans des cas de maladies aiguës ou lors de maladies chroniques où la collaboration est différente.

Objectifs :

- Quelles sont les qualités d'une rencontre patient-médecin satisfaisante pour les deux personnes ?
- Qu'est-ce qui définit la satisfaction du patient ?
- Que pourrait souhaiter un patient pour que la rencontre soit la plus satisfaisante possible ?
- Dans leurs expériences, ont-ils eu une réponse à leur(s) problème(s) ?
- Quels sont leurs commentaires sur la façon dont s'est effectué l'examen physique, s'il y a lieu ?
- Ont-ils suivi les recommandations du médecin ? Et si oui, pourquoi ? Et sinon, pourquoi ?

10h30 à 11h00 STRUCTURE ET CONTENU DE L'ENTREVUE MÉDICALE

Le moniteur revoit avec les étudiants la **structure** et le **contenu** de l'entrevue médicale suite à la lecture des chapitres 7 et 9 du livre *La communication professionnelle en santé*.

Il insiste que ces deux aspects soient primordiaux pour recueillir une histoire et un examen qui permettront le raisonnement clinique qui, lui, orientera le clinicien vers un diagnostic et un plan de traitement, le cas échéant.

11h00 à 11h30 PARTENARIAT DE SOINS : UNE INTRODUCTION

Le moniteur anime une discussion à partir de la vidéo « La vraie vie » du module 1 du Processus de raisonnement clinique (PRC).

Il revoit brièvement avec les étudiants les différentes phases du processus de raisonnement clinique (ces étapes seront revues plus en profondeur au cours des prochaines semaines).

Une attention sera portée cette semaine sur l'importance d'**IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS (INDICES INITIAUX)** du Module 1 et 2. Il souligne :

- 1) comment le processus de raisonnement clinique est en marche dès les premiers instants de la rencontre et tout au long de celle-ci;
- 2) que dans cette situation clinique l'approche du médecin est plutôt **centrée sur la maladie** tout en tenant compte de sa patiente car l'établissement de la relation est primordial pour la qualité des informations qui seront recueillies.

Le moniteur discute de l'**approche centrée sur le patient** et des différences avec l'**approche centrée sur la maladie (paternalisme)**. Il aborde le **partenariat de soins** avec le patient qui inclut rapidement le patient comme acteur dans ses soins en se référant à l'article de Karazivan et alii. Cette approche est de plus en plus utilisée compte tenu du nombre important de maladies chroniques qui nécessitent une équipe de soins.

2022-09-13

13h00 à 16h00

N.B. :

ATELIER D'ÉTHIQUE SUR LES CAMPUS DE MONTRÉAL ET DE LA MAURICIE

- **CONFIDENTIALITÉ**
- **CONSENTEMENT AUX SOINS**
- **DROIT À LA VÉRITÉ**

LA RÉPARTITION DES ÉTUDIANTS ET LEURS LOCAUX SERONT INSCRITS SUR L'ENA.

CONSENTEMENT AUX ACTES CLINIQUES EFFECTUÉS DANS LE CADRE DE LA FORMATION MÉDICALE DES ÉTUDIANTS

Yvette Lajeunesse M.D.
Université de Montréal
2018

Les étudiants de première année devraient déjà savoir, intuitivement ou par expérience, que le consentement aux soins constitue une **exigence fondamentale** de la pratique médicale. Cependant malgré ce postulat, le consentement aux soins représente une notion exigeante que les étudiants doivent apprendre à mieux cerner et, surtout, à **intégrer** dans la pratique quotidienne. L'application du consentement aux soins évoluera tout au cours de la formation, de la première année à la fin de résidence, au rythme de la complexité des situations cliniques rencontrées. Au cours des deux premières années, l'étudiant se familiarise principalement avec les aspects **théoriques** du consentement aux soins puisque ses contacts avec les patients n'ont pas pour finalité les soins. Cependant, la notion de consentement aux soins exige la connaissance de principes généraux qui seront appliqués et adaptés aux actes « cliniques » effectués par l'étudiant lors de rencontres avec les patients.

La présente discussion est centrée sur la notion du **consentement aux actes cliniques** (ce qui comprend l'anamnèse et l'examen physique du patient) effectués dans le cadre de la formation médicale des étudiants.

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

L'étudiant pourra :

- définir la notion de consentement
- distinguer consentement à l'acte d'enseignement et consentement aux soins
- justifier l'obtention du consentement dans la rencontre étudiant-patient
- énumérer et expliquer les conditions de validité du consentement
- analyser les conditions de validité du consentement dans une situation clinique donnée.

L'objectif final est que l'étudiant recueille un consentement valide dans toutes ses rencontres avec les patients.

MÉTHODE

DISCUSSION LIÉE AUX QUESTIONS QUI SUIVENT LA LECTURE DU SCÉNARIO SUIVANT.

Durant la lecture du scénario, les étudiants notent les éléments (positifs ou négatifs) concernant le consentement et la communication.

SCÉNARIO

Un étudiant en médecine rencontre un patient, monsieur R. Michel, pour sa première entrevue. Il entre dans la chambre.

Étudiant : « *Bonjour, Monsieur Michel ? Dr Rieux m'a envoyé pour vous questionner.* »

Il indique une chaise libre près du lit et demande : « *Je peux m'asseoir ?* »

Le patient acquiesce.

Étudiant : « *Bien, je dois vous questionner sur la **raison** qui vous a conduit ici. Pouvez-vous me décrire ce qui s'est passé ?* »

Patient : « *Bien, c'était il y a trois jours. Je ne filais pas en me levant le matin. Je suis quand même allé au travail. Vous savez, je ne peux pas manquer pour un oui ou pour un non à ma job. Le patron n'est pas très accommodant avec les absences. J'avais un peu mal au cœur seulement. Je n'ai pas dîné pour ne pas empirer les choses. Mais en fin de journée, il était temps que je parte. En arrivant à la maison, j'ai été à la*

toilette et j'ai eu une diarrhée. C'est là que je me suis mis à avoir mal au ventre. Par moments, ça faisait tellement mal que ça me coupait le respir. Ma femme s'est inquiétée parce que je n'ai pas l'habitude de me plaindre, mais là ça faisait vraiment mal. Quand elle a vu que je faisais de la température, j'étais tout en sueurs, elle n'a fait ni une ni deux et m'a amené à l'urgence. Heureusement qu'elle était là, sinon je ne sais pas ce qui me serait arrivé. Les deux derniers jours, elle était partie donner un coup de main à notre fille qui vient d'avoir un bébé. Une fois à l'hôpital, le médecin m'a dit que c'était une appendicite et qu'il fallait m'opérer. »

Étudiant : « À la maison, qu'avez-vous pensé qu'il vous arrivait ? »

Patient : « Je pensais que je faisais une gastro. »

Étudiant : « Pourquoi avez-vous pensé à une gastro-entérite ? »

Patient : « Bien, j'en ai déjà fait une et ça avait débuté un peu comme ça. C'est à cause de la douleur que j'ai senti qu'il pouvait s'agir d'autre chose, mais quand je me suis mis à grelotter, là je me suis dit que ça n'allait pas du tout. Mon beau-frère... »

L'étudiant regardant discrètement sa montre s'aperçoit qu'il a dépassé le temps accordé par Dr Rieux pour l'entrevue. Il interrompt le patient au mot « beau-frère » prévoyant que cette digression serait inutile et lui ferait perdre du temps.

Étudiant : « Bon, je crois avoir les renseignements dont j'ai besoin et je n'ai plus d'autres questions. »

L'étudiant se lève et quitte la pièce.

DISCUSSION

À l'aide de questions auxquelles les étudiants sont invités à répondre, le moniteur fait appel aux connaissances des étudiants pour tenter de cerner les réponses. Après **UN** tour de table (comme il y a plusieurs questions, il est inutile de « tourner » jusqu'à ce que la réponse soit complète), le moniteur reformule la réponse en complétant avec les éléments qui n'ont pas été mentionnés. À chaque nouvelle question, le moniteur change d'étudiant pour intervenir en premier, de façon à ce que chaque étudiant participe aux discussions.

Les huit premières questions portent spécifiquement sur le consentement, c'est-à-dire sur le **contenu** de la communication en vue d'obtenir un consentement. La dernière portera sur les principes de base de la communication, c'est-à-dire la **forme**.

1. DEMANDEZ AUX ÉTUDIANTS DE DÉFINIR LE CONSENTEMENT.

Le consentement signifie **donner son accord, acquiescer, accepter quelque chose de son plein gré.**

Le consentement est une vieille catégorie du droit privé, du droit civil et même du droit canonique. Dans le droit canonique, bien avant la naissance de l'État moderne, il jouait et joue encore un rôle déterminant dans le droit matrimonial. Dans tous ces domaines, le concept de consentement avait une signification critériologique. Cela signifie que le consentement servait de critère de validité d'un contrat par exemple, ou de validité de certains actes qui ont une portée juridique. Bref, la condition de possibilité de la validité d'un grand nombre de transactions ou d'actes juridiques était le consentement. Tout en gardant encore aujourd'hui cette signification, l'usage du terme s'est élargi et s'est étendu à d'autres domaines où il ne se trouvait pas, dont le domaine médical en particulier.

Le consentement aux soins signifie donc : donner son accord à un acte, à une intervention médicale qu'il s'agisse d'intervention diagnostique ou thérapeutique.

À noter : recueillir l'histoire du patient et procéder à l'examen physique entrent dans la catégorie des interventions diagnostiques. En consultant un médecin, le patient donne un consentement tacite à l'anamnèse et à l'examen physique; donc la recherche d'un consentement pour ces actes est habituellement superflue (en certaines circonstances, lors de l'examen gynécologique par exemple,

il n'est pas dépourvu d'intérêt que le médecin obtienne un consentement au moins tacite, en mentionnant ou en expliquant l'acte qu'il va effectuer). Cependant, lorsqu'une autre personne intervient au cours du processus (qu'il s'agisse d'un étudiant, d'un externe, d'un résident et même d'un consultant), l'obtention d'un consentement, implicite ou explicite, mais valide (nous verrons ces notions plus loin) est requise.

2. EST-CE QUE DANS LA SITUATION PRÉSENTÉE, L'ÉTUDIANT A L'OBLIGATION D'OBTENIR UN CONSENTEMENT AUX SOINS ?

Non, parce qu'il ne s'agit pas d'une situation de soins ! Les étudiants ne sont pas (encore) des professionnels de la santé et les rencontres des étudiants avec les patients ne constituent pas des actes de soins (intervention diagnostique ou thérapeutique). Donc, le consentement recherché ne tombe pas dans la catégorie du consentement aux soins. Toutefois, ceci ne veut pas dire qu'un consentement n'est pas requis !

3. POURQUOI ALORS FAUDRAIT-IL OBTENIR UN CONSENTEMENT ?

Tant du point de vue de l'éthique que de la loi, la recherche du consentement revêt un **caractère obligatoire** dans les situations où un individu interfère dans la vie d'un autre. Dans la situation présentée, au moins trois raisons nous engagent à considérer le consentement comme obligatoire.

- a) La situation se présente dans un contexte de soins et si le patient n'obtient pas d'explications sur la rencontre, il peut interpréter cette rencontre comme faisant partie de ses soins (l'étudiant se présente comme un envoyé du Dr Rieux); ce qui l'induirait en erreur.
- b) Lors de l'anamnèse, les patients sont amenés à révéler des informations privées, intimes, voire confidentielles que, spontanément, ils ne confieraient pas à ces personnes (aux étudiants). De plus, ils laissent les étudiants les toucher (lors de l'examen physique) d'une façon qu'ils n'autoriseraient pas s'ils n'étaient pas dans un cadre de soins.
- c) Le Code civil, article 37, stipule : « *Toute personne qui constitue un dossier sur une autre personne doit avoir un intérêt sérieux et légitime à le faire. Elle ne peut recueillir que les renseignements pertinents à l'objet déclaré du dossier [...]* ». Dans la situation présentée, l'intérêt sérieux et légitime de constituer un dossier, la constitution d'un dossier correspond à un acte clinique, ne vise pas les soins des patients, mais la formation des étudiants. Les rencontres avec des **étudiants** n'apportent **aucun avantage ou bénéfice** aux patients (ceci sera un peu différent dans le cas des externes et des résidents). Au contraire, les patients sont « utilisés » en vue de la formation des étudiants.

L'exigence éthique repose sur le **respect de la personne** et de son **autonomie**. L'obligation légale du consentement est fondée sur les droits de la personne : le **droit à l'autodétermination**, le **droit à la vie privée** (*privacy*) et le **droit à l'intégrité**.

Ainsi, du point de vue de l'éthique, le **principe du respect de l'autonomie du patient** nous enjoint non seulement de requérir un consentement à l'acte, mais également de s'assurer que son consentement résulte d'un **choix autonome** (c'est-à-dire mettre à sa disposition toutes les informations nécessaires à son choix) et d'une **action autonome** (qu'il n'y ait pas de contrainte, même indue). Dans le cas présenté, l'acte auquel doit consentir le patient est sa participation à sa rencontre avec un étudiant. Son choix autonome repose sur les informations susceptibles d'influencer sa décision. Le patient doit demeurer **libre** de consentir ou de refuser. Les points a) et c) ci-dessus sont particulièrement significatifs. Omettre de mentionner au patient que la rencontre avec l'étudiant n'entre pas dans les activités de soins signifie non seulement l'induire « délibérément » en erreur, mais lui cacher une information pertinente à sa décision, donc amoindrir l'autonomie de son choix. Par ailleurs, le point c) souligne la nécessité de rechercher le consentement du patient en vue de respecter la personne (*pas la personne autonome, la personne tout court*) et éviter de l'utiliser comme un « simple moyen ». Certes, je ne peux éviter d'utiliser le patient comme un moyen en vue de mes propres fins (me former pour devenir médecin), mais en obtenant son consentement, je le reconnais comme un être humain à part entière. Agir ainsi rejoint l'impératif catégorique de Kant : « *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans celle de tout autre toujours en même temps comme une fin et jamais seulement comme un moyen* ».

Du point de vue de la loi, le consentement (en général) réfère au droit à l'autodétermination. Celui-ci est l'équivalent légal du principe éthique du respect de l'autonomie de la personne. La loi reconnaît à tout individu

apte le droit de décider par lui-même ce qui est bon pour lui dans quelque sphère que ce soit de sa vie (à noter que ce droit a des limites reconnues ou imposées par la loi). La loi protégera ce droit en imposant aux autres individus des obligations par le biais de règles, tant au civil qu'au criminel, qui ont pour but de faire respecter ce droit. Peuvent être interprétés dans ce sens, l'article 10 du Code civil du Québec : « *Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé* » ainsi que l'article 265 du Code criminel du Canada : « *Commet des voies de fait, ou se livre à une attaque ou une agression, quiconque, selon le cas, d'une manière intentionnelle emploie la force, directement ou indirectement, contre une personne sans son consentement* ». Le point b) intéresse donc particulièrement le domaine légal. L'étudiant qui procède à l'anamnèse ou à l'examen physique d'un patient sans son consentement pourrait être accusé d'avoir porté atteinte à sa vie privée (anamnèse) ou à son intégrité (l'examen physique : la remarque ne s'applique pas seulement à l'examen gynécologique ou au toucher rectal, mais à toute portion de l'examen médical).

Si la question est posée (mais ce point sera vu dans l'autre atelier sur le consentement), on pourra mentionner que l'article 11 du Code civil du Québec est directement explicite en ce qui concerne le **consentement aux soins** : « *Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention* ». Il est à souligner que cette obligation n'est pas liée aux seuls médecins ni à une seule catégorie de professionnels, mais à tous ceux qui prodiguent des soins, y compris les externes et les résidents.

Enfin, la notion d'obligation tant dans le domaine légal qu'éthique ne peut être dissociée de la notion de **responsabilité**. La responsabilité peut se concevoir en au moins deux sens.

Le **premier sens** porte sur la capacité de l'individu « en tant que sujet de droit ou sujet moral à assumer ses actes et leurs conséquences ou à se conformer aux droits ou obligations liés à un statut ». Ainsi, un individu se rend responsable en assumant son rôle de parent, de médecin, de professeur ou tout autre rôle en s'occupant du bien-être des personnes qui lui sont confiées (par rapport à ce rôle) ou par l'exécution des tâches qui découlent de ce statut.

Le **deuxième sens** est celui de l'imputabilité où l'individu « peut être l'objet de la punition ou de la récompense civile, du blâme ou de l'estime sociale, du mépris ou du respect moral ». Sur le plan légal, être tenu responsable d'un acte ayant des conséquences négatives pour un autre individu (être imputable de l'acte) entraîne le droit à une compensation pour l'offensé (du moins, au civil) et la possibilité de « pénalités » (au civil et au criminel) pour l'offenseur. Sur le plan éthique, l'imputabilité peut sembler avoir un caractère moins puissant en raison de l'absence de sanctions matérielles : être tenu responsable d'un acte ayant des conséquences négatives pour un autre individu (être imputable de l'acte) n'entraîne pas de compensation pour l'offensé ni de perte de liberté ou de peines pécuniaires pour l'offenseur, l'offenseur peut cependant être exposé au blâme ou au mépris des autres.

Ainsi, à la question « Pourquoi l'étudiant doit-il obtenir le consentement du patient ? », nous pouvons aussi répondre que c'est en vue d'un **agir responsable**. Non seulement parce qu'il faut rendre des comptes (que ce soit devant un tribunal, les autres individus, sa propre conscience ou même Dieu), mais surtout parce qu'assumer la responsabilité de ses actes et de leurs conséquences demeure au cœur de l'action éthique.

Ces explications devraient suffire à nuancer deux arguments souvent invoqués par certains professionnels qui peuvent considérer cette démarche comme non seulement futile, mais exaspérante parce qu'elle entraîne une perte de temps. Le premier argument consiste à présumer que les patients qui sont admis dans un hôpital universitaire, c'est-à-dire un hôpital d'enseignement, doivent forcément savoir qu'ils auront à rencontrer des étudiants. Le deuxième argument fait appel aux notions de devoir et de compensation, voire d'altruisme. Dans un hôpital d'enseignement, les patients reçoivent des soins de la plus haute qualité, il est donc normal qu'ils donnent quelque chose en échange. Leur collaboration à l'enseignement devrait même provenir d'une attitude altruiste. Ainsi, il est non seulement attendu que les patients se plient volontiers aux exigences de l'enseignement, mais il est mal vu qu'ils refusent d'y participer. Que les patients sachent que l'hôpital universitaire est un milieu d'enseignement (cette prémisse n'est pas si évidente), qu'ils aient un sentiment de reconnaissance pour les soins reçus ou qu'ils aient une forte tendance à l'altruisme, tout ceci n'exclut pas le fait que le patient demeure une personne à qui le respect est dû. Et que le respect dû à toute

personne passe par la reconnaissance de ses droits, droit à l'autodétermination, droit à la vie privée (*privacy*) et droit à l'intégrité.

4. DANS LA SITUATION PRÉSENTÉE, EN ACCEPTANT QUE L'ÉTUDIANT S'ASSOIE ET DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS POSÉES, LE PATIENT A-T-IL DONNÉ SON CONSENTEMENT À LA RENCONTRE ? EXPLIQUEZ.

Si l'on se base sur la définition précédente, on pourrait considérer que le patient a donné son consentement lorsqu'il a accepté que l'étudiant s'assie. De plus, le patient répond aux questions sans autre formalité. L'étudiant lui avait dit qu'il venait pour le questionner. On parlera ici d'un **consentement tacite ou implicite**, c'est-à-dire le patient n'a pas formulé son consentement. En disant quelque chose comme : « *D'accord, je veux bien répondre à vos questions* », le patient donne un consentement **explicite**. Le consentement tacite et le consentement explicite sont également valables. Dans la situation présentée, le consentement tacite du patient est donc suffisant. Cependant, bien que le patient ait consenti à cette entrevue, d'autres conditions doivent être respectées pour que son consentement soit conforme aux exigences éthiques et légales.

5. LE CONSENTEMENT DU PATIENT EST-IL VALIDE ?

Pour répondre à cette question, il faut connaître les conditions de validité d'un consentement.

Le consentement valide exige quatre conditions :

- a) Le consentement est donné par un individu **reconnu apte**.
- b) Le consentement doit être **éclairé**.
- c) Le consentement est donné de façon **libre**.
- d) Le consentement concerne un acte spécifique.

Ces conditions s'appliquent à **quelque domaine que ce soit**, pas seulement à la médecine. Lors de l'achat d'une maison, le contrat signé pourra être annulé si je suis reconnu inapte au moment où j'ai signé, si je démontre qu'il y a un vice caché (consentement éclairé) ou s'il est démontré que j'ai signé contre mon gré (consentement libre). Enfin, le contrat est spécifique à l'acte d'achat d'une maison et n'engage pas l'acheteur à acheter les meubles du vendeur, sauf si cet élément est spécifié dans le contrat.

Pour répondre à la question, il faut donc se demander :

- a) Est-ce que ce patient est **apte** ? (Selon la loi, tout adulte est présumé apte, à moins qu'il n'y ait un facteur nous laissant supposer le contraire, un diagnostic de démence par exemple. Ce point sera approfondi dans une discussion ultérieure.)
- b) Est-ce que ce patient **sait exactement** à quoi il s'engage ? (Pas réellement, objet de la prochaine question)
- c) Est-ce que ce patient est **réellement libre** de participer ou non ? (en demandant à l'étudiant lui-même de rechercher le consentement, on évite que les patients acceptent dans le seul but d'éviter de déplaire à une personne qui peut être directement ou indirectement liée à ses soins : le moniteur, qu'il soit médecin traitant ou non, demeure une figure d'autorité dans le milieu hospitalier).
- d) Est-ce que ce patient sait à quel acte précis il s'engage ? (Par exemple, l'étudiant aura expliqué s'il compte faire seulement une anamnèse ou un examen physique ou les deux.)

Ainsi, le consentement tacite donné par ce patient ne peut être considéré comme un consentement valide, les explications pour un consentement réellement éclairé n'ont pas été fournies.

6. QUELLES INFORMATIONS L'ÉTUDIANT AURAIT-IL DÛ FOURNIR AU PATIENT EN VUE D'OBTENIR UN CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ?

L'étudiant doit

- **se présenter de façon précise** : « *Je suis Untel, (par exemple, Yvette Lajeunesse et NON pas seulement, je m'appelle Yvette), étudiante en première année de médecine* »

- **donner la raison de sa présence** (« Dans le cadre de ma formation, Dr XXX m'a demandé de vous rencontrer pour vous questionner sur les circonstances qui vous ont conduit à l'hôpital ou qui vous ont amené à consulter ici ». Tout au long du stage, l'étudiant sera amené à détailler de plus en plus ce point selon les objectifs de chaque rencontre. S'il s'agit d'une anamnèse plus élaborée, il est bon de le spécifier. Si l'étudiant doit procéder à un examen physique, ceci devrait être également détaillé. Plus l'étudiant est précis dans sa description, plus le consentement est significatif au sens de l'autonomie de la personne, comme il a été vu plus haut.)
- **expliquer ce qui est attendu du patient** (L'étudiant donne une estimation du temps prévu pour la rencontre. « Je prendrai « x » minutes de votre temps ».)
- **clarifier la portée de la rencontre pour éviter que le patient ne soit induit en erreur.** (« Je ne fais pas partie de l'équipe médicale qui vous soigne. Le but de la rencontre est simplement éducatif. Vous ne retirerez aucun bénéfice ou avantage de cette rencontre dans le cadre de vos soins, mais vous contribuerez à la formation médicale ». Ceci rejoint également le troisième critère de validité du consentement qui est la liberté de participer. Le patient qui croit que la démarche de l'étudiant fait partie des soins habituels dans un hôpital n'a pas la liberté réelle d'accepter ou de refuser.)
- **préciser les droits du patient dans le contexte de la rencontre.** (Le patient a le droit de ne pas répondre aux questions qui le dérangent quelle qu'en soit la raison et il a le droit d'interrompre la rencontre en tout temps sans avoir à se justifier. Le contexte d'enseignement s'apparente au contexte de recherche où le sujet ne retire pas d'avantages ni de bénéfices personnels, sauf exceptions, en participant à l'activité de recherche.)
- **rechercher l'accord explicite du patient** (« Êtes-vous d'accord ? »).

7. QUE DOIT FAIRE L'ÉTUDIANT EN CAS DE REFUS DU PATIENT ? PEUT-IL DEMANDER AU PATIENT DE JUSTIFIER SON REFUS ? PEUT-IL INSISTER ?

Comme il ne s'agit **pas** d'une situation de soins, le patient ne devrait pas avoir à justifier son refus. Cependant, il demeure approprié pour l'étudiant de tenter de convaincre le patient en évitant toute forme de harcèlement. Respecter le refus du patient, c'est reconnaître l'autonomie de l'autre.

De la même façon, si le patient refuse de répondre à certaines questions ou même refuse de poursuivre la rencontre à un certain moment, l'étudiant ne peut demander au patient de justifier son refus. Dans la situation où il refuse de poursuivre la rencontre, l'étudiant peut vérifier si les conditions peuvent être aménagées afin de permettre la poursuite de la rencontre (Est-il fatigué ? Est-il confortablement installé ? etc.).

8. LA DERNIÈRE QUESTION PORTE SUR LES PRINCIPES DE BASE DE LA COMMUNICATION : IDENTIFIEZ LES ATTITUDES À AMÉLIORER DANS LA SÉQUENCE PRÉSENTÉE.

- **frapper avant d'entrer**
- **s'identifier** : l'étudiant a précisé qui l'envoyait, mais il ne s'est pas présenté lui-même. Il ne s'agit pas seulement d'une exigence liée au consentement, mais une règle de base en communication qui permet d'établir le premier contact.
- **terminer la rencontre de façon courtoise.** (Le patient a consenti à accommoder l'étudiant, il serait poli de le laisser terminer, même si cela n'apporte rien au propos. Ceci n'exclut pas de limiter poliment la personne qui aurait beaucoup de choses à raconter. Au fil du temps, l'étudiant devra apprendre la façon de circonscrire les échanges avec les patients sans aboutir nécessairement à un interrogatoire. La rencontre se conclut sur une formule de politesse : « Merci d'avoir consacré votre temps à cette rencontre »). L'éthique n'exclut pas l'étiquette !

BIBLIOGRAPHIE

Document de base

Rôle et responsabilités de l'apprenant et du superviseur. Guide. Collège des médecins du Québec, septembre 2016.

Documents portant sur les règles éthiques et légales concernant le consentement

Association Canadienne de Protection Médicale. *Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada*, 4^e édition (Mai 2006 / Révisé : Juin 2016); Disponible sur le site suivant :

<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/consent-a-guide-for-canadian-physicians>

Code civil du Québec. Articles 10 à 25. Disponible sur le site suivant :

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>

Collège des médecins du Québec. *Code de déontologie du CMQ* (2015) : Section III, articles 28 à 31. Disponible sur le site suivant :

<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf>

Collège des médecins du Québec. *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec* (ALDO). Disponible sur le site suivant :

<http://aldo.cmq.org/fr-CA/GrandsThemes/Consentement.aspx>

Rozovsky Lorne E., *The Canadian Law of Consent to Treatment*, Butterworths.³2003. L'article suivant bien que datant de 1973, « Consent to treatment » par Rozovsky, résume les caractéristiques du consentement :

<http://digitalcommons.osgoode.yorku.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=2275&context=ohlj>

Lectures complémentaires

Kushner Thomasine. K. & Thomasma David. C. (éd.), *Ward Ethics. Dilemmas for medical students and doctors in training.* Cambridge University Press, 2001. Commentaires de personnes versées en éthique à partir des histoires d'étudiants relatant leurs (malheureuses) expériences dans le contexte des premiers contacts avec les patients.

Concernant la façon de se présenter aux patients pour les étudiants : chapitre 17 « Personal identity », pages 172 à 175.

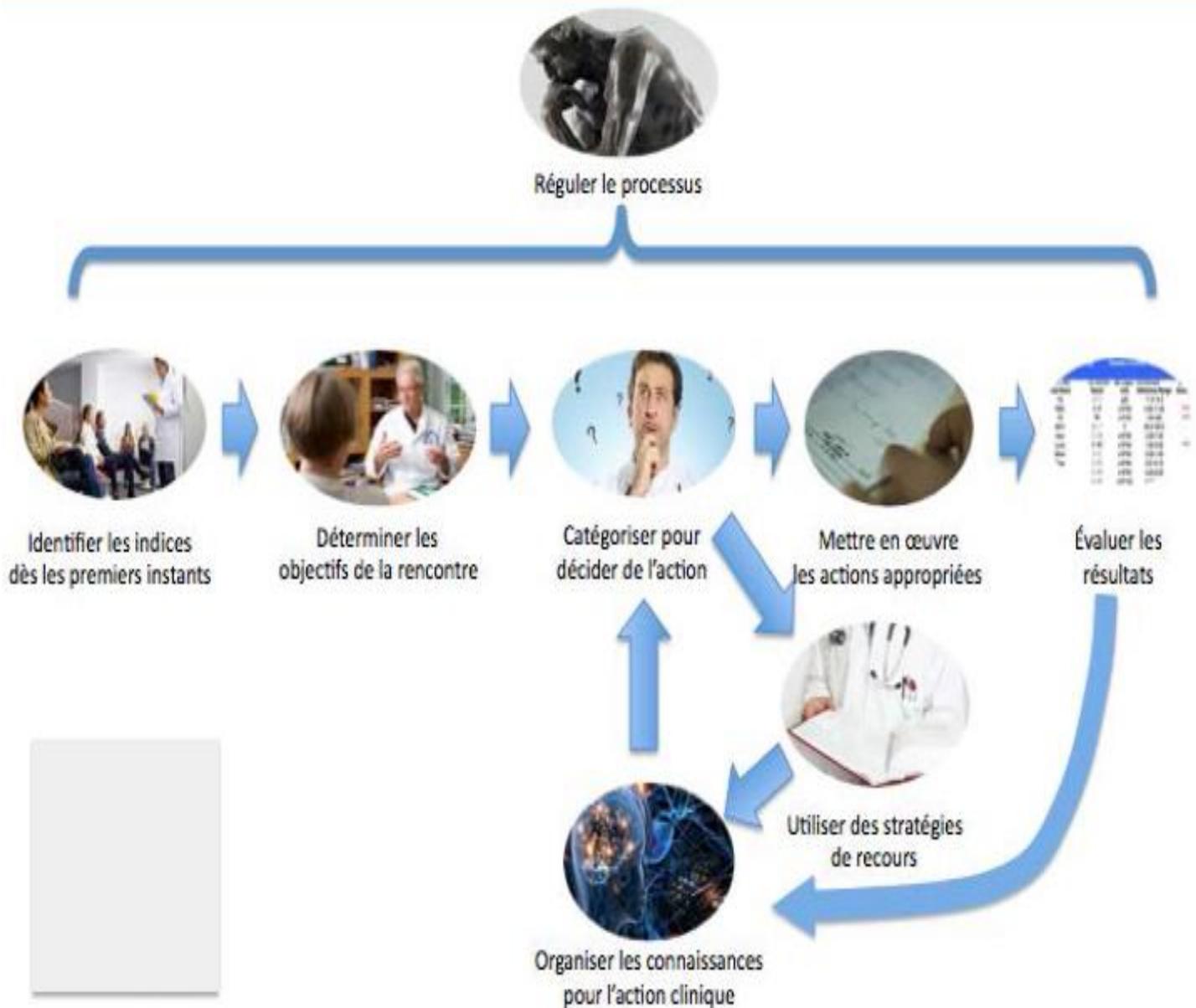
Concernant les informations en vue d'un consentement éclairé pour les étudiants en formation : chapitre 1 « The responsibility of informing », pp. 18-25

Enfin, pour ceux et celles qui veulent approfondir le concept du consentement :

Quant au passé : Faden Ruth R. & Beauchamp Tom L. *A history and theory of informed consent*, Oxford University Press, 1986.

Quant au futur : *Rethinking Informed Consent in Bioethics.* Manson N.C. & O'Neill O., Cambridge University Press, 2007.

Le processus du raisonnement clinique



The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition

Philippe Karazivan, MD, MA, Vincent Dumez, MSc, Luigi Flora, PhD, Marie-Pascale Pomey, MD, PhD, Claudio Del Grande, MSc, Djahanchah Philip Ghadiri, MSc, PhD, Nicolas Fernandez, PhD, Emmanuelle Jouet, PhD, Olivier Las Vergnas, MSc, PhD, and Paule Lebel, MD, MSc

Abstract

The prevalence of chronic diseases today calls for new ways of working with patients to manage their care. Although patient-centered approaches have contributed to significant advances in care and to treatments that more fully respect patients' preferences, values, and personal experiences, the reality is that health care professionals still hold a monopoly on the role of healer. Patients live with their conditions every day and are experts when it comes to their own

experiences of illness; this expertise should be welcomed, valued, and fostered by other members of the care team. The patient-as-partner approach embodies the ideal of making the patient a bona fide member of the health care team, a true partner in his or her care. Since 2010, the University of Montreal, through the Direction of Collaboration and Patient Partnership, has embraced this approach. Patients are not only active members of their own health care team but also are

involved in research and provide valuable training to health sciences students. Including patients as full partners in the health care team entails a significant shift in both the medical practice and medical education cultures. In this perspective, the authors describe this innovative approach to patient care, including the conceptual framework used in its development and the main achievements of patient partners in education, health care, and research.

Let the patient revolution begin.

—Tessa Richards et al¹

In recent decades, the epidemiological transition from infectious to chronic diseases has become a major public health challenge facing all countries, regardless of their economic status.² Chronic noncommunicable diseases, such as heart disease, stroke, cancer, chronic respiratory diseases, and diabetes, are now by far the leading causes of death and disability in the world,^{3,4} accounting for two of every three deaths worldwide according to the Global Burden of Disease Study 2010.⁵ Our patient-as-partner (PP) approach appears both more relevant and better adapted to today's challenges and the needs of most patients with chronic diseases.

Please see the end of this article for information about the authors.

Correspondence should be addressed to Dr. Karazivan, University of Montreal Hospital Research Centre, Saint-Antoine Tower, 850 Saint-Denis St., Montreal, Quebec, Canada, H2X 0A9; telephone: (514) 890-8000 ext. 15485; e-mail: philippe.karazivan@umontreal.ca.

Acad Med. 2015;90:437-441.

First published online January 20, 2015
doi: 10.1097/ACM.0000000000000603

Models in Transition

Over the past 20 years, paternalistic approaches to patient care have been losing ground. They have given way to patient-centered practices,⁶ in which health care professionals strive to reach a shared understanding with patients to respond more fully to their specific needs.⁷ Indeed, systematic reviews have shown that patient-centered care results in increased adherence to management protocols, reduced morbidity, and improved quality of life.⁸ Reducing the number of diagnostic tests ordered and referrals made has improved health statuses and efficiency of care.⁷ Although patient-centered approaches have undeniably contributed to significant advances in care and to treatments that more fully respect patients' preferences, values, beliefs, and personal experiences, the reality is that health care professionals, especially doctors, still hold a monopoly on the role of healer. Meanwhile, we have witnessed the growing influence of alternative forms of medicine that foster less asymmetrical power relationships between caregivers and patients and a greater consideration of patients' lived experiences and ways of knowing.

Initiatives, such as shared decision making,^{9,10} therapeutic education,¹¹ expert patient,¹² and self-management,¹³⁻¹⁷

have been inspired by patient-centered perspectives and offer innovative ways of involving patients in their own care. For instance, Tom Delbanco and colleagues¹⁸ work on inviting patients to read their doctors' notes has been an important step in this direction. The PP approach is rooted in such initiatives yet takes a significant step forward into the realm of true partnership in care, where the patient is considered a caregiver of herself and, as such, a genuine member of the treatment team, endowed with competencies and limitations just like any other member of the team (see Figure 1). This approach aims to develop the patient's competency in care instead of merely taking into account her personal experience.

The Patient's Expertise

As the French philosopher Michel Foucault¹⁹ reminds us, "one must become the doctor of oneself." At the heart of the PP approach is the notion of caring for oneself (*epimeleia heautou*), a concept that harkens back to the Socratic era—that is to say, to the birth of Western medicine in Greece. Indeed, as revealed by Plato, Socrates's famous maxim "know thyself" is a call to heed one's own needs.²⁰ Foucault¹⁹ also argues that caring for oneself is, in fact, not simply

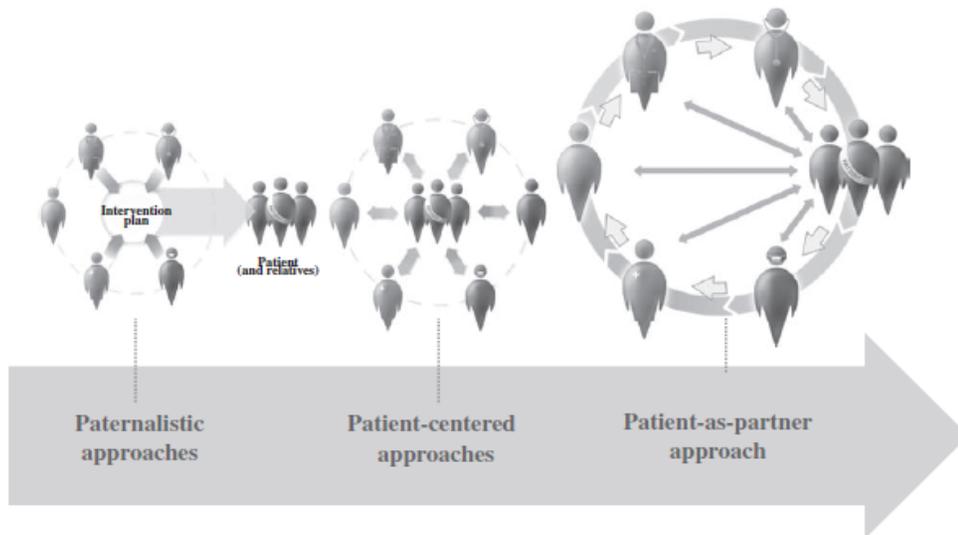


Figure 1 Three patient care models. In paternalistic approaches, the work of health care professionals is centered on the intervention plan, and patients take little part. Patient-centered approaches put patients at the center of the health care professionals’ work and concerns. In the patient-as-partner approach, patients are considered to be members of the health care team; like all other team members, they bring their unique expertise. © Direction of Collaboration and Patient Partnership, University of Montreal, 2013 (reproduced with permission).

a philosophical principle but an actual practice that, throughout the ages, has commonly prevailed: To some degree, every person has the ability to take care of himself. Patients are already taking care of themselves, sometimes in ways that health professionals are not trained to recognize (or are trained not to recognize), with varying levels of achievement depending on the normative framework chosen to determine success and failure.

Because self-care is a technique—that is, an activity based on a certain knowledge held by the individual²⁰—we must determine what knowledge a patient needs (or already has) to take care of herself. When dealing with incurable chronic diseases, experience becomes a well of critical information.²¹ Of course, the patient, not the doctor, is more intimately connected to the experience of illness:

The key to successful doctor–patient partnerships is therefore to recognize that patients are experts too. The doctor is, or should be, well informed about diagnostic techniques, the causes of disease, prognosis, treatment options, and preventive strategies, but only the patient knows about his or her experience of illness, social circumstances, habits and behaviours, attitudes to risk, values, and preferences. Both types of knowledge are needed to manage illness successfully.²²

Seeing the patient as a caregiver does not mean involving him at every level of care; it does not mean including him in every meeting or consulting him

on every decision. The doctor, nurse, physiotherapist, and other health care professionals each possess a certain expertise; similarly, so does the patient. None of the major interprofessional collaborative care models argue that all professionals on a care team must act together at all times and take part in all steps of the process. The PP approach does not argue this either.

Today’s much-hyped personalized medicine movement focuses mainly on genetics.²³ However, it also could encompass a personalized approach to health care that incorporates patients’ particular preferences, experiences, and expertise and that would develop their individual competency in making care decisions. Indeed, if health care professionals were to fully consider these factors, many clinical dead ends might actually lead to breakthroughs, and many current challenges might be overcome. Scientific and experiential knowledge are complementary.²¹ Experiential knowledge may eventually be supported by science if a number of conditions are met (among them, the quality of the relationship, the patient’s self-confidence in her ability to mobilize her experiential knowledge during the medical encounter, the doctor’s recognition of the importance and the validity of this knowledge, etc.). The patient herself could initiate such a relationship, or she could do so in partnership with her health care professional.

Changing Roles, Cultural Shifts

Recognizing the existence and the validity of both scientific and experiential knowledge implies that sometimes the best decision for the patient is to not take the medicine prescribed. Such a proposition calls for a major shift in both the medical practice and medical education cultures:

Although there have been changes, and these are welcome, the powerful position of many doctors and the lack of appropriate training on how to work in partnership with patients still prevent the appropriate use of patients’ expertise and wisdom.²⁴

With the growth of chronic diseases, the role of the health care professional is no longer strictly one of healing; now it also includes accompaniment, solicitude, and guidance as patients undertake self-care. Health care professionals then must trust patients and acknowledge their successes in care, however minor they might be. The idea is for doctors to allow patients to actively take part in their own medical process, to recognize their ability to provide valuable feedback, and to entrust them with a certain degree of responsibility regarding quality and safety and the types of treatment decisions made by the health care team—of which they are a part—such that their involvement contributes positively to the entire process.²⁵

Today, universities and research funding agencies have been called on to respond

to these changes. In the United States, the Patient-Centered Outcomes Research Institute, established by the 2010 Patient Protection and Affordable Care Act, has approved nearly 200 awards to date totaling more than \$273.5 million to fund research guided by patients, caregivers, and the broader health care community.²⁶ An example of such research is the pilot program “Zone of Openness” at the Palo Alto Medical Foundation Research Institute in California, which was designed to dispel patients’ fear of repercussions for asserting themselves in clinical decision-making processes and to help clinicians invite patients’ points of view. In medical education, the relationship-centered care initiative at Indiana University demonstrated that culture change is possible at a large medical school with a competency-based curriculum.²⁷ At Yale University, the Department of Psychiatry has developed the Citizens Project, which provides peer mentor support services and nontraditional classes geared toward the rights, responsibilities, roles, and resources of community membership to adults currently in treatment for a psychiatric illness.²⁸

In addition, experiential knowledge is being shared between patients worldwide via healthtalkonline.org (formerly DIPEX from Oxford University), a Web site devoted to the sharing of patient experiences. Furthermore, over the past four years, patient universities have been created, most notably in Barcelona (Spain), Hanover (Germany), Paris (France), and soon Marseille (France),²⁹ offering programs to develop patients’ knowledge in various areas. Expanding on this idea, in 2010, the University of Montreal (Canada) created the Office of Patient-as-Partner Expertise (now the Direction of Collaboration and Patient Partnership [DCPP]), co-led by a patient and a physician.^{30,31}

Our PP Initiatives

Rather than relegating patients to separate spaces (as in patient universities), the DCPP brings patients into already-existing structures to create true partnerships, thereby recognizing that they possess authentic, relevant, and valid understanding and expertise that can be immediately mobilized as a fruitful addition to the medical school curriculum. The recruitment of these patient partners

is done mainly by patients themselves. We have developed a formal recruitment process and selection criteria, covering such elements as reflective capacity and ability to clearly express oneself (data to be published separately). Patients are truly the pivotal force in the DCPP. Health care professionals, students, academics, and teachers gravitate toward them in what has become an engaging and highly innovative knowledge production setting, completely integrated into our medical school.

More specifically, we have recruited and trained over 160 expert-patients who participate actively in health care, research, and training of health care professionals (see Box 1). Embracing the competency-based curriculum of our medical school, these patients are in the final stages of developing the first (to our knowledge) taxonomy of patient competencies (the work is led by coauthor Luigi Flora). This taxonomy will allow for the assessment and monitoring of patients’ development of skills and

Box 1

Components of the Direction of Collaboration and Patient Partnership (DCPP) at the University of Montreal, 2010

Education

- Seventy-five patient-trainers were recruited, trained—mainly by patients—and remunerated:
 - Patient-trainers provide training in interprofessional collaboration to all our health sciences students³² (13 health care and social services programs, for a total of approximately 1,200 students per cohort)
 - Patient-trainers cofacilitate (with health care professionals) interprofessional discussion workshops. They give feedback to students regarding the integration and application of the concept of partnership in health care from a patient’s point of view. The evaluation questionnaires completed by students are a testament to the perceived added value of involving patients in care processes.
- Sixteen patient-coaches accompanied new expert-patients in the education, research, or health care settings that were initiating or pursuing the patient-as-partner (PP) approach.
- A new mentorship program for medical students was developed (as a pilot project, with six patient-student dyads for the first year): a patient living with a chronic condition is a mentor for a medical student throughout his or her studies, rounds, career choices, sharing the good times and the challenges of the medical curriculum.

Health care

- Since 2011, the DCPP has accompanied 26 clinical teams, most of them hospital based (in primary care, oncology, and mental health, among other departments) in the greater Montreal area and the surrounding region, in the implementation of the care partnership—continuous improvement approach developed by Paule Lebel’s team.
- Professionals and patients are trained to work together and set joint goals, which makes this approach innovative.
 - It is not about patients being invited to join a professional committee to help meet predefined objectives but about a team truly co-constructing knowledge and decisions, in which everyone is trained to work together using the appropriate tools.
 - A first target is set jointly, then tasks are divided and, in action, the contribution of each individual is mobilized, recognized by the other members of the team, and accepted and valued.
- Preliminary results³³ indicated a high level of satisfaction and a real change in the culture of health care settings toward a partnership that is no longer theoretical but actually embodied.
- Teams in primary care will start implementing the DCPP program; two of them did so in September 2014.

Research

- Extensive involvement with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), the chief federal agency responsible for funding health research in Canada
 - Counseling role for the development of the CIHR Citizen Engagement framework—the role of the framework is to better align funded research projects with patients’ needs (www.cihr-irsc.gc.ca/e/47275.html)
 - Membership on the Advisory Board of the Institute of Circulatory and Respiratory Health (www.cihr-irsc.gc.ca/e/45949.html)
 - Membership on the External Working Group on the “institutes model review”—the mandate of this working group is to review the structure, role, policies, budgetary framework, and slate of the institutes pertaining to their capacity to effectively respond to current and emerging health research challenges and to take advantage of national and international scientific opportunities to optimally deliver on CIHR’s mandate (www.cihr-irsc.gc.ca/e/47657.html).

competencies in health care settings, education, and research.

The DCPD also plays an advisory role in the development of practice guidelines and policies that promote patient partnership for the Quebec Ministry of Health and Social Services. These guidelines include quality improvement, the fight against cancer, and primary care, among others. Finally, our patients advise executives and management teams in more than 30 health facilities in the province (over 350 directors and managers) regarding the establishment of a strategic plan, a governance structure, and work conditions that foster the development of partnerships with patients.

The Way Forward

We are not advocating for a new paradigm of disease or care that goes beyond all the precepts of patient-centered medicine but, instead, for the acknowledgment of the validity of patients' experiences of illness and wellness. Patients, like professionals, have health care expertise. It's high time we made use of it.

Certain areas of care (such as end-of-life care) and many health care professionals may already be practicing this type of medicine; we are not implying that everyone should start from scratch. Patients' and health care professionals' perspectives should be viewed as complementary—one should not replace or supersede the other. The PP approach was based on the conceptual framework presented here and was designed by patients who were not in a dispute, angry at, or filing a claim against the health care system. Its development and implementation evolved (and still does) in situ—that is, we are finding evidence and building theory as we go along. Initial findings and the feedback we received so far from professionals, managers, patients, researchers, and students have been extremely encouraging.

Now that the PP approach is in its third year at our medical school and a number of Montreal hospitals and clinics, the next steps need to focus on important knowledge gaps regarding this relatively new way of approaching care in the context of today's society. These steps will include:

- Assessing systematically the impact of the PP approach on:
 - patient and provider experiences
 - quality of care and patient safety
 - the acquisition of competencies by our medical and health sciences students
- Studying and understanding situations in which patients do not want a partnership role in their care and those in which it would not make sense to impose this role on them with the attendant responsibilities.

Another interesting track for future research would be to consider the impact, in terms of economics and the corporate presence in health care, of the changes in power in relationships that the PP approach implies.

The PP approach has its limitations and is certainly not a magic bullet to be used in all circumstances. However, it is our strong belief that such an approach will be key if we are to meet the greatest health challenges of our time—that of the increasing burden of chronic diseases worldwide and the critical need to redesign our health care systems accordingly—with any measure of success. This perspective is itself the product of a fruitful partnership between patients, health care professionals, and dedicated researchers. We have little doubt that it is the first of many for our team and others.

Acknowledgments: The authors wish to thank Marquis Fortin, Marie-Dominique Beaulieu, Charles Pless, and Lise Giroux for their helpful feedback.

Funding/Support: None reported.

Other disclosures: Philippe Karazivan and Marie-Pascale Pomey head the research group of the Direction of Collaboration and Patient Partnership (DCPP) at the University of Montreal. Vincent Dumez and Paule Lebel are codirectors of the DCPD. All other authors have no competing interests to disclose.

Ethical approval: Reported as not applicable.

Dr. Karazivan is a family physician and researcher, University of Montreal Hospital Research Centre, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada.

Mr. Dumez is a patient and codirector, Direction of Collaboration and Patient Partnership, Faculty of Medicine, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada.

Dr. Flora is a patient, researcher, and educational consultant, Laboratoire Interuniversitaire EA 3971 EXPERICE, Université Paris 8, Paris, France.

Dr. Pomey is an associate professor, Department of Health Administration, School of Public Health, Institute of Public Health, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada.

Mr. Del Grande is a research associate, University of Montreal Hospital Research Centre, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada.

Dr. Ghadiri is a patient's relative and assistant professor, HEC Montréal, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada.

Dr. Fernandez is a patient and professor, Département d'éducation et formation spécialisées, Université du Québec à Montréal, Montreal, Quebec, Canada.

Dr. Jouet is a patient and researcher, Laboratoire de recherche de l'Établissement Public de Santé de Maison Blanche, Paris, France.

Dr. Las Vergnas is a patient's relative and director of doctoral research, ED 139, Université Paris X, Paris, France.

Dr. Lebel is an associate professor, Department of Family Medicine, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada.

References

- 1 Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. *BMJ*. 2013;346:f2614.
- 2 Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*. 1971;49:509–538.
- 3 World Health Organization. Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Report of the 2010 Global Survey. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.
- 4 World Health Organization. Chapter 1: Burden: mortality, morbidity, and risk factors. In: *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
- 5 Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2095–2128.
- 6 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995.
- 7 Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49:796–804.
- 8 Bauman AE, Fardy HJ, Harris PG. Getting it right: Why bother with patient-centred care? *Med J Aust*. 2003;179:253–256.
- 9 Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012;366:780–781.
- 10 Légaré F, Turcotte S, Stacey D, Ratté S, Kryworuchko J, Graham ID. Patients' perceptions of sharing in decisions: A systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice. *Patient*. 2012;5:1–19.
- 11 World Health Organization. Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programs for Health Care Providers in the

- Field of Prevention of Chronic Diseases. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 1998.
- 12 Lorig K, Lubeck D, Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis Rheum*. 1985;28:680–685.
 - 13 Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288:2469–2475.
 - 14 Lorig K, Laurin J, Holman HR. Arthritis self-management: A study of the effectiveness of patient education for the elderly. *Gerontologist*. 1984;24:455–457.
 - 15 Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care*. 2001;39:1217–1223.
 - 16 Lorig KR, Holman H. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26:1–7.
 - 17 Battersby MW, Ah Kit J, Prideaux C, Harvey PW, Collins JP, Mills PD. Research implementing the Flinders Model of self-management support with Aboriginal people who have diabetes: Findings from a pilot study. *Aust J Prim Health*. 2008;14:66–74.
 - 18 Delbanco T, Walker J, Bell SK, et al. Inviting patients to read their doctors' notes: A quasi-experimental study and a look ahead. *Ann Intern Med*. 2012;157:461–470.
 - 19 Foucault M. Technologies of the self. In: Martin LH, Gutman H, Hutton PH, Foucault M, eds. *Technologies of the Self: A Seminar With Michel Foucault*. Amherst, Mass: University of Massachusetts Press; 1988.
 - 20 Jean-François Pradeau (ed.) and Chantal Marboeuf (tr.). *Platon, Alcibiade*. Paris: Flammarion; 1999: 243.
 - 21 Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de Formation-Analyses*. 2010;58–59:13–77.
 - 22 Coulter A. Paternalism or partnership? Patients have grown up—and there's no going back. *BMJ*. 1999;319:719–720.
 - 23 Katsnelson A. Momentum grows to make “personalized” medicine more “precise.” *Nat Med*. 2013;19:249.
 - 24 Wilson J. Acknowledging the expertise of patients and their organisations. *BMJ*. 1999;319:771–774.
 - 25 Flora L. *Le Patient Formateur: Élaboration Théorique et Pratique d'un Nouveau Métier de la Santé* [unpublished doctoral dissertation]. Paris, France: Université Vincennes-Saint-Denis-Paris 8; 2012.
 - 26 Patient-Centered Outcomes Research Institute Web site. www.pcori.org. Accessed November 3, 2014.
 - 27 Cottingham AH, Suchman AL, Litzelman DK, et al. Enhancing the informal curriculum of a medical school: A case study in organizational culture change. *J Gen Intern Med*. 2008;23:715–722.
 - 28 Yale School of Medicine. Department of Psychiatry. Citizens–Community Enhancement Project. http://www.yale.edu/PRCH/research/comm_enhancement.html. Accessed October 30, 2014.
 - 29 Flora L. Des patients en formation avec des professionnels de santé en faculté de médecine: Un nouveau paradigme à l'aube de la loi HPST? *Le Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier*. 2013;154:1–4.
 - 30 Université de Montréal. Faculté de médecine. Direction collaboration et partenariat patient. <http://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/>. Accessed October 30, 2014.
 - 31 Karazivan P, Dumez V, Lebel P, et al. Le patient partenaire de soins, un atout pour le médecin. *Le Point en Administration de la Santé et des Services Sociaux*. 2011; 7:6–11.

References cited in Box 1 only

- 32 Vanier MC, Therriault PY, Lebel P, et al; Interfaculty Operational Committee for Collaborative Practice Teaching at Université de Montréal. Innovating in teaching collaborative practice with a large student cohort at Université de Montréal. *J Allied Health*. 2013;42:e97–e106.
- 33 Centre de Pédagogie Appliquée Aux Sciences de la Santé. Programme Partenaires de Soins. Rapport d'étape (2011–2013) et Perspectives. Faculté de médecine. Université de Montréal. 2014. http://medecine.umontreal.ca/doc/PPS_Rapport_2011-2013.pdf. Accessed October 30, 2014.

STRUCTURE DE L'HISTOIRE D'UNE MALADIE (ANAMNÈSE) FONCTIONS DE L'ENTREVUE MÉDICALE RENCONTRE AVEC UN PATIENT HOSPITALISÉ ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitifs

- L'étudiant décrit les différentes composantes de l'histoire d'une maladie.
- L'étudiant décrit les attributs d'un symptôme.
- L'étudiant établit la différence entre un symptôme et un signe.
- L'étudiant explique les principes généraux de la communication dans la relation patient-médecin.
- L'étudiant explique les divers éléments essentiels à une communication professionnelle efficace.
- L'étudiant décrit les trois fonctions d'une entrevue médicale avec un patient.

Aptitudes

- L'étudiant précise la raison de consultation et explore l'histoire de la maladie actuelle.
- L'étudiant identifie les techniques de communication utilisées dans une rencontre patient-médecin.
- L'étudiant sait utiliser adéquatement les équipements de protection individuelle (EPI).

Attitudes

- L'étudiant exprime les difficultés qu'il a rencontrées dans le recueil de la maladie actuelle.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

Discussion de groupe

Rencontre avec un patient : le moniteur démontre (**rôle modèle**) le recueil de données

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Bates'** Guide to physical examination and history taking (ou version française)
 - Évaluation complète de l'adulte / The comprehensive adult health history
- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI)** dans « Présentation générale » de l'ENA : *Aide-mémoire COVID, formation EPI*
- **Richard C., Lussier M.-T.** : La communication professionnelle en santé, ERPI 2016 : pp.135 à 147; 150 à 167; 208 à 224
- Résumé de la technique du jeu de rôle (ENA)
- Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive (p. 18-19 cahier du moniteur; aussi sur ENA)
- Évaluation d'une entrevue (p. 19-20 du cahier du moniteur; aussi sur ENA)
- **Boucher, A., Bourdy C.** : Jeux de rôle (**Cahier du moniteur seulement**)
- **Boucher A. et alii** : Cahier des habiletés cliniques 2022-2023
 - Apparence générale
 - Guide Calgary-Cambridge Section I – Commencer l'entrevue
 - Guide Calgary-Cambridge : Section II – Recueillir l'information
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »; il faut se créer un compte EDUlib)
 - Module 1 : La vraie vie (médecin)
 - **Identifier les indices dès les premiers instants**
 - Répondre aux questions (à titre formatif et non comptabilisé)
 - **Déterminer les objectifs de la rencontre**
 - Répondre aux questions (à titre formatif et non comptabilisé)

SCÉNARIO DU 14-09-2022

8h30 à 9h00 STRUCTURE ET FONCTIONS DE L'ENTREVUE

Le moniteur discute de la structure et des fonctions de l'histoire de cas en mentionnant les différents éléments de l'anamnèse et en insistant sur **l'importance de l'histoire de la maladie actuelle** qui sera priorisée dès cette session et tout au long des deux années précliniques.

STRUCTURE DE L'ENTREVUE

- **Raison de consultation (RC)**
- **Histoire de la maladie actuelle (HMA)**
 - **Les attributs d'un symptôme**
 - Le moniteur définit les attributs d'un symptôme (cf. Observation directe d'une entrevue p. 18 du Cahier du moniteur).
 - **Symptômes et signes**
 - Le moniteur introduit les notions de **symptômes** (ce qui est recueilli à l'anamnèse) et de **signes** (ce qui est constaté ou découvert à l'examen).
- **Antécédents (personnels et familiaux) et habitudes de vie**
- **Revue des systèmes** (à mentionner sans la développer à ce moment-ci)

FONCTIONS DE L'ENTREVUE (Voir *La communication professionnelle en santé*, p.152)

- 1) Échange d'informations
- 2) Établissement d'une relation et accueil des émotions du patient

9h00 à 10h00 RAISON DE CONSULTATION – JEUX DE RÔLE

L'attention sera portée sur les **habiletés communicationnelles** et sur le début du **raisonnement clinique**, mais non sur le contenu :

- Débuter la rencontre (présentation mutuelle du patient et de l'étudiant)
 - **Identifier les INDICES INITIAUX et réaliser le contexte de la rencontre clinique**
- **Préciser la raison de consultation**
 - DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE
- Préciser les attentes et besoins du patient
- HMA (attributs de chaque symptôme)

Les étudiants qui ne jouent pas de rôle utilisent la grille d'observation et de rétroaction (p.18-19). Après les jeux de rôle, ils donnent leur rétroaction : un étudiant, sur le processus et l'autre, sur le contenu.

Le moniteur complètera par la suite.

10h00 à 11h30 RENCONTRE AVEC UN PATIENT HOSPITALISÉ – RÔLE MODÈLE

- Le moniteur **prépare la rencontre en s'assurant que tous portent un EPI** :
 - Il voit au confort du patient.
 - Il s'installe confortablement dans la chambre et voit au confort des étudiants.
- Démonstration de **l'anamnèse** par le moniteur :
 - Il se présente et présente les étudiants (avec leur nom au complet).
 - Il identifie le patient.
 - Il précise la raison de consultation initiale et la raison d'admission.
 - Il explore la maladie actuelle.
 - Il explore les antécédents pertinents.
- **Examen physique** (le moniteur aura demandé, au préalable, aux étudiants d'observer dès le début de la rencontre : 1) le contexte de la rencontre (observation de l'environnement) et 2) l'apparence générale du patient) (**INDICES INITIAUX**) pour une discussion après la rencontre.

Au retour dans le local du monitorat, chaque étudiant rédige un bref compte-rendu en 5 minutes, sur son observation du contexte de la rencontre, son observation du processus de la communication, la raison de la consultation (DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE), la maladie actuelle recueillie et ce qu'il a noté à l'apparence générale (INDICES INITIAUX) de ce patient.

Par la suite, le moniteur leur donne son propre compte-rendu et ses observations.

JEU DE RÔLE No 1

BUT : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants et DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

CONTEXTE

Clinique sans rendez-vous, début de soirée, 15 patients dans la salle d'attente.

CONSIGNES AU PATIENT

Vous êtes assis, la jambe droite étendue.

Vous paraissez souffrant, seulement à la marche, vous boitez, si on vous demande de marcher.

IDENTIFICATION

Patient(e) de 22 ans, vivant avec son conjoint(e), vendeur dans une boutique de chaussures

RAISON DE CONSULTATION

« Je me suis foulé la cheville hier »

MALADIE ACTUELLE

En jouant au volley-ball hier soir, vous êtes mal tombé(e) après avoir sauté pour « smasher » le ballon.

Vous vous êtes foulé la cheville droite.

Vous avez ressenti une douleur vive (4/10).

Vous avez continué à jouer quand même.

Ce matin, vous avez de la difficulté à marcher à cause de la douleur.

C'est enflé sur le côté extérieur de la cheville et c'est un peu bleuté.

Seulement si le médecin vérifie s'il y a un autre problème ou autre chose qui vous tracasse, vous lui dites ce qui suit, sinon vous ne lui en parlez pas.

Vous ne le dites pas d'emblée, mais vous souhaiteriez un congé de travail pour quelques jours afin d'accélérer la guérison car vous avez un voyage planifié dans 2 semaines.

Vous marchez beaucoup à votre travail et vous auriez de la difficulté à rester debout toute la journée. De plus, vous craignez que ceci gâche vos prochaines vacances.

Si on vous suggère plutôt de porter une attelle, vous serez d'accord et n'exigerez pas d'arrêt de travail.

RAISONNEMENT CLINIQUE

IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS (INDICES INITIAUX)

DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

- Condition non urgente (pas de symptômes ni signes d'alerte)
- Condition qui semble relativement bénigne (entorse à la cheville)
- Préoccupations à cause du voyage prochain avec une demande d'arrêt de travail

C. Bourdy MD
Révisé Juillet 2019

JEU DE RÔLE No 2

BUT : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants et DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

CONTEXTE

Salle d'urgence bondée, en milieu de soirée, à la mi-novembre

CONSIGNES AU PATIENT

Vous êtes couché(e) sur le dos. Vous avez mal un peu partout, mais surtout à la cheville gauche suite à une chute en vélo. La chaussée était humide et il faisait un peu froid. Vous avez glissé en prenant un tournant un peu vite.

Vous êtes inquiet/inquiète pour votre fin de session qui arrive vite. Vous aurez plusieurs travaux à préparer et un examen important.

IDENTIFICATION

Patient(e) de 32 ans, marié(e), 2 enfants, étudiant(e) à la maîtrise en biologie

RAISON DE CONSULTATION

« *J'ai mal partout à cause de ma chute à vélo, mais c'est surtout ma cheville gauche qui me fait mal. Je ne suis pas capable de marcher dessus* »

MALADIE ACTUELLE

En revenant de l'Université ce soir, vous alliez un peu vite, vous avez manqué un tournant et vous avez chuté.

Comme vous êtes tombé(e) près d'un autobus, le chauffeur vous a vu et s'est inquiété.

Il a crû que vous aviez perdu conscience et a appelé le 911.

On vous amené à l'urgence en ambulance.

Selon vous, vous n'avez pas perdu conscience. Vous portiez un casque.

Vous n'avez pas mal à la tête, pas de nausée, pas de vomissements, pas de somnolence.

Vous avez mal un peu partout, mais un peu plus à votre épaule gauche, mais tout bouge bien.

C'est en particulier votre cheville gauche qui semble avoir reçu le coup le plus fort.

Vous ne croyez pas être capable de marcher.

Vous êtes très inquiet/inquiète car la fin de session approche.

Vous demanderez avec une certaine insistance que le médecin vous signe un « papier de médecin » pour obtenir un délai pour le travail à remettre la semaine prochaine.

Vous serez collaborant(e) durant la rencontre.

RAISONNEMENT CLINIQUE

IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS (INDICES INITIAUX)

DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

- Condition un peu préoccupante (pourquoi la chute ? perte de conscience ?)
- Possible polytraumatisme vs simple entorse à la cheville
- Préoccupations à cause du travail universitaire à remettre

JEU DE RÔLE No 3

BUT : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants et DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

CONTEXTE

Clinique sans rendez-vous, au début de janvier, la salle d'attente est pleine de gens qui toussent. Vous êtes arrivé(e) il y a 4 heures.

CONSIGNES AU PATIENT

Vous êtes assis(e), vous vous sentez fatigué(e), pas en forme du tout, courbaturé(e).

IDENTIFICATION

Vous avez votre âge, étudiant(e), célibataire, vivant seul(e).

RAISON DE CONSULTATION

« J'ai mal à la gorge et avec tous ces gens qui toussent, comme je vous ai attendu un bon 4 heures, ils m'ont tous donné leur grippe ! »

MALADIE ACTUELLE

« Ça gratte dans le fond de la gorge ».

Depuis 2 jours

Douleur modérée en intensité (4 / 10).

Ça augmente avec le temps.

Vous croyez que vous avez pris du froid la fin de semaine dernière à l'aréna où vous êtes allé(e) voir votre nièce de 10 ans jouer au hockey.

C'est pire quand vous avalez, mais c'est amélioré quand vous buvez quelque chose de froid.

Votre appétit n'est pas très bon, vous croyez avoir perdu 2 kilos en 2 jours.

Depuis hier

Votre nez coule, « c'est clair comme de l'eau ».

Vous avez beaucoup transpiré la nuit dernière et vous avez eu l'impression de faire de la fièvre. Vous ne l'avez pas vérifié cependant.

Vous vous sentez moche, affaibli(e) et ça vous inquiète car vous avez vu votre tante être hospitalisée pour une pneumonie virale l'an dernier et cela avait débuté ainsi avec des transpirations la nuit. Elle fut hospitalisée deux semaines aux soins intensifs.

Vous craignez que ça ne vous ralentisse dans vos études car un examen s'en vient.

Vous n'avez pas eu mal aux oreilles ni à la tête.

Vous ne toussiez pas et ne crachez pas.

Vous n'avez jamais eu de maladie sérieuse ni jamais été opéré(e).

Vous n'avez jamais fumé.

Vous ne prenez pas de médicaments.

RAISONNEMENT CLINIQUE

IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS (INDICES INITIAUX)

DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

- Condition qui semble peu inquiétante pour le moment
- Possible syndrome viral (IVRS) vs grippe (influenza) vs COVID
- Préoccupations à cause de la tante qui a fait une pneumonie virale

JEU DE RÔLE No 4

BUT : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants et DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

CONTEXTE

Clinique sans rendez-vous, à la fin juillet, la salle d'attente est assez calme; il fait très chaud et humide à l'extérieur depuis les trois derniers jours. Vous êtes arrivé(e) il y a 1 heure.

CONSIGNES AU PATIENT

Vous êtes assis(e), vous vous sentez un peu fatigué(e), surtout congestionné(e) et peut-être un peu fiévreux/se

IDENTIFICATION

Vous avez votre âge, vous êtes commis de bureau; vous êtes célibataire.

RAISON DE CONSULTATION

« Je suis tellement congestionné(e), j'ai de la difficulté à respirer ».

MALADIE ACTUELLE

Depuis 1 semaine,

Vous êtes de plus en plus congestionné(e), le nez est souvent bouché.
Quand vous vous mouchez, les sécrétions sont jaunâtres parfois un peu verdâtres.
Vous devez plutôt respirer par la bouche et elle devient souvent sèche.
Vous avez un peu mal à la gorge surtout quand vous avalez des aliments plus secs.

Depuis 2 jours,

Vous toussiez un peu, c'est sec, pas de crachats.
Ce fut pire la nuit dernière, ça vous a réveillé(e) une bonne partie de la nuit.

Vous ne croyez pas faire de la fièvre, vous ne l'avez pas prise.
Vous ne transpirez pas.

Vous avez mal à la tête (4/10), surtout au niveau du front des deux côtés.
C'est un peu augmenté si vous vous penchez vers l'avant.
Vos deux oreilles sont un peu bouchées et « ça craque » parfois; c'est la première fois que vous avez ce type de malaise.

Vous savez que vous êtes allergique vers le mois d'août, mais habituellement ce sont des éternuements, des yeux qui piquent et de la congestion nasale; ce que vous avez depuis la dernière semaine, ça ne ressemble pas tellement à vos allergies, bien que ce soit un peu semblable.

Vous devez prendre l'avion pour visiter votre petite nièce qui vient de naître en Espagne.

RAISONNEMENT CLINIQUE

IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS (INDICES INITIAUX)

DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

- Condition qui semble peu inquiétante pour le moment
- Possibles allergies saisonnières vs début de sinusite vs IVRS vs COVID
- Préoccupations à cause du prochain voyage en avion

SÉMIOLOGIE CARDIAQUE ET PULMONAIRE INTRODUCTION À L'EXAMEN PHYSIQUE PERSPECTIVE DU PATIENT MISE À NU D'UN PATIENT

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitifs

- L'étudiant décrit les symptômes des systèmes cardiaque et pulmonaire.
- L'étudiant identifie les repères anatomiques du thorax.
- L'étudiant décrit les 4 techniques fondamentales de l'examen physique :
Inspection, palpation, percussion et auscultation
- L'étudiant explique l'impact de la mise à nu du corps du patient pour le médecin et pour le patient.
- L'étudiant connaît les caractéristiques de la perspective du patient (son expérience de sa maladie).
- L'étudiant décrit les différentes notions utilisées pour désigner la maladie: **disease, illness** et **sickness**.
- L'étudiant décrit les paramètres de l'apparence générale d'un patient.
- L'étudiant décrit la séquence de l'examen physique complet sommaire.

Aptitudes

- L'étudiant effectue une anamnèse centrée sur des symptômes cardiaques et pulmonaires.
- L'étudiant utilise les techniques de communication appropriées pour recueillir les informations cliniques pertinentes (cf. fonctions d'une entrevue).
- L'étudiant effectue l'examen sommaire du thorax : cœur et poumons.
- L'étudiant prend les mesures nécessaires pour effectuer l'examen du thorax de façon à respecter la pudeur du patient.
- L'étudiant exécute la prise de signes vitaux.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

Discussions de groupe ; Pratique de l'examen physique

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Bates' Guide to physical examination and history taking** (ou version française)
 - Entrevue
 - Sémiologie cardiaque et pulmonaire = sections *Appareil cardiovasculaire : antécédents médicaux / The cardiovascular system : The health history* ET *Thorax et poumons : antécédents médicaux / The thorax and lungs : the health history*
 - Survol de l'examen physique et signes vitaux = *Vue d'ensemble de l'examen physique / The physical examination approach and overview* ET *Constantes vitales / The vital signs*
- **Richard C., Lussier M.-T.**, La communication professionnelle en santé ERPI 2016 : pp. 159 à 166; 187 à 196; 225 à 232
- **ENA – Ressources :**
 - Histoire de cas; généralités (voir particulièrement la liste des symptômes des systèmes respiratoire et cardiovasculaire, point V et VI de la section 8)
 - Exemple de rédaction d'une histoire de cas
- **Monday J.**, Considérations sur l'examen physique, 1993
- **Boucher A. et alii** : Cahier des habiletés cliniques 2022-2023
Guide Calgary-Cambridge : Section I et II – Commencer l'entrevue et Recueillir l'information
Signes vitaux; Thorax et poumons; Cœur
- **Massé R.** *Les trois dimensions de la maladie: Disease, illness et sickness*. Culture et Santé publique: Édition Gaétan Morin 1995
- **Caire Fon, N.**, et al, (2015). **PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]**. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »; il faut se créer un compte EDUlib)
 - Module 1 : La vraie vie (médecin)
 - Identifier les indices dès les premiers instants
 - Déterminer les objectifs de la rencontre

8h30 à 9h00 RETOUR SUR L'ANAMNÈSE SÉMIOLOGIE CARDIAQUE ET PULMONAIRE

Le moniteur introduit la **revue des systèmes** dans la structure de l'histoire de cas.

Le moniteur révisé la sémiologie cardiaque et pulmonaire (Bates') (**CONSTITUTION DE LA BASE DES CONNAISSANCES**)

9h00 à 9h30 PERSPECTIVE DU PATIENT (EXPÉRIENCE DE LA MALADIE)

Introduction du concept de *modèle explicatif de la maladie* selon le patient (**illness**), selon la science (**disease**) et selon sa collectivité (**sickness**) avec une discussion sur l'impact des valeurs culturelles de chacun sur la relation médecin-patient (cf. texte R. Massé).

Le moniteur souligne l'importance pour le clinicien de **bien saisir la perspective du patient** (son expérience de sa maladie) afin de mieux cerner et de comprendre le problème clinique présenté et aussi pour s'assurer d'une **meilleure alliance thérapeutique** avec son patient.

Il revient sur la notion de partenariat de soins abordée lors de la semaine I qui sera un outil essentiel dans toute rencontre clinique permettant une meilleure compréhension des problèmes du patient par le médecin (expertise) et une meilleure implication du patient dans son suivi médical (observance).

9h30 à 9h45 DISCUSSION SUR LA MISE À NU ET L'INTIMITÉ DANS LA RELATION PATIENT-MÉDECIN

À l'aide du texte du docteur J. Monday, le moniteur utilisera la pratique actuelle d'examen physique entre étudiants afin de leur faire prendre conscience du respect nécessaire de la pudeur du patient.

Il les fera verbaliser sur cette expérience de dénudation (partielle dans ce cas-ci).

Le port de la jaquette et son utilisation pour le respect de la pudeur du patient sera abordé.

9h45 à 10h30 INTRODUCTION À L'EXAMEN PHYSIQUE

- Le moniteur démontre **comment se préparer** à l'examen physique et comment préparer le patient à cette portion de la rencontre médicale (lavage obligatoire des mains, et si nécessaire port de la jaquette, port du masque, etc.)
- **Apparence générale** du patient
Le moniteur définit les différents paramètres à observer (**INDICES INITIAUX** du raisonnement clinique).
- Il insiste sur la **systématisation** et la régularité de cette observation – i.e. elle doit toujours être effectuée pour chaque patient. L'observation est effectuée dès le premier regard et est essentielle à la démarche clinique.
- Il initie les étudiants aux **4 techniques fondamentales** de l'examen physique : inspection, palpation, percussion et auscultation en les démontrant lors de l'examen abdominal sur un étudiant.
Il **démontre seulement la technique de ces gestes**.
- Il démontre la **séquence** d'un examen physique complet sommaire pour assurer le confort du patient **sans trop entrer dans le détail** de chaque geste qu'il pose car ceci sera repris tout au long de l'année.

10h30 à 11h30 PRATIQUE DE L'EXAMEN PHYSIQUE APPARENCE GÉNÉRALE – SIGNES VITAUX EXAMEN CARDIAQUE ET PULMONAIRE

Le moniteur démontre la prise des signes vitaux dont la mesure de la tension artérielle (par palpation et par auscultation).

Il répète l'importance primordiale de la systématisation de l'examen physique au moyen des **4 techniques fondamentales : inspection, palpation, percussion et auscultation**.

Démonstration par le moniteur puis pratique entre étudiants : signes vitaux, cœur et poumons (cf. Bates' et Cahier des habiletés cliniques)

LES TROIS DIMENSIONS DE LA MALADIE : DISEASE, ILLNESS ET SICKNESS

R. Massé
Culture et santé publique
Édition Gaétan Morin, 1995

Le terme français maladie rend mal compte des diverses dimensions des problèmes de santé tels que les appréhende l'anthropologie. Il recouvre au moins trois significations différentes : 1) événement concret affectant un individu donné; 2) entité taxonomique entrant dans une nomenclature; 3) notion générale et abstraite d'un état qui est opposé à la bonne santé (Meyer, 1991). Les anthropologues anglophones ont pour leur part mis à profit trois termes reliés à la maladie pour exprimer trois autres dimensions (physique, culturelle et sociale) des problèmes de santé. Le premier (**disease**) évoque la maladie dans ses dimensions biologiques, physiologiques, et le second (**illness**) dans sa dimension culturelle. Reprenons ici la distinction formulée par Kleinman et autres (1978), Kleinman (1980b) et Young (1982a) à partir des réflexions initiales d'Eisenberg (1977)

Le terme **disease** renvoie aux anomalies dans la structure ou le fonctionnement des organes ou du système physiologique et à tout état organique ou médical, concept que nous désignerons dans la suite de l'ouvrage par l'expression maladie-réalité biologique. Ces problèmes existent indépendamment de leur reconnaissance par l'individu ou son entourage. Il s'agit ici de la sphère privilégiée d'intervention pour la médecine.

Le terme **illness**, pour sa part, évoque les perceptions et les expériences vécues par l'individu relativement aux problèmes de santé d'ordre biomédical (**disease**) ou à tout autre état physique ou psychologique socialement stigmatisé. Il se rapporte « aux réactions culturelles, personnelles et interpersonnelles à la maladie, à l'expérience humaine de la maladie ou à la mauvaise santé ». (Kleinman et autres, 1978 : 251). En tant que vécu subjectif individuel, cette dimension de la maladie traduit « l'expression et la prise de conscience personnelles d'une altération psychosomatique vécue comme déplaisante et débilante » (Meyer, 1991). Nous la désignerons dans la suite du texte par l'expression maladie signifiée. Il s'agit d'une dimension plus idiosyncrasique et psychologique de la maladie, vu que, d'une part, cet épisode constitue un vécu individuel et que, d'autre part, il est relié à la perception qu'a l'individu de ses symptômes et dysfonctions. Ainsi, la maladie comme **disease** peut ne jamais devenir **illness**. À titre d'exemple, une personne souffrant d'un problème tel que l'hypertension (**disease**), mais qui est asymptomatique, risque de ne pas se reconnaître comme malade, de nier sa maladie (**illness**) et de refuser la médication prescrite.

En 1980, Kleinman inclut dans la compréhension du terme **illness** la notion de communication et d'interaction avec l'entourage. En tant que construit social et culturel, expression de l'influence de la culture sur la réaction à la maladie, cette réalité est vécue non seulement par l'individu, mais aussi par les membres de sa famille et de son réseau social.

Les notions de signes et de symptômes sont reliées à ces deux concepts. Alors que les symptômes se rapportent à l'expérience subjective que recouvre le terme **illness**, soit à ce que souffre le malade, les signes sont ce qui est observé par le clinicien, soit les manifestations objectives de la maladie (Eisenberg, 1977). Dans une réflexion ultérieure, Kleinman (1983) précisera que l'individu qui tombe malade expérimente d'abord la maladie comme **illness**, c'est-à-dire comme réponse culturellement conditionnée aux symptômes. Lorsque le patient rencontre le thérapeute pour la première fois, la communication s'établit d'abord sur la base des significations que prend la maladie pour lui et non sur les bases fournies par la maladie en tant que **disease**. Ce n'est que dans un deuxième temps, après investigation par le thérapeute, que la maladie sera définie en termes techniques selon des critères objectifs. C'est cette reconstruction technique qui caractérise la maladie en tant que **disease**, et non sa seule réalité biologique. De ce point de vue, les termes **illness** et **disease** représentent bel et bien deux produits d'un processus de construction sociale, l'un d'origine populaire, l'autre d'origine médicale. D'ailleurs, la dimension individuelle de la maladie que traduit l'expression maladie signifiée n'exclut en aucune manière ses dimensions sociales et culturelles comme en témoigne le passage suivant :

Les discours individuels sont aussi des discours sociaux. Ne serait-ce que parce que l'appartenance sociale et culturelle structure la forme et le contenu du discours, elle surdétermine donc l'interprétation de la maladie (Fainzang, 1989 : 57)

Young (1982b) préfère pour sa part recourir au terme **sickness** pour traduire la dimension socioculturelle de la maladie. Il entend par ce terme le processus par lequel l'individu donne des significations socialement reconnaissables à ses dysfonctions ou à ses états pathologiques. C'est ce processus qui détermine les choix thérapeutiques des individus. En fait, chaque culture possède ses règles pour traduire des signes physiques ou psychologiques en symptômes et pour associer ces symptômes à des modèles étiologiques populaires puis à un processus de recherche médicale. Les interventions médicales confirmeront par la suite l'état de « malade » attribué à l'individu. Le terme **sickness** recouvre donc non pas un état, mais le cheminement que fait l'individu à partir de l'étape de l'interprétation de ses premiers symptômes jusqu'à la mise en pratique d'un traitement. Il s'agit ainsi d'un processus de socialisation des réalités représentées par les termes **disease** et **illness**. Pour notre part, dans la suite de cet ouvrage, nous appellerons ce processus maladie socialisée.

La prise de conscience de l'aspect multidimensionnel de la maladie met en évidence le caractère restreint et incomplet de la définition biomédicale qui en est donnée. Le culte voué par la médecine à ces modèles parcellaires peut même être vu comme une sorte de rituel ou de pratique magique en soi (Eisenberg, 1977). Pour l'anthropologie et la santé publique, les dimensions à privilégier sont :

1. la maladie signifiée (**illness**) dans la mesure où les conceptions et les comportements des malades sont culturellement conditionnés et s'inscrivent dans des logiques symboliques et des systèmes de sens que l'anthropologue a la charge de décoder (Fainzang, 1989).
2. la maladie socialisée (**sickness**), du fait qu'elle est abordée comme représentation sociale et chargée symboliquement par l'ensemble du groupe social et qu'elle sous-tend les modèles étiologiques et les comportements préventifs ou de recherche d'aide.

Nous pouvons ajouter avec Zemplini (1988) que la reconnaissance de ces dimensions individuelles et collectives de la maladie ne doit pas conduire à une division entre une anthropologie de la maladie signifiée (**illness**), centrée sur l'individu, et une anthropologie de la maladie socialisée (**sickness**) centrée sur le social, et ce, même si les sociétés traditionnelles, comme les sociétés africaines connaissent un processus d'individualisation et de désocialisation de la maladie découlant de leur occidentalisation progressive. Le défi de l'anthropologie de la santé consiste, au contraire, à montrer comment s'articulent ces deux dimensions dans le rapport de l'homme à la maladie, voire comment s'articulent ces deux dimensions avec un troisième, la maladie-réalité biologique.

CONSIDÉRATIONS SUR L'EXAMEN PHYSIQUE

Dr Jacques Monday
Médecine psychosomatique
Hôpital Sacré-Cœur, 1993

Ce propos s'adresse d'abord et avant tout à l'étudiant en médecine en début de formation. La formation dans l'esprit des pédagogues que nous sommes ne se limitant pas à une série d'informations à transmettre, il s'agit ici d'une suite de réflexions, dans un but formatif, relatives à des dimensions psychologiques souvent omises du champ de la pensée du médecin lors d'un examen physique. Et pourtant, tout un chacun dira combien importantes elles sont, pour la suite de la relation médecin-malade, apanage quasi exclusif d'une approche thérapeutique globale et intelligente.

L'étudiant, le « *clerc-docteur* », tentera de maîtriser au cours de son apprentissage « *sémiologique-clinique* » comment observer, examiner les différents systèmes d'un individu quant à leur anatomie ou physiologie préservée ou perdue. Au début, toute son attention risque de porter non seulement sur la technique, le geste à poser, mais sur ses éventuels oublis ou omissions. A-t-il regardé sous la langue ? A-t-il mobilisé convenablement cette hanche endolorie, ce pied tombant ? A-t-il observé ce réflexe achilléen trop lent, palpé cette pédieuse, remarqué ce tremblement fin à peine perceptible ? L'a-t-il relié à telle ou telle autre observation ou à tel ou tel renseignement recueilli en cours d'anamnèse ? Il apprendra rapidement (trop, peut-être), à observer l'être humain par système, à le décortiquer par déficience peu ou très apparente de telle ou telle fonction. Et il risque alors d'en oublier le « *principal* », c'est-à-dire l'être humain dans sa globalité personne souffrante, en demande d'aide à ce moment précis de sa vie, en expectative, parfois en état de soumission devant lui. L'examen physique, comme toute action médicale d'ailleurs, se doit de demeurer un art qui englobe toutes les dimensions et c'est sur ces autres dimensions, les « *oubliées* », que nous vous invitons à réfléchir.

Le vécu du malade

➤ **SES PRÉOCCUPATIONS** : avant de « *consulter* », le malade y a pensé. Il a un peu hésité parce qu'il craint de connaître ou d'apprendre quelque chose qui ne lui fera pas plaisir. Mais la souffrance et l'inquiétude accolées sont devenues telles qu'il s'est finalement « *décidé* ». Il espère alors... un soulagement à sa souffrance, à son inquiétude, un retour à l'équilibre perdu. Et puis il y repense : il devra subir un examen physique, révéler tout de go une intimité, son corps nu (tout dépend du motif de la consultation évidemment) devant un autre être humain, un « *professionnel* » bien sûr qu'il ne connaît que peu ou pas et sans trop de préambules. Ce ne sera ni dans un contexte social, ni dans un contexte amical ou amoureux. Alors la plupart du temps (ce fut du moins mon impression d'omnipraticien) il s'y « *prépare* ». Lavage, frottage, savonnage, *parfumage*, maquillage, habillage. D'emblée il ne veut pas « *déplaire* » ou projeter une mauvaise image de soi. Parfois, et les cliniciens le savent bien, il n'aura pas bénéficié du temps nécessaire à cette « *préparation* » parce que la condition est urgente ou inattendue en quelque sorte. D'autres s'en moquent ou semblent s'en moquer éperdument. Quoi qu'il en soit à moins d'être d'une inconscience ou d'une indifférence à toute épreuve, cela engendre nécessairement un état de malaise, une gêne qu'il pourra ou non exprimer verbalement selon que le contexte de l'entrevue s'y prête ou lui facilite la chose.

D'autres pensées surgissent dans l'esprit du malade : Sera-ce douloureux ? désagréable ? humiliant ? Le docteur a-t-il toujours les mains ou le stéthoscope froid comme les autres que j'ai consultés avant ?

Usera-t-il d'une instrumentation désagréable (un spéculum vaginal en métal par exemple, d'un rectoscope ?) Y aura-t-il quelqu'un d'autre avec lui (un jeune interne, un étudiant en médecine qui est là pour apprendre, par exemple) ? Que va-t-on penser de moi ? Et... toutes les préoccupations centrées sur son corps souvent réprimées ou refoulées risquent de « *remonter* » à un niveau conscient même si ce n'est pas pour ces préoccupations que l'on consulte ». Mes seins sont trop gros ? mon pénis trop petit ? mon nombril proéminent ? mon anus souillé ? » et... même si c'est hors contexte du motif principal de la consultation, c'est souvent présent.

- **SES ATTITUDES** : Les attitudes des patients sont extrêmement variables et influencées en partie par les préoccupations préalablement mentionnées, le malaise ressenti et le motif de la consultation en demeurant avec la personnalité du malade, les facteurs d'influence principaux.

Parmi celles-ci, on retrouve la confiance, la coopération avec l'examineur. C'est l'attitude souhaitable et souhaitée par tous les médecins, celle perçue comme étant la plus adulte ou en tout cas la moins régressée ou embêtante. Le patient se prête avec bienveillance ou docilité au savoir, avec maturité à la compétence du professionnel rencontré. Cette attitude ne signifie rien d'autre que cela, mais parfois elle peut masquer ou cacher la peur d'être « mal perçu », de fausser le rapport, d'induire en erreur.

À l'opposé il y a la méfiance, signifiée par exemple par toutes sortes de questions plus ou moins bien posées sur un ton agressif, révolté, mais la plupart du temps suscitée par une angoisse : « Que va-t-on me faire ? Pourquoi ? Est-ce bien utile, absolument nécessaire ? Est-ce compliqué ou douloureux ? Est-ce qu'au fond cette attitude n'est pas signifiante d'un mauvais aménagement relationnel de la part de l'examinant ? Ne faut-il pas garder présent à l'esprit que dans ce genre de relation ou une personne est habillée et l'autre pas, le rapport des « forces » n'est pas le même et que le « demandant » s'attend au moins à un respect sinon une considération particulière pour avoir accepté de se « soumettre ». Et ce, même si le « demandé » n'est pas allé le chercher ou n'a pas couru après lui pour offrir son aide.

On rencontre aussi la peur d'être touché. Et inévitablement, on le sera. Certains acceptent plus facilement d'être regardés et entendus que sentis ou touchés, la perception relationnelle étant alors fort différente du seul point de vue culturel nord-américain par exemple, ou d'un point de vue plus individuel à tel moment précis de sa vie. On peut évoquer alors la crainte de la situation érotisée, la soumission encore plus forte puisqu'on sera le seul à être touché et qu'on peut ressentir que l'autre (v.g. le médecin) s'approprie son corps... ce qui éclaire certaines attitudes rébarbatives en plus des facteurs plus évidents que sont la peur de souffrir ou de souffrir davantage.

Une autre dimension à envisager c'est celle de la séduction. Désir parfois conscient, la plupart du temps inconscient et qui se manifeste entre autres par sa façon d'être vêtu ou de se dévêtir. Et là, on peut rechercher l'érotisation de la relation ou la réaction de la part de l'examinant. Parfois c'est plus subtil, au niveau du propos échangé ou de la communication non-verbale (regards, soupirs etc.) Chose certaine, ça se sent de la part de l'examineur et cela peut engendrer des « problèmes » puisque le « quoi faire dans ces cas-là » n'est pas clairement au livre des recettes sécurisantes de l'art sémiologique.

Le vécu du médecin

- **SES PRÉOCCUPATIONS** (liées à ses émotions) : Avant d'être consulté, le médecin aussi y pense. Surtout au début de sa carrière sémiologiste. Et puis... et l'expérience, le professionnalisme, la préoccupation est moins forte et un aspect d'habitude sinon de routine s'installe. La préoccupation s'inconscientise si l'on peut s'exprimer ainsi. Mais, et grand bien lui fasse, (question de lui rappeler de temps à autre qu'il n'est ni un monstre ni une machine ni un ange ou un démon), il n'est pas à l'abri de ses émotions, malgré ses mécanismes de défense et il demeure vulnérable ou atteignable. Ce qui est primordial, c'est qu'il s'en rende compte et qu'il sache user de cette émotion personnelle dans un but professionnel d'aidant.

Une répugnance peut être ressentie entre autres face à telle ou telle lésion particulièrement hideuse. Ce sentiment peut amener un mouvement spontané de recul ou une manifestation aversive quelconque et renseigne le médecin sur la similitude de ce qu'il ressent par rapport à ce que d'autres peuvent ressentir aussi et ce que le malade en perçoit. Une attirance très forte pour un corps particulièrement séduisant renseigne tout autant, mais dans le sens d'un mouvement de rapprochement ou d'éloignement si c'est perçu comme menaçant quant à l'éthique médicale, si les sentiments présidant à ces mouvements d'approche-retrait s'expriment surtout non-verbale, en sous-entendus, par des regards ou gestes non clairement manifestes, rien n'interdit de les verbaliser avec tact, gentillesse et compréhension. Et ce, dans le but de ne pas faire sentir au malade son rejet massif ou dans le but de lui signifier l'acceptation réaliste dans un contexte professionnel d'aidant la relation chargée émotionnellement ainsi établie.

Gêne, plaisir, déplaisir touchant notre neutralité affective souhaitée tant par nous que par les sociétés de tout temps nous « assaillent » et nous rappellent à notre « hommerie » (ou « femmerie »). Le « ça » de

l'homme-médecin témoignant davantage de la dimension plus « naturelle » que « culturelle » de l'être humain civilisé. Certains mécanismes de défense s'appointent alors. Parmi ceux-ci, mentionnons :

1. la sublimation, ou « capacité de dériver une pulsion sexuelle vers un nouveau but non sexuel visant des objets socialement valorisés ».
2. le refoulement, ou « processus psychique universel qui fait que le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, etc..) liées à une pulsion ».
3. l'intellectualisation ou « exacerbation d'un processus normal par lequel le moi du sujet tente de maîtriser les pulsions en les rattachant à des idées avec lesquelles on peut consciemment jouer ». (mécanisme considéré comme l'un des pouvoirs acquis les plus généraux, les plus anciens et les plus nécessaires du moi humain.)

En somme, mécanismes qui détournent, freinent ou refoulent une pulsion qui aboutirait à la séduction s'il n'en était ainsi. La séduction ou si l'on préfère les « avances sexuelles » plus ou moins explicites signent le début de la réalisation pulsionnelle. Le serment d'Hippocrate conférant notre professionnalisme est fort explicite à cet effet. Elle est interdite au médecin en exercice de sa profession. Cependant elle peut être plus ou moins consciente sinon franchement inconsciente et le questionnement personnel demeure à l'apanage de la continuation ou non de la relation professionnelle dans ce cas particulier. Elle n'est pas trop fréquente (si on se fie aux enquêtes et statistiques tenues à ce sujet) et il ne s'agit pas de prendre panique, mais plutôt d'être au courant que ces moments « chargés » peuvent survenir. Ils peuvent être assumés sans drame tant pour soi-même que pour son environnement immédiat que l'on pourrait croire ou qui pourrait se croire menacé par ces situations.

➤ **Autres considérations**

Toute relation médicale implique à des degrés divers un phénomène de transfert (au sens élargi du terme et non au sens strictement psychanalytique) c'est-à-dire un ensemble de réactions émotives inconscientes de la part du malade sur le médecin. La contrepartie est nommée contre-transfert et implique le vice et versa de la part du médecin ou sa réaction au transfert. En cours d'examen physique ce transfert peut être plus intense et le contre-transfert aussi évidemment.

▪ **L'art**

Il n'y a pas de recettes précises complètement sécurisantes à proposer au futur clinicien. Son métier de sémiologiste, il se doit de l'apprendre avec conscience et minutie. Cependant certains lieux communs méritent d'être mentionnés : la mise à l'aise entre autres, la considération et la coopération du malade à favoriser, notamment en lui expliquant ce qui va se passer, la signification ou le pourquoi de tel geste ou l'utilisation de telle instrumentation. Cette façon d'agir est trop souvent omise et pourtant elle est simple, efficace et témoigne d'une empathie et d'un respect qui n'échappent pas à celui qui subit l'examen. De plus, avant de procéder à un examen que l'on peut percevoir comme désobligeant pour un malade, génito-rectal par exemple, il est de mise de procéder à un apprivoisement pas explications, mais aussi par progression étudiée de touchers ou palpations moins stimulantes de sensation et d'affects désagréables. La douceur est évidemment préférable à la brusquerie et cette lapalissade se doit encore d'être mentionnée.

Tout cela est bien général. Spécifiquement il faut apprendre à dire « déshabillez-vous » de façon convenable, sans brusquerie avec la plus de neutralité et la plus grande bienveillance possible. À cet effet, il faut avoir prévu une salle de déshabillage quelconque pour préserver l'intimité de l'autre, ne pas lui donner l'impression d'être dans une situation relationnelle que l'on pourrait qualifier « d'exhibitionniste à voyeur ». L'emploi de la jaquette et du « drap d'examen » qui recouvre les parties non examinées toutes en même temps, le regard au visage de l'autre avant d'examiner crûment les organes digestifs bas ou génitaux externes ou internes, sont autant d'habiletés à développer. La présence "une autre professionnelle de la santé (v.g. infirmière) lors de l'examen gynécologique ou anorectal en ayant vérifié auparavant si cela est souhaité par le malade ou souhaitable dans le cadre relationnel établi est une autre spécificité de l'art d'examiner. Si telle ou telle manœuvre génitale ou rectale ou autre est pour causer une douleur ou un inconfort, savoir prévenir, apprivoiser, y aller progressivement. Savoir attendre sans exagérer : intimité, temps adéquat accordé au déshabillage, temps qu'une crampe passe ou qu'une douleur s'atténue. Savoir mettre à l'aise s'il y a souillure par matière fécale ou autre qui habituellement désoblige ou humilie celui ou celle qui la produit.

Il faut aussi discerner la gêne de l'adolescent ou l'adolescente à se dénuder une première fois; la religieuse ou le religieux, celui qui a une peur « culturelle » de la nudité et de la sexualité. Les verbalisations devront varier, mais être utilisées dans chaque cas; verbalisations rassurantes, il va sans dire.

Avec un enfant d'âge scolaire ou préscolaire il faut aussi savoir sortir des « sentiers battus », jouer avec lui quelques minutes, lieu présenter l'examen comme un jeu « sérieux », mais sans garder cette « sérieuxité adulte ». Se rappeler que les enfants n'aiment pas être « serrés » ou pénétrés (par un otoscope, par exemple), que leur fantasmatique est fertile et fort différente de celle des adultes. Enfin, il est impossible d'aborder ici tous les aspects de la question. Rappelons quand même qu'il faut parfois user de créativité pour empêcher des situations comme « se promener les fesses à l'air » à cause de la jaquette entrouverte sur l'arrière dans les salles d'urgence.

Telles sont certaines considérations à première vue évidentes qu'il m'apparaissait important de faire comme point de départ d'une réflexion qui ne devra jamais cesser tout au long de la vie professionnelle d'un futur clinicien.

Références:

Green, R. « Human Sexuality, a Health practitioner's text » 2nd Edition, Williams & Wilkins, 1980

Harrison, Principles of Internal Medicine 5th Edition, McGraw Hill, 1966

Laplanche J. et Pontalis J.B. : « Vocabulaire de la psychanalyse », 5^{ème} édition, P.U.F. 1976

SÉMIOLOGIE DIGESTIVE ET VASCULAIRE EXAMEN DE L'ABDOMEN ET DES POULS PÉRIPHÉRIQUES

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitifs

- L'étudiant énumère et décrit les symptômes spécifiques des systèmes digestif et vasculaire.

Aptitudes

- L'étudiant exécute la prise de signes vitaux.
- L'étudiant effectue l'examen de l'abdomen, du cœur et des poumons.
- L'étudiant examine les pouls périphériques.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

Discussion de groupe

Démonstration par le moniteur et pratique entre étudiants de l'examen physique

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Bates'** Guide to physical examination and history taking (ou version française)
 - **Approche des symptômes spécifiques**
 - Sémiologie gastro-intestinale = section *Abdomen: antécédents médicaux; tube digestif / The abdomen: The health history; the gastro-intestinal tract*
 - Sémiologie vasculaire = section *Système vasculaire périphérique : antécédents médicaux / The peripheral vascular system : The health history*
 - **Technique d'examen physique :**
 - Système digestif = *Abdomen, foie, rate, reins / Techniques of examination: Abdomen, liver, spleen, kidneys*
 - Système vasculaire périphérique (les pouls) = section *Techniques d'examens artères périphériques / Techniques of examination of the legs*
- **Boucher, A, et alii :** Cahier des habiletés cliniques 2022-2023
SV – cœur – poumons
Abdomen – aorte – foie – rate – reins
Pouls périphériques (palpation et auscultation)
- **ENA – Ressources :**
 - Histoire de cas; généralités (voir particulièrement la liste des symptômes des systèmes cardiovasculaire et gastro-intestinal, point VI et VII de la section 8)
 - Exemple de rédaction d'une histoire de cas
- Jeux de rôle (**Cahier du moniteur seulement**)
- Rasul, N, Syed, M, **Differential diagnosis in primary care**, p. 30 à 33; 34-35; 40-43
- Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive (p. 18-19 cahier du moniteur; aussi sur ENA)
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »; il faut se créer un compte EDUlib)
 - **Module 1 : La vraie vie (médecin)**
 - Identifier les indices dès les premiers instants
 - Déterminer les objectifs de la rencontre
 - **Catégoriser pour décider de l'action**
 - Répondre aux questions (à titre formatif et non comptabilisé)

8h30 à 9h00 SÉMIOLOGIE DIGESTIVE ET VASCULAIRE

À l'aide du Bates', le moniteur révise les symptômes digestifs et vasculaires puis procède aux jeux de rôle (CONSTITUTION DE LA BASE DES CONNAISSANCES).

9h00 à 9h45 JEUX DE RÔLE – RAISONNEMENT CLINIQUE

OBJECTIFS

- Débuter la rencontre (INDICES INITIAUX)
- Préciser la raison de consultation et les attentes du patient (DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE)
- Recueillir la maladie actuelle (en utilisant les techniques de communication apprises) y compris la perspective du patient (CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION)
- Recueillir les antécédents et les habitudes de vie

Les étudiants qui ne jouent pas de rôle utilisent la grille d'observation et de rétroaction (p. 18 et 19). Après les jeux de rôle, ils donnent leur rétroaction : un étudiant, sur le processus et l'autre, sur le contenu.

Le moniteur donne une rétroaction descriptive sur le **processus** (communication) ET sur le **contenu** de l'histoire recueillie. (Utilisation de la grille d'observation par le moniteur et par les étudiants observateurs).

Il fait ressortir comment le raisonnement clinique est d'emblée débuté et se poursuit tout au long de la rencontre.

9h45 à 11h30 PRATIQUE DE L'EXAMEN PHYSIQUE EXAMEN DE L'ABDOMEN ET DES POULS PÉRIPHÉRIQUES RÉVISION : SIGNES VITAUX, CŒUR, POUMONS

Le moniteur démontre et supervise :

1) l'examen de l'abdomen

(N.B. : Cet examen sera approfondi au cours des sessions ultérieures du cours IMC/IDC)

- inspection (repères anatomiques, anatomie de surface)
- auscultation (péristaltisme et vasculaire)
- percussion (technique générale et signification des différents sons produits – cf. Bates')
- palpation (superficielle et profonde)
- percussion et palpation du foie, de la rate, des reins et de l'aorte (N.B. : ceci est vu de façon succincte)

2) l'examen des pouls périphériques

3) révision des signes vitaux, de l'examen cardiaque et pulmonaire

JEU DE RÔLE No 1

BUT : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants, DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE et CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

CONTEXTE

Rendez-vous au bureau de votre médecin que vous rencontrez environ 2 ou 3 fois par année pour des problèmes mineurs (syndrome grippal, allergies saisonnières); nous sommes en début de soirée à la mi-septembre.

CONSIGNES AU PATIENT

Vous êtes assis(e), un peu agité(e) sur votre chaise, vous êtes anxieux/se et vous avez hâte de revoir votre médecin que vous appréciez beaucoup.

IDENTIFICATION

Vous avez votre âge, étudiant(e) en architecture, célibataire, vivant avec un(e) coloc depuis 1 mois.

RAISON DE CONSULTATION

« Je suis content(e) de vous voir, docteur(e) car j'ai des palpitations depuis 1 mois et ça m'inquiète ».

MALADIE ACTUELLE

Depuis 1 mois

Ça débat dans votre poitrine pendant quelques minutes (« 2 à 3 min. »).

Comme si le cœur voulait vous « sortir de la poitrine ».

Ça vous arrive environ 2 ou 3 fois par semaine.

C'est resté stable depuis le début, ce n'est pas plus fréquent.

Ça vous dérange quand ça arrive seulement, autrement vous n'avez pas de malaise.

Ça arrive surtout le soir au coucher ou quand vous êtes en train d'étudier.

Rien ne semble les déclencher, mais si vous y portez attention, il vous semble que ça devient plus fort.

Vous n'avez pas de douleur thoracique pendant les palpitations.

Vous n'avez pas de douleur ni de palpitations lors des efforts.

Vous n'êtes jamais essoufflé(e).

Originaire de la Beauce, vous êtes venu(e) à Montréal pour étudier à l'Université de Montréal.

Vous habitez avec un(e) coloc que vous ne connaissiez pas auparavant et vous vous entendez bien avec lui/elle.

Votre appétit a diminué et votre poids est un peu à la baisse (N.B. : vous ne savez pas le nombre de kilos perdus).

Vous buvez 2 ou 3 cafés par jour depuis 1 à 2 mois; vous n'en buviez pas auparavant.

Vous n'avez jamais fumé, ne buvez pas d'alcool, ne prenez pas de médicaments ni de drogues ni de boissons énergisantes.

Vous n'avez pas d'antécédents sauf une allergie au pollen au début de l'été.

Vous ne comprenez pas ce qui se passe actuellement avec votre cœur.

Vous consultez aujourd'hui car la nuit dernière vous avez très mal dormi et vous avez ressenti des battements cardiaques très forts et, en plus, il y avait comme des « pauses »; ça vous a fait très peur.

Votre père a fait un infarctus l'an dernier et ça vous inquiète pour vous.

GUIDE POUR L'EXAMEN PHYSIQUE QUI DEVRAIT ÊTRE EFFECTUÉ

Apparence générale et Signes vitaux

Auscultation cardiaque

RAISONNEMENT CLINIQUE

IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS (INDICES INITIAUX)

DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

- Patient(e) qui paraît anxieux/se
- Possibles extrasystoles dues à la prise récente de café chez quelqu'un qui n'en consommait pas auparavant
- Inquiétudes en lien avec la maladie du père

C. Bourdy M.D. Révisé Juillet 2019

JEU DE RÔLE No 2

BUT : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants, DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE et CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

CONTEXTE

Bureau de santé de votre employeur, en début de matinée, cinq patients dans la salle d'attente; vous attendez depuis une demi-heure.

CONSIGNES AU PATIENT

Vous êtes assis(e) tout croche, abattu(e), un peu dyspnéique, vous tousssez beaucoup, vous direz avoir chaud.

IDENTIFICATION

Vous avez 50 ans, marié(e), 1 enfant, cuisinier/ère dans un centre hospitalier; vous consultez au bureau de santé de votre employeur

RAISON DE CONSULTATION

« Bonjour docteur, je viens vous voir ce matin car je tousse depuis deux semaines et j'ai mal dans le dos ».

MALADIE ACTUELLE

« Depuis 2 semaines,

Vous tousssez de plus en plus.

Tout ça a débuté avec un rhume (congestion nasale et mal de gorge qui sont partis).

Votre toux est grasse et productive.

Vos expectorations sont jaunâtres; c'est pire le matin, mais tout au long de la journée aussi; vous ne pouvez dire la quantité.

Vous n'avez jamais vu de sang dans vos expectorations.

La toux est vraiment pire la nuit ou lorsque couché(e); rien ne vous soulage, vous n'avez pas pris de sirop.

Vous êtes de plus en plus essoufflé(e) lors d'un effort (i.e. vous ne pouvez plus monter 2 paliers d'escaliers).

Vous n'avez pas eu de frissons, mais vous avez eu très chaud cette nuit; vous pensez avoir fait de la fièvre.

Il vous semble avoir plus transpiré cette nuit ce qui est nouveau pour vous.

Depuis hier,

Vous avez un point dans le dos, comme en bas de l'omoplate droite.

Si vous tousssez, cette douleur est pire (jusqu'à 5 / 10).

Vous n'avez pas entendu de bruits respiratoires, « ça ne sille pas ».

Vous avez fait de l'asthme pendant votre enfance, mais vous n'avez pas fait de crise depuis plus de 20 ans.

Votre père est décédé d'un cancer du poumon à 67 ans, c'était un fumeur.

Vous fumez 1 paquet/jour depuis l'âge de 25 ans; vous buvez 2 bières par jour; vous n'avez jamais consommé de drogues.

GUIDE POUR L'EXAMEN PHYSIQUE QUI DEVRAIT ÊTRE EFFECTUÉ

Apparence générale et Signes vitaux

Auscultation cardiaque

Auscultation pulmonaire

RAISONNEMENT CLINIQUE

IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS (INDICES INITIAUX)

DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

- Patient(e) qui paraît un peu moche et dyspnéique
- Possible bronchite ou pneumonie
- Conduite : arrêt de travail à envisager

C. Bourdy M.D. révisé Juillet 2019

JEU DE RÔLE No 3

BUT : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants, DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE et CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

CONTEXTE

Clinique sans rendez-vous en fin de soirée; vous êtes le dernier patient dans la salle d'attente.

CONSIGNES AU PATIENT

Vous êtes assis(e), en vous tenant le ventre à deux mains (région épigastrique).
Vous paraissez souffrant(e) et un peu nauséux/se.

IDENTIFICATION

Patient(e) de 25 ans, marié(e), sans enfant, étudiant(e) à la maîtrise en orthophonie.

RAISON DE CONSULTATION

« Bonjour, docteur, j'ai mal à l'estomac, ça fait vraiment mal; j'avais peur que vous soyez parti ».

MALADIE ACTUELLE

Depuis 2 semaines

Vous avez des malaises au creux de l'estomac.

Ça remonte parfois vers le haut (œsophage).

Vous ressentez une sensation de brûlure, parfois vive jusqu'à 5/10.

C'est de plus en plus fréquent, c'est maintenant à tous les jours.

Ça dure 30 à 60 minutes et c'est soulagé par de la nourriture.

C'est pire si vous êtes à jeun et mieux si vous mangez.

Vous n'avez pas de nausée ni de vomissements alimentaires ni de vomissements de sang (hématémèse).

Vos selles sont normales, pas de selles noires (méléna).

Votre appétit est un peu diminué, vous avez possiblement perdu 1 ou 2 kilos.

Vous n'avez pas de fièvre ni frissons, pas de fatigue (asthénie).

Vous vous sentez plus stressé(e), car vous déposerez votre Mémoire de maîtrise dans 2 semaines.

Vous croyez que ça puisse être la cause de vos brûlures d'estomac.

Vous vous inquiétez car vous vous demandez si vous ne feriez pas un ulcère comme votre père qui en a fait à plusieurs reprises dans le passé.

Vous voulez être soulagé(e) le plus vite possible.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Asthme de 8 à 15 ans, puis aucun problème respiratoire par la suite.

Chirurgie il y a 3 ans pour une fracture du tibia droit (accident de ski).

Aucun problème psychiatrique

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Mère en bonne santé;

Père a fait quelques épisodes d'ulcère peptique puis est guéri avec un traitement récent.

1 frère et 1 sœur en bonne santé.

Habitudes de vie

Vous buvez 5 à 6 tasses de café par jour depuis 1 mois (auparavant, c'était 1 café par jour).

Pas d'alcool ni drogues; votre alimentation est variée; vous pratiquez du sport régulièrement (vélo, course).

Pas de médicaments

GUIDE POUR L'EXAMEN PHYSIQUE QUI DEVRAIT ÊTRE EFFECTUÉ

Apparence générale et Signes vitaux; Auscultation cardiaque et pulmonaire; Examen abdominal

RAISONNEMENT CLINIQUE

IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS (INDICES INITIAUX)

DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

- Patient(e) qui paraît un peu moche et souffrant(e)
- Possible ulcère peptique vs gastrite
- Conduite : Antiacide, conseils nutritionnels et traitement préventif ? (H. Pylori)

STRATÉGIES DE COMMUNICATION GUIDER LE PATIENT DURANT LA RENCONTRE RENCONTRE AVEC UN PATIENT ÉVALUATION FORMATIVE DE MI-SESSION

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitifs

- L'étudiant explique la structure d'une rencontre avec un patient.
- L'étudiant définit des techniques de communication pour bien structurer une rencontre.
- L'étudiant connaît les moyens de protection individuelle.

Aptitudes

- L'étudiant sait utiliser adéquatement les équipements de protection individuelle (EPI).
- L'étudiant applique les techniques de communication pour structurer la rencontre.
- L'étudiant interrompt et redirige le discours d'un patient, si nécessaire.
- L'étudiant effectue un recueil de données auprès d'un patient (anamnèse et examen physique).
- L'étudiant développe son raisonnement clinique.

Attitudes

- L'étudiant est respectueux de la perspective de la maladie qu'a son patient.
- L'étudiant démontre de l'empathie et du support.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

Discussion en groupe

Rencontre avec un patient (2 étudiants avec un patient)

Mise en commun des impressions et des hypothèses diagnostiques

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Bates'** Guide to physical examination and history taking (ou version française)
 - Évaluation complète de l'adulte / The comprehensive adult health history
 - Consigner vos observations
- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Richard C., Lussier M.-T.** La communication professionnelle en santé, ERPI 2016 : pp. 150 à 155; 159 à 166; 176 à 206; 216-217; 225 à 232
- **ENA** : Histoire de cas – Généralités; Rédaction d'une histoire de cas; Critères de correction des histoires de cas; Exemples de rédaction des histoires de cas
- Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive (p. 18-19 cahier du moniteur; aussi sur ENA)
- **Boucher A. et alii** : Cahier des habiletés cliniques 2022-2023
 - Guide Calgary-Cambridge :
 - Section I – Commencer l'entrevue
 - Section II – Recueillir l'information
 - Section III – Structurer la rencontre
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »)
 - Module 1 : La vraie vie (médecin)
 - Identifier les indices dès les premiers instants
 - Déterminer les objectifs de la rencontre
 - Catégoriser pour décider de l'action
- **ENA** : Feuille *Évaluation de l'étudiant par le moniteur* pour la rétroaction de mi-session.
- **ENA** : Plan de développement des compétences cliniques

SCÉNARIO DU 05-10-2022

8h30 à 9h00 STRATÉGIES DE COMMUNICATION GUIDER LE PATIENT DURANT LA RENCONTRE

Dans le but de préparer la rencontre avec un patient, le moniteur anime une discussion sur la **nécessaire structure de la rencontre** pour **guider le patient**. Il souligne l'association essentielle entre *écoute active* et *structure* lors de la rencontre tout en conservant la notion de *partenariat de soins*. Parfois, il sera nécessaire de guider le patient pour bien comprendre son ou ses problèmes et respecter le temps alloué.

9h00 à 10h00 OBSERVATION DIRECTE D'UN GROUPE D'ÉTUDIANTS

OBJECTIFS

- S'identifier en donnant son prénom, son nom et en identifiant son rôle, puis préciser le contenu et la durée de la rencontre – **consentement à la rencontre dans un but de formation** (cf. semaine I)
- Préciser d'emblée au patient les **objectifs de la rencontre** : connaître les raisons qui l'ont amené à consulter (raison de consultation/hospitalisation) et connaître les symptômes premiers de sa maladie.
- **Contenu** de l'entrevue : maladie actuelle (attributs de chaque symptôme), tous les symptômes du système impliqué, antécédents, habitudes de vie.
- **Préciser l'examen physique** qui sera effectué.
- Utiliser les techniques de communication : facilitation, validation de l'information obtenue avec le patient (résumés internes) et énoncés d'entretien et de clarification, interruptions et redirections, si nécessaire.

Deux par deux, le moniteur supervisant un groupe, les étudiants rencontrent un patient **en portant leur EPI** et recueillent les données de l'histoire (N.B. : insister sur la **maladie actuelle**).

Deux étudiants rencontrent un patient hospitalisé et deux autres un patient externe.

Le moniteur rappelle aux étudiants l'importance du contexte (chambre ou autre lieu) et des **INDICES INITIAUX**.

Il aide les étudiants et le patient à s'installer confortablement (chambre ou local du monitorat).

Il utilise la fiche d'Observation directe et de rétroaction descriptive (p. 18 et 19).

N.B. : Le moniteur souligne aux étudiants qu'ils devraient être capables d'effectuer cette anamnèse et cet examen en 60 minutes s'ils prennent soin à bien structurer leur rencontre. Ils doivent apprendre à écouter le discours spontané du patient, mais aussi à le recentrer poliment (cf. Évaluation d'une entrevue, partie C).

10h00 à 10h30 RÉTROACTION DESCRIPTIVE AUX ÉTUDIANTS OBSERVÉS

Le moniteur donne une rétroaction descriptive aux étudiants observés :

- Habiletés communicationnelles et la qualité de la relation professionnelle mise en place
- Recueil des données à l'histoire
- Habiletés lors de l'examen physique
- Comportement professionnel

10h30 à 11h00 RETOUR EN GROUPE – SUPERVISION INDIRECTE – DISCUSSION CLINIQUE

Retour avec le moniteur à propos de l'histoire du patient du groupe d'étudiants non observés; partage des deux groupes d'étudiants. Ils discutent à propos de la relation professionnelle qui s'est établie selon eux.

Le moniteur reprend, au besoin, la distinction entre symptômes et signes, avec exemples à l'appui.

Amorce de raisonnement clinique (15 minutes)

Le moniteur aide les étudiants à effectuer un rapport verbal **pertinent, succinct et structuré**.

Il les fait décrire le contexte de la rencontre et ses impacts, s'il y a lieu.

Il cherche aussi à les faire produire quelques hypothèses diagnostiques :

Quel système est atteint ? Quel organe ? Par quel processus physiopathologiques ?

11h00 à 11h30 RÉDACTION D'UNE HISTOIRE DE CAS

Chaque étudiant rédige individuellement une histoire de cas manuscrite; l'histoire de cas illustrée dans le Bates' et sa traduction (ENA) serviront de guide.

ATTENTION : Les histoires de cas doivent obligatoirement être manuscrites (i.e. préparation à l'externat) et remises à l'adjointe du CH avant 16h (copie papier ou version numérisée de l'histoire de cas manuscrite).

ÉVALUATION FORMATIVE DE MI-SESSION

N.B. : Elle peut être effectuée cette semaine et/ou lors de la semaine 7 pendant que les étudiants rédigent leur histoire de cas.

Le moniteur rencontre **individuellement** ses étudiants pour une évaluation formative.

Il vérifie comment l'étudiant évalue son acquisition des habiletés cliniques et sa progression.

Le moniteur leur donne une rétroaction descriptive sur leur fonctionnement global depuis le début de la session (cf. *Évaluation de l'étudiant par le moniteur – cf. p. 54*).

Il donne sa rétroaction sur les **compétences** décrites sur la fiche utilisée.

Si pertinent, il leur offre à chacun des « prescriptions pédagogiques » dont il tiendra compte au cours des semaines subséquentes.

Le moniteur regarde avec chaque étudiant ce qu'il a rédigé sur la première page de son « *Plan de développement des compétences cliniques* »; l'étudiant complètera la deuxième page après la rétroaction du moniteur.

Ce document sera conservé par l'étudiant qui rédigera un autre *Plan de développement des compétences cliniques* lors de l'évaluation de fin de session.

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CLINIQUES

Introduction à la médecine clinique (IMC)

MMD 1238 : _____ MMD 1239 : _____

À REMPLIR AVANT VOTRE RÉTROACTION

Décrivez comment vous vous sentez à l'aise dans chacun des aspects suivants de votre apprentissage en milieu clinique.

Habilités communicationnelles

Anamnèse

Examen physique

Éthique :

Autres :

Qu'avez-vous appris précisément au cours de la session actuelle ?

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CLINIQUES

À la mi-session, après avoir reçu la rétroaction de votre moniteur, veuillez répondre à ces questions.

À la fin de la session, vous devez aussi compléter cette deuxième page après avoir reçu votre évaluation de fin de session.

Vous en conservez une pour les prochaines sessions IMC-IDC afin de suivre votre évolution.

Quels sont les aspects que j'ai retenus de la rétroaction que j'ai reçue ?

1. Aspects forts :

2. Aspects à améliorer :

3. À la suite de cette réflexion personnelle et à la rétroaction, mon plan de développement des compétences cliniques est :

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____

PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH

Examen final MMD1228 le 11 octobre

RENCONTRE AVEC UN PATIENT ÉVALUATION FORMATIVE DE MI-SESSION

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitifs

- L'étudiant connaît la structure d'une rencontre avec un patient.
- L'étudiant définit des techniques de communication pour bien structurer une rencontre.
- L'étudiant connaît les moyens de protection individuelle.

Aptitudes

- L'étudiant sait utiliser adéquatement les équipements de protection individuelle (EPI).
- L'étudiant applique les techniques de communication pour structurer la rencontre.
- L'étudiant effectue un recueil de données auprès d'un patient (anamnèse et examen physique).
- L'étudiant développe son raisonnement clinique.

Attitudes

- L'étudiant est respectueux de la perspective de la maladie (expérience de maladie) de son patient.
- L'étudiant démontre de l'empathie et du support, lorsque nécessaire.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

Discussion en groupe

Rencontre avec un patient (2 étudiants avec un patient)

Rétroaction descriptive sur les habiletés communicationnelles et le contenu de la rencontre du groupe supervisé

Mise en commun des impressions et hypothèses diagnostiques

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Bates'** Guide to physical examination and history taking (ou version française)
 - Évaluation complète de l'adulte / The comprehensive adult health history
 - Consigner vos observations
- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Richard C., Lussier M.-T.** : La communication professionnelle en santé, ERPI 2016 : pp. 159 à 166; 176 à 206; 208 à 223
- **ENA** : Histoire de cas – Généralités; Rédaction d'une histoire de cas; Critères de correction des histoires de cas; Exemple de rédaction des histoires de cas
- **Boucher A., et alii** : Cahier des habiletés cliniques 2022-2023
 - Guide Calgary-Cambridge : Section I à V
- Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive (p. 18-19 cahier du moniteur; aussi sur ENA)
- **ENA** : Plan de développement des compétences cliniques
- **ENA** : Feuille *Évaluation de l'étudiant par le moniteur* pour l'évaluation de mi-session
- **Caire Fon, N, et al.** (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »; il faut se créer un compte EDUlib)
 - Module 1 : La vraie vie (médecin)
 - Identifier les indices dès les premiers instants
 - Déterminer les objectifs de la rencontre
 - Catégoriser pour décider de l'action

SCÉNARIO DU 19-10-2022

8h30 à 9h00 RÉTROACTION SUR LES HISTOIRES DE CAS DE LA SEMAINE PRÉC.

Le moniteur donne une rétroaction sur les histoires de cas de la semaine précédente qu'il a annotées clairement. Il dirige les étudiants sur la façon de bien les rédiger : description précise, organisation des éléments rédigés (au bon endroit ou pas, en insistant sur les **symptômes** – dans la maladie actuelle et la revue des systèmes – et les **signes** – dans l'examen physique). Il souligne la nécessité qu'un lecteur n'ayant pas rencontré le patient puisse très bien comprendre les problèmes du patient (raisonnement clinique sous-jacent clairement perceptible).

9h00 à 10h00 OBSERVATION DIRECTE D'UN GROUPE D'ÉTUDIANTS

OBJECTIFS

- S'identifier en donnant son prénom, son nom et en identifiant son rôle, puis préciser le contenu et la durée de la rencontre – **consentement à la rencontre dans un but de formation** (cf. semaine I)
- Préciser d'emblée au patient les **objectifs de la rencontre** : connaître les raisons qui l'ont amené à consulter (raison de consultation/hospitalisation) et connaître les symptômes premiers de sa maladie.
- **Contenu** de l'entrevue : maladie actuelle (attributs de chaque symptôme), tous les symptômes du système impliqué, antécédents, habitudes de vie.
- **Préciser l'examen physique** qui sera effectué.
- Utiliser les techniques de communication : facilitation, validation de l'information obtenue avec le patient (résumés internes) et énoncés d'entretien et de clarification, interruptions et redirections, si nécessaire.

Deux par deux, le moniteur supervisant un groupe, les étudiants rencontrent un patient **en portant leur EPI** et recueillent les données de l'histoire (N.B. : insister sur la **maladie actuelle**).

Deux étudiants rencontrent un patient hospitalisé et deux autres un patient externe.

Le moniteur rappelle aux étudiants l'importance du contexte (chambre ou autre lieu) et des **INDICES INITIAUX**.

Il aide les étudiants et le patient à s'installer confortablement (chambre ou local du monitorat).

Il utilise la fiche d'Observation directe et de rétroaction descriptive (p. 18 et 19).

N.B. : Le moniteur souligne aux étudiants qu'ils devraient être capables d'effectuer cette anamnèse et cet examen en 60 minutes s'ils prennent soin à bien structurer leur rencontre. Ils doivent apprendre à écouter le discours spontané du patient, mais aussi à le recentrer poliment (cf. Évaluation d'une entrevue, partie C).

10h00 à 10h30 RÉTROACTION DESCRIPTIVE AUX ÉTUDIANTS OBSERVÉS

Le moniteur donne une rétroaction descriptive aux étudiants observés :

- Habiletés communicationnelles et la qualité de la relation professionnelle mise en place
- Recueil des données à l'histoire
- Habiletés lors de l'examen physique
- Comportement professionnel

10h30 à 11h00 RETOUR EN GROUPE – SUPERVISION INDIRECTE – DISCUSSION CLINIQUE

Retour avec le moniteur à propos de l'histoire du patient du groupe d'étudiants non observés; partage des deux groupes d'étudiants. Ils discutent à propos de la relation professionnelle qui s'est établie selon eux. Le moniteur reprend, au besoin, la distinction entre symptômes et signes, avec exemples à l'appui.

Amorce de raisonnement clinique (15 minutes)

Le moniteur aide les étudiants à effectuer un rapport verbal **pertinent, succinct et structuré**.

Il les fait décrire le contexte de la rencontre et ses impacts, s'il y a lieu.

Il cherche aussi à les faire produire quelques hypothèses diagnostiques :

Quel système est atteint ? Quel organe ? Par quel processus physiopathologiques ?

11h00 à 11h30 RÉDACTION D'UNE HISTOIRE DE CAS – ÉVALUATION DE MI-SESSION

Chaque étudiant rédige individuellement une histoire de cas manuscrite; l'histoire de cas illustrée dans le Bates' et sa traduction (ENA) serviront de guide.

ATTENTION : Les histoires de cas doivent obligatoirement être manuscrites (i.e. préparation à l'externat) et remises à l'adjoine du CH avant 16h (copie papier ou version numérisée de l'histoire de cas manuscrite).

ÉVALUATION FORMATIVE DE MI-SESSION

(suite de la semaine 5, au besoin)

Le moniteur rencontre **individuellement** ses étudiants pour une évaluation formative.

Il vérifie comment l'étudiant évalue son acquisition des habiletés cliniques et sa progression.

Le moniteur leur donne une rétroaction descriptive sur leur fonctionnement global depuis le début de la session (cf. *Évaluation de l'étudiant par le moniteur – cf. p. 54*).

Il donne sa rétroaction sur les **compétences** inscrites sur la fiche utilisée.

Si pertinent, il leur offre à chacun des « prescriptions pédagogiques » dont il tiendra compte au cours des semaines subséquentes.

Le moniteur regarde avec chaque étudiant ce qu'il a rédigé sur la première page de son « *Plan de développement des compétences cliniques* »; l'étudiant complètera la deuxième page après la rétroaction du moniteur.

Ce document sera conservé par l'étudiant qui rédigera un autre *Plan de développement des compétences cliniques* lors de l'évaluation de fin de session.

SÉMIOLOGIE DERMATOLOGIQUE ECOS FORMATIF

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitif:

- L'étudiant connaît la terminologie dermatologique de base et décrit les lésions primaires et secondaires de la peau et des phanères.

Aptitude:

- L'étudiant décrit la peau et les phanères.

Attitudes:

- L'étudiant respecte la pudeur du patient lors de l'examen de la peau.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

Évaluation formative (pratique d'ECOS)

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Bate's** Guide to physical examination and history taking (ou version française) : **Peau et annexes**
 - Approches des symptômes (*ATCD médicaux / Health history*) et examen physique;
 - Tableaux des lésions primaires et secondaires
- **Boucher A. et alii** : Cahier des habiletés cliniques 2022-2023
 - Examen dermatologique de base
- Scénarios et grilles d'évaluation pour l'ECOS formatif (**Cahier du moniteur seulement**)
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »; il faut se créer un compte EDUlib)
 - Module 1 : La vraie vie (médecin)
 - Identifier les indices dès les premiers instants
 - Déterminer les objectifs de la rencontre
 - Catégoriser pour décider de l'action

SCÉNARIO DU 26-10-2022

8h30 à 9h00 RÉTROACTION SUR LES HISTOIRES DE CAS DE LA SEMAINE PRÉCÉDENTE

Le moniteur donne une rétroaction sur les histoires de cas de la semaine précédente qu'il a annotées clairement. Il dirige les étudiants sur la façon de bien les rédiger : description précise, organisation des éléments rédigés (au bon endroit ou pas, en insistant sur les **symptômes** – dans la maladie actuelle et la revue des systèmes – et les **signes** – dans l'examen physique).

Il souligne la nécessité qu'un lecteur n'ayant pas rencontré le patient puisse très bien comprendre les problèmes du patient (raisonnement clinique sous-jacent clairement perceptible).

9h00 à 9h30 SÉMIOLOGIE DE LA PEAU ET DES PHANÈRES

Les étudiants révisent les symptômes et les signes caractéristiques des maladies tropicales (peau et phanères) à la suite des lectures préalables dans le Bates'.

Les étudiants sauront reconnaître et décrire les lésions dermatologiques de base (macules, papules, plaques, vésicules, bulles).

9h30 à 11h30 ECOS FORMATIF

Les étudiants effectueront deux stations ECOS dans un but formatif, deux étudiants à la fois.

Un étudiant sera le médecin, l'autre, le patient; le moniteur sera l'examineur.

Le moniteur donnera une rétroaction tant sur le **CONTENU de la station** que sur le **PROCESSUS d'un examen ECOS**, i.e. la façon de se comporter lors d'un examen de style ECOS :

- importance de cibler la tâche demandée
- de **respecter le temps** pour chaque partie : anamnèse (5 minutes), examen physique (4 minutes) et impression diagnostique (1 minute)
- d'être **systématique +++ (IMPORTANT : rechercher les attributs de tous les symptômes)**
- de décrire tout ce que l'on effectue lors des examens physiques

MESSAGE AUX MONITEURS

Il faut aider les étudiants à adapter leur comportement en fonction des situations cliniques (contexte) en leur mentionnant que lors d'un examen ECOS, ils ne devront pas se comporter exactement de la façon dont ils le feraient avec un « vrai » patient. Par exemple, ils ne doivent pas prendre trop de temps pour se présenter, mais seulement donner son nom au complet et identifier le patient, puis débiter (raison de consultation, etc.).

Le moniteur illustrera ceci en prenant pour exemple une rencontre à l'urgence où le clinicien ira rapidement droit au but, tout en tenant compte des **INDICES** (verbaux et non verbaux) et de l'**alliance relationnelle** à créer, mais avec une attitude plus directe, voire paternaliste. Alors qu'en clinique externe avec une problématique plus complexe, comme face à une maladie chronique, il aura une attitude de **partenariat de soins** où l'écoute attentive des attentes du patient et la mise en place de la relation thérapeutique seront essentielles pour la démarche diagnostique.

L'importance doit être mise, lors de ces ECOS formatifs, sur la **raison de consultation** et la **maladie actuelle (attributs de chaque symptôme)**.

Les antécédents et les habitudes de vie sont à recueillir rapidement, sans nécessairement les approfondir.

Dans la plupart des stations ECOS au cours des deux années, l'anamnèse prend environ 5 minutes et compte pour 35 %; l'examen physique ciblé prend 4 minutes et compte aussi pour 35 %.

L'attitude de l'étudiant avec le patient standardisé et la qualité de la relation (respect, écoute) sont aussi évaluées (10 %).

Bien qu'il soit important de réaliser une anamnèse la plus complète possible, la révision mécanique des symptômes n'est pas souhaitable, le raisonnement clinique doit toujours être sous-jacent et perceptible pour l'évaluateur.

L'examineur donnera son appréciation sur l'organisation de l'étudiant et indiquera une évaluation globale (15%)

On demandera à l'étudiant de donner son impression diagnostique dans la dernière minute, ce qui comptera pour 5 % de sa note.

SÉMIOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

EXAMEN DE LA TÊTE ET DU COU

RÉFLEXES OSTÉOTENDINEUX

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitif

- L'étudiant connaît les symptômes spécifiques de certains problèmes cliniques de la tête et du cou.

Aptitude

- L'étudiant examine la tête et le cou.
- L'étudiant procède aux examens avec délicatesse et respect.
- L'étudiant vérifie les réflexes ostéotendineux.
- L'étudiant pratique l'examen physique.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

Démonstration par le moniteur, puis pratique entre étudiants

Discussion de groupe

Pratique entre étudiants

MATÉRIEL À PRÉPARER

Gants

Abaisse-langues

Otoscope

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **ENA – Ressources :**
 - Histoire de cas; généralités (voir particulièrement la liste des symptômes des systèmes ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique, points I et II de la section 8)
- **Bate's Guide to physical examination and history taking (ou version française):**
 - **Sémiologie tête et cou** = section *Tête et cou : Antécédents médicaux / The head and neck : The health history*
 - **Examen physique tête et cou** = sections *Anatomie, physiologie et techniques d'examen / Techniques of examination*
Yeux (structure et inspection, acuité visuelle, réflexe photomoteur, mouvements oculaires)
Nez; Bouche; Oreilles
Cou (trachée, carotides, ganglions cervicaux)
 - **Examen physique réflexes ostéotendineux** = section *Techniques d'examens; réflexes ostéotendineux / Techniques of examination; Deep tendon reflexes*
- **Boucher A. et alii** : Cahier des habiletés cliniques 2022-2023
Yeux (structure et inspection, acuité visuelle, réflexe photomoteur, mouvements oculaires)
Nez; Bouche; Oreilles
Cou (trachée, carotides, ganglions cervicaux)
Réflexes ostéotendineux
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »; il faut se créer un compte EDUlib)
 - Module 1 : La vraie vie (médecin)
 - Identifier les indices dès les premiers instants
 - Déterminer les objectifs de la rencontre
 - Catégoriser pour décider de l'action

SCÉNARIO DU 02-11-2022

8h30 à 9h00 SÉMIOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

Le moniteur révise les principaux symptômes provenant de problèmes issus de la tête et du cou (Bates').

9h00 à 10h30 EXAMEN DE LA TÊTE ET DU COU

Le moniteur démontre et supervise l'examen de la **tête et du cou** :

- **apparence de la tête** : forme, cuir chevelu, etc.
- **ORL** : structures externes, otoscopie, examen de la bouche
- **yeux** : structures externes de l'œil, mouvements oculaires, vision (Snellen), réflexe photomoteur
- **cou** : trachée, carotides et adénopathies

10h30 à 11h00 RÉFLEXES OSTÉOTENDINEUX (ROT)

Le moniteur démontre comment vérifier les réflexes ostéotendineux du membre supérieur et du membre inférieur.

L'anatomie en lien avec les réflexes est revue et le moniteur insiste sur la manipulation adéquate du marteau réflexe pour éliciter correctement les réflexes.

11h00 à 11h30 RÉVISION D'EXAMEN PHYSIQUE

Les étudiants pratiquent, sous la supervision du moniteur, les différents examens appris jusqu'à maintenant depuis le début de la session dont la prise de la tension artérielle qui est plus difficile à maîtriser pour plusieurs étudiants.

GRANDS SYNDROMES GÉRIATRIQUES RENCONTRE AVEC UN PATIENT ÂGÉ

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitifs

- L'étudiant explique l'impact de l'âge dans la relation patient-médecin.
- L'étudiant explique les grands syndromes gériatriques.
- L'étudiant explique les particularités de la rencontre avec une personne âgée.
- L'étudiant connaît les moyens de protection individuelle.

Aptitudes

- L'étudiant sait utiliser adéquatement les équipements de protection individuelle (EPI).
- L'étudiant applique les techniques de communication pour explorer les problèmes tout en structurant la rencontre.
- L'étudiant aborde de façon adéquate une personne âgée en tenant compte des éventuels déficits.
- L'étudiant effectue les examens physiques appropriés.

Attitudes

- L'étudiant est respectueux des limitations que peuvent avoir certaines personnes âgées.
- L'étudiant se sensibilise aux problématiques spécifiques à la personne âgée.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

Discussions de groupe

Rencontre avec un patient (2 étudiants avec un patient)

Rédaction d'une histoire de cas

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Bates'** Guide to physical examination and history taking (ou version française) : Approche des symptômes chez la personne âgée; Le sujet âgé – The older adult
- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI)** dans « Présentation générale » de l'ENA
- **Richard C., Lussier M.-T.** : La communication professionnelle en santé, ERPI 2016 : pp. 387 à 401
- **Moreau M., Lajeunesse Y.**, Grands syndromes gériatriques 2019
- Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive (p. 18-19 cahier du moniteur; aussi sur ENA)
- **Boucher A. et alii** : Cahier des habiletés cliniques 2022-2023
 - Évaluation des fonctions cognitives (Mini-mental de Folstein)
 - Guide Calgary-Cambridge :
 - Section I – Commencer l'entrevue
 - Section II – Recueillir l'information
 - Section III – Structurer la rencontre
 - Section IV – Construire la relation
 - Section V – Terminer l'entrevue (partie C)
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »; il faut se créer un compte EDUlib)
 - Module 1 : La vraie vie (médecin)
 - Identifier les indices dès les premiers instants
 - Déterminer les objectifs de la rencontre
 - Catégoriser pour décider de l'action

SCÉNARIO DU 09-11-2022

8h30 à 9h30 GRANDS SYNDROMES GÉRIATRIQUES

Le moniteur anime une discussion autour du thème des grands syndromes gériatriques (cf. texte des docteurs Moreau et Lajeunesse). Le moniteur discute avec les étudiants afin de les aider : comment rechercher les différents syndromes gériatriques.

PARTICULARITÉS DE LA RENCONTRE AVEC UNE PERSONNE ÂGÉE

Le moniteur révisé avec ses étudiants les particularités de la rencontre avec une personne âgée.

➤ **Mini-mental**

Ils révisent ensemble un outil clinique très utile pour évaluer les fonctions cognitives : le mini-mental de Folstein. Le moniteur insiste sur la nécessité pour les étudiants de connaître par cœur les questions (i.e. connaître quelle fonction cognitive elles évaluent).

Une pratique entre étudiants sera effectuée.

➤ **Déficits sensoriels**

Le moniteur souligne les embûches potentielles créées par les troubles auditifs et/ou visuels chez certaines personnes âgées.

➤ **AVQ et AVD liste CAAHC**

Le moniteur souligne l'importance d'évaluer la **capacité fonctionnelle** de la personne âgée au moyen des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités de la vie domestique (AVD) (cf. Bates')

- **AVQ** : se laver, s'habiller, se nourrir, entretenir sa personne, utiliser les toilettes (fonction vésicale et intestinale), se déplacer (marcher, transferts, escaliers) dans son lieu de vie
- **AVD** : utiliser le téléphone, effectuer ses emplettes, préparer son repas, effectuer l'entretien de son lieu de vie, effectuer sa lessive, utiliser son véhicule ou le transport en commun, prendre ses médicaments, gérer ses finances.

9h30 à 10h30 OBSERVATION DIRECTE DE LA RENCONTRE D'UN PATIENT

OBJECTIFS

- S'identifier en donnant son prénom, son nom et en identifiant son rôle, puis préciser le contenu et la durée de la rencontre – **consentement à la rencontre dans un but de formation** (cf. semaine I)
- Préciser d'emblée au patient les **objectifs de la rencontre** : connaître les raisons qui l'ont amené à consulter (raison de consultation/hospitalisation) et connaître les symptômes premiers de sa maladie.
- **Contenu** de l'entrevue : maladie actuelle (attributs de chaque symptôme), tous les symptômes du système impliqué, antécédents, habitudes de vie.
- **Préciser l'examen physique** qui sera effectué.
- Utiliser les techniques de communication : facilitation, validation de l'information obtenue avec le patient (résumés internes) et énoncés d'entretien et de clarification, interruptions et redirections, si nécessaire.

Deux par deux, le moniteur supervisant un groupe, les étudiants rencontrent un patient âgé **en portant leur EPI** et recueillent les données de l'histoire (N.B. : insister sur la **maladie actuelle**).

Deux étudiants rencontrent un patient hospitalisé et deux autres un patient externe.

Le moniteur rappelle aux étudiants l'importance du contexte (chambre ou autre lieu) et des **INDICES INITIAUX**.

Il aide les étudiants et le patient à s'installer confortablement (chambre ou local du monitorat).

Il utilise la fiche d'Observation directe et de rétroaction descriptive (p. 18-19).

N.B. : Le moniteur souligne aux étudiants qu'ils devraient être capables d'effectuer cette anamnèse et cet examen en 60 minutes s'ils voient à bien structurer leur entrevue. Ils doivent apprendre à écouter le discours spontané du patient, mais aussi à le recentrer poliment (cf. Évaluation d'une entrevue, partie C).

Les étudiants recueillent les **données de l'histoire** en utilisant **les techniques de communication** apprises (clarification, énoncés d'entretien, résumés, etc.) :

- Identification; Raison de consultation
- Maladie actuelle (attributs de chaque symptôme, perspective du patient et réseau social)
- AVQ et AVD; Antécédents personnels et familiaux; Allergies
- Médication; Habitudes de vie : alimentation, alcool, tabac, activité physique

L'examen comportera : apparence générale, SV, **mini-mental de Folstein (surtout)** et, selon la disponibilité du patient : peau et phanères, yeux, ORL, thorax, abdomen, pouls périphériques, membres et ROT.

SCÉNARIO DU 09-11-2022 (suite)

10h30 à 11h00 RÉTROACTION DESCRIPTIVE AUX ÉTUDIANTS OBSERVÉS

Le moniteur donne une rétroaction descriptive aux étudiants observés :

- Habiletés communicationnelles et la qualité de la relation professionnelle mise en place
- Recueil des données à l'histoire
- Habiletés lors de l'examen physique
- Comportement professionnel

11h00 à 11h30 RETOUR EN GROUPE – SUPERVISION INDIRECTE DISCUSSION CLINIQUE ET AMORCE DE RAISONNEMENT CLINIQUE

Retour avec le moniteur à propos de l'histoire du patient du groupe d'étudiants non observés; partage des deux groupes d'étudiants. Ils discutent à propos de la relation professionnelle qui s'est établie selon eux.

Le moniteur reprend, au besoin, la distinction entre symptômes et signes, avec exemples à l'appui.

Il revient sur les grands syndromes gériatriques discutés en début de matinée et revoient ceux-ci avec les étudiants en lien avec le patient rencontré : ont-ils reconnu un ou plusieurs de ces syndromes chez leur patient?

Amorce de raisonnement clinique (15 minutes)

Le moniteur aide les étudiants à effectuer un rapport verbal **pertinent, succinct et structuré**.

Il les fait décrire le contexte de la rencontre et ses impacts, s'il y a lieu.

Il cherche aussi à les faire produire quelques hypothèses diagnostiques :

Quel système est atteint ? Quel organe ? Par quel processus physiopathologiques ?

Rédaction d'une histoire de cas

Chaque étudiant rédige individuellement une histoire de cas manuscrite; l'histoire de cas illustrée dans le Bates' et sa traduction (ENA) serviront de guide.

ATTENTION : Les histoires de cas doivent obligatoirement être manuscrites (i.e. préparation à l'externat) et remises à l'adjointe du CH avant 16h (copie papier ou version numérisée de l'histoire de cas manuscrite).

Yvette Lajeunesse, M.D.
Université de Montréal
Révision 2019, Mathieu Moreau, M.D.

Objectifs

1. Définir les grands syndromes gériatriques
2. Expliquer l'importance clinique de reconnaître les syndromes gériatriques

Question préliminaire aux étudiants

1) Selon vous, quels problèmes cliniques plus fréquemment rencontrés chez les personnes âgées peuvent entrer dans la catégorie des « grands syndromes gériatriques » ?

Introduction

Les personnes âgées constituent un groupe qui est loin d'être homogène. Les phénomènes dégénératifs tout autant que les maladies s'expriment très différemment d'une personne à l'autre. Chaque personne âgée doit être considérée dans son individualité. Pour répondre aux besoins de la personne âgée, il faut être particulièrement attentif aux problèmes **susceptibles** d'interférer avec son état de santé, sa vie au quotidien, et surtout sa qualité de vie. Certains tableaux spécifiques à la personne âgée, appelés « **syndromes gériatriques** » ont été identifiés et étudiés depuis les débuts de la gériatrie. Le médecin doit avoir une connaissance approfondie de ces syndromes pour les intégrer dans sa pratique tant en vue de l'évaluation globale d'une personne âgée qu'à l'occasion de son suivi.

Ces grands syndromes sont :

- ❖ les chutes
- ❖ le délirium
- ❖ la démence
- ❖ la dépression
- ❖ l'incontinence urinaire
- ❖ la polymédication
- ❖ le syndrome d'immobilisation
- ❖ la perte d'autonomie
- ❖ la fragilité.

Le présent texte* constitue un *préambule* à l'étude des grands syndromes gériatriques. Il a pour but de donner un aperçu de chacun de ces syndromes afin de vous sensibiliser à l'importance de bien connaître ces catégories dans la prise en charge de la personne âgée. Une présentation exhaustive de chacun de ces syndromes dépasse le cadre des objectifs de l'IMC. Nous les aborderons par le biais d'une vignette suivie de certaines données épidémiologiques, d'une définition ou description, des facteurs ou causes ainsi que de leurs conséquences ou répercussions pour la personne âgée.

Par la suite,

2) Pour chacune des vignettes cliniques qui suivent, les étudiants devraient apporter des réponses avec les connaissances, théoriques, expérientielles ou intuitives qu'ils ont aux questions posées. Les étudiants n'ont pas accès préalable au texte. Il s'agit de les aider à prendre conscience de l'importance des syndromes gériatriques.

Le texte qui sera accessible aux étudiants après la discussion apporte beaucoup plus d'informations qui aident à préciser les réponses aux questions des étudiants.

* Sauf indication contraire, les sources principales de référence sont : le *Précis pratique de gériatrie*, Arcand-Hébert, Édisem, 2007, et « Les grands syndromes gériatriques » in *Le médecin du Québec*, vol. 47 ; no 7, juillet 2012 (<http://lemedecinduquebec.org/archives/2012/7/>).

1. Les chutes

Madame A. L. est retrouvée par terre par sa fille inquiète de ne pas recevoir son coup de fil matinal. Madame est âgée de 91 ans et vit seule à domicile. Depuis des années, elle appelle sa fille matin et soir. Madame est tombée vers 23h00 alors qu'elle se rendait à la toilette. Elle ne se souvient pas des circonstances de la chute. Elle ne croit pas avoir perdu conscience et elle est incapable de se relever seule. Elle craint une fracture de sa jambe droite qui fait mal au moindre mouvement.

À l'urgence, elle avoue au médecin avoir fait quelques chutes au cours des derniers mois. Elle a caché ces chutes à sa fille et même à son médecin qu'elle a vu la semaine dernière parce qu'elle craignait d'être placée.

Madame se retrouve avec une fracture de la hanche qui nécessite une chirurgie et une réadaptation.

Questions aux étudiants

1) QUELLE EST LA FRÉQUENCE DES CHUTES CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE ?

Chaque année, une personne âgée sur trois chute. De celles-ci, une sur deux rechute dans l'année. Mme A.L. fait partie des **12 %** des personnes âgées qui font des **chutes à répétition**.

2) QUELLES SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS CAUSANT LES CHUTES ?

Trois facteurs essentiels : perte des capacités motrices (ou marche et équilibre), médicaments et environnement domiciliaire.

3) NOMMEZ UNE CONSÉQUENCE IMPORTANTE DES CHUTES CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE.

La mort : première cause de décès par accident chez les personnes.

L'institutionnalisation.

Des **traumatismes physiques** : fracture de la hanche dans 1 cas sur 100, hématomes, lacérations, etc.

Des **conséquences psychologiques** : perte de confiance, isolement social, dépression, dépendance, confusion.

Épidémiologie

Chaque année, une personne âgée sur trois fait au moins une chute et de celles-ci, une sur deux rechute dans l'année. Mme A.L. fait partie des 12 % des personnes âgées qui font des chutes à répétition. À son âge, hommes et femmes chutent dans les mêmes proportions, mais avant 80 ans, les femmes chutent plus que les hommes (33 % vs 21 %). Les personnes âgées qui vivent de façon autonome chutent moins (30 % annuellement) que celles vivant en établissement (50 %). Ces données sont prévisibles puisque 40 % des patients placés en milieu d'hébergement et de soins de longue durée sont admis en raison de chutes.

Les chutes entraînent des taux élevés de morbidité et de mortalité. Outre **l'institutionnalisation**, elles causent des **traumatismes physiques** (fracture de la hanche dans 1 cas sur 100, hématomes, lacérations, etc.) et des **conséquences psychologiques** (perte de confiance, isolement social, dépression, dépendance et confusion). S'ajoutent les **conséquences liées à l'immobilisme** : hypothermie, atelectasie ou infection respiratoire, thrombophlébite, déshydratation, ostéoporose, contractures, lésions de pression, constipation avec fécalome, rétention ou incontinence urinaire, etc. Les chutes comptent pour plus de la moitié des décès par accident et représentent donc la première cause de décès par accident chez les personnes âgées. Les chutes à répétition signent un mauvais pronostic. La moitié des personnes qui subissent une fracture de la hanche ne parviennent pas à regagner une autonomie suffisante pour leur permettre de vivre de manière autonome et près de la moitié de celles de plus de 75 ans décèdent dans l'année qui suit la chute.

Ainsi, au Québec en 2008, près de 4 % de personnes de 65 ans et plus, soit 40 000 personnes vivant de façon autonome, ont expérimenté une chute avec blessure limitant leurs activités courantes et 28 000 personnes ont consulté un médecin pour cette raison (*Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*, p.4).

Étiologie

Les chutes sont liées à de multiples causes : extrinsèques, intrinsèques ou iatrogènes.

Les causes **extrinsèques** liées à l'environnement jouent un rôle majeur. La chambre, les toilettes et les escaliers sont les endroits où les personnes âgées tombent le plus fréquemment. Qu'il s'agisse d'un problème d'éclairage, de surfaces glissantes, de lieux encombrés ou encore de pièces ne disposant pas des dispositifs permettant des déplacements sécuritaires (rampes, barres pour entrer ou sortir du bain, etc.), l'environnement constitue une source non négligeable de facteurs favorisant les chutes. Contrairement à l'idée répandue, les personnes âgées ne chutent pas de façon prépondérante l'hiver en raison des conditions extérieures défavorables. En fait, 70 % des chutes chez les personnes âgées vivant de façon autonome surviennent à domicile (*Chutes*, p. 7). L'évaluation de l'environnement constitue donc une intervention indispensable et doit être effectuée de façon systématique en vue de proposer les modifications permettant de corriger les facteurs de risque.

Les causes **intrinsèques** constituent un domaine plus complexe. De multiples changements physiologiques liés à l'âge doivent être reconnus, notamment les changements visuels, musculo-squelettiques et proprioceptifs, ainsi que les troubles de la marche et d'équilibre statique et dynamique. On sait qu'« *un tiers des personnes de plus de 75 ans se plaignent de leur manque d'équilibre et signalent des sensations d'instabilité survenant surtout au lever et à la marche* ». Les chutes peuvent également être la conséquence de pathologies aiguës évidentes tels un AVC, un infarctus du myocarde, etc., ou encore de problèmes de santé non apparents que seule une évaluation appropriée mettra en évidence (chute sentinelle). Une révision des systèmes et un bilan conséquent s'avèrent nécessaires si l'on tient compte de la diversité des causes possibles. Mentionnons à titre indicatif 1) les causes neurologiques : états confusionnels, « *drop attacks* », étourdissements, vertiges, troubles proprioceptifs, etc.; 2) les causes cardio-vasculaires : hypotension orthostatique, troubles du rythme, syncope, etc.; 3) les troubles métaboliques : anémie, déshydratation, hypoglycémie, etc.; et 4) les troubles musculosquelettiques : arthrose, atrophie musculaire, problèmes podiatriques, etc.

Enfin, la médication demeure un facteur non négligeable à l'origine des chutes. Certaines classes de médicaments nécessitent une attention particulière : agents ayant des effets anticholinergiques, hypotenseurs et diurétiques, hypoglycémifiants, sédatifs et hypnotiques. Une cause iatrogène peut être corrigée dans de nombreux cas après une évaluation adéquate.

SOMMAIRE des causes de chute (tiré de *Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*, p. 8) :

Trois facteurs essentiels : perte des capacités motrices (ou marche et équilibre), médicaments et environnement domiciliaire.

Quatre facteurs complémentaires : malnutrition (ou dénutrition), hypotension orthostatique, déficits ou troubles de vision, consommation d'alcool.

Interventions

L'évaluation de la personne âgée qui se présente pour chute ne doit pas se limiter à la recherche des seules conséquences de la chute. Seule une évaluation complète incluant la recherche des causes de la chute en vue de la correction des facteurs réversibles peut aider à éviter les récives qui apportent un pronostic défavorable chez la personne âgée. Ainsi, l'évaluation complète de toute personne âgée inclut la vérification des processus pathologiques, mais également celle de l'environnement, du contexte social, du fonctionnement psychologique, la recherche des modifications liées à l'âge ainsi que la révision de la liste des médicaments. Elle démontre le souci que le médecin accorde à ce problème sérieux que constituent les chutes.

Références complémentaires :

1. *Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*, MSSS, Gouvernement du Québec (2012), 12 p. http://www.aqq-quebec.org/docs/Chutes_personnes.pdf.

2. Gagnon C., Lafrance M. *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*. Institut national de santé publique du Québec (2011), 235 p.
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1241_PrevChutesPersAgeesAnalyseRecomm.pdf
3. *Le programme de santé publique 2003-2012* (mise à jour 2008), MSSS, Gouvernement du Québec (2008), 101 p.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
4. « Chutes ! Il faut en parler. Les nouvelles lignes directrices en prévention des chutes. », D. Racine in *Le médecin du Québec*, pp. 27-34. <http://lemedecinquebec.org/Media/116150/027-034DrRacine0712.pdf>

2. Le délirium

Monsieur B. M., 91 ans, est amené à l'urgence. Il est confiné à la maison en raison d'une gonarthrose sévère. Au matin, son épouse l'a retrouvé en train d'uriner sur le divan. Monsieur devient très agité et querelleur lorsque sa femme l'interpelle. Il semble effrayé quand elle s'approche de lui. Il lui apparaît confus et semble même ne pas la reconnaître. Son discours est incohérent, il parle vite et lui montre le poing sans raison apparente. Afin de désamorcer la situation, Madame s'assoit calmement sur le fauteuil adjacent et l'invite doucement à venir s'asseoir de l'autre côté du divan en face d'elle. Monsieur demeure dans son coin, avec un regard méfiant. Après quelques minutes, il se dirige vers un autre fauteuil et s'assoit en continuant de parler de façon décousue. Madame l'écoute sans interrompre. Soudainement, il cesse de parler et s'assoupit. Madame en profite pour appeler son médecin qui lui recommande de le conduire immédiatement à l'urgence.

À l'arrivée des ambulanciers, Monsieur redevient très agité, refuse de les suivre et tente de les frapper. Madame est atterrée. Elle n'a jamais vu son mari dans un tel état. Elle confirme aux ambulanciers que Monsieur présente des troubles de mémoire depuis quelques mois, mais qu'en aucun temps, il n'avait été aussi confus.

Au médecin de l'urgence, elle fait part de son désarroi devant cette démence aiguë qui l'obligera à placer son mari.

Questions aux étudiants

1) POUVEZ-VOUS IDENTIFIER LE PROBLÈME EN JEU ?

Le terme « confusion » n'est pas assez précis. Il faut parler du diagnostic clinique de « délirium » qui se définit comme : « une altération de la conscience, de l'attention et des fonctions cognitives » due à un « un dysfonctionnement cérébral temporaire, de début aigu ou subaigu et de durée plutôt brève (quelques jours à quelques semaines) ».

On peut préciser ici qu'il existe deux formes de délirium : hyperactive et hypoactive.

2) Le délirium est un syndrome fréquent qui se manifeste chez plus de 30 % des personnes âgées hospitalisées. SELON VOUS, DANS QUEL CONTEXTE HOSPITALIER LE TAUX DE SURVENUE DE CE PROBLÈME EST-IL LE PLUS ÉLEVÉ ?

Plus de 75 % des épisodes de délirium surviennent en période postopératoire ou aux soins intensifs. Il s'agit donc de moments critiques nécessitant une surveillance accrue.

3) Le délirium est considéré comme une **condition urgente** qu'il est impératif de diagnostiquer. INDIQUEZ LES PRINCIPALES RAISONS.

Augmentation des durées de séjour à l'hôpital, risque accru de déclin fonctionnel et cognitif et plus grande probabilité d'institutionnalisation.

Le retard dans le diagnostic et le traitement peut entraîner des dommages cérébraux permanents.

Le taux de mortalité est d'environ 30 %.

Éléments de réponse plus complets

Le délirium est défini comme « un dysfonctionnement cérébral temporaire, de début aigu ou subaigu et de durée plutôt brève (quelques jours à quelques semaines) ». Les manifestations essentielles sont « une altération de la conscience, de l'attention et des fonctions cognitives ». Le délirium constitue « l'un des syndromes le plus souvent rencontrés en pratique hospitalière auprès de la clientèle âgée » (Précis de gériatrie, p. 217). Il s'agit essentiellement d'un diagnostic clinique.

Un diagnostic de délirium répond aux critères du DSM-5 :

- A. Perturbation de la conscience (altération de la capacité à bien percevoir l'environnement) avec diminution de la capacité à fixer, soutenir et déplacer l'attention;
- B. Perturbation d'installation rapide (habituellement quelques heures à quelques jours) et ayant tendance à fluctuer d'intensité au cours d'une même journée;
- C. Altération des fonctions cognitives (telles qu'un déficit mnésique, une désorientation ou une perturbation du langage) ou trouble des perceptions, ne pouvant être expliquée par une démence préexistante ou en voie d'installation;
- D. Les troubles décrits en A et C ne peuvent être expliqués par un autre désordre neurocognitif préexistant, établi ou évolutif et ne surviennent pas dans le contexte d'un état d'éveil très altéré comme un coma;
- E. L'histoire, l'examen physique ou les examens paracliniques tendent à démontrer que le trouble est causé par les conséquences physiologiques directes d'une condition médicale.

En pratique, les cliniciens utilisent surtout les critères de la Confusion Assessment Method (CAM) pour détecter le délirium. Il suffit d'identifier les deux critères suivants, soit 1) le début aigu et la fluctuation de l'état du patient et 2) l'inattention, ainsi qu'au moins un critère parmi les suivants, soit 3) une pensée désorganisée et/ou 4) l'altération de l'état d'éveil. (Pour une connaissance plus exhaustive de la CAM, Cf. *Approche adaptée*, p. 17 ou « Le patient âgé en délirium : regard pratique », M. Dugas, p. 59)

Malheureusement, il s'agit d'un diagnostic souvent négligé, en particulier chez les patients avec un diagnostic préalable de démence. Les multiples changements physiologiques reliés à l'âge et les changements pathologiques constituent des *facteurs prédisposants*. Toute nouvelle modification de l'homéostasie peut déclencher le dérèglement dans un cerveau déjà fragilisé. Ainsi, le délirium se présente fréquemment en post-opératoire ou lors d'un séjour aux soins intensifs. Cependant, toute condition aiguë peut constituer un facteur *précipitant* : infection, atteinte cardiaque, atteinte cérébrale, trouble métabolique, traumatisme (une chute, par exemple !), syndrome de retrait. En particulier, le médecin doit être conscient que **tout médicament** est susceptible de provoquer un délirium chez la personne âgée, mais particulièrement : les psychotropes dont les sédatifs, les anticholinergiques, les antiparkinsoniens, les diurétiques, les antihypertenseurs, la digitale.

« Il s'agit d'un syndrome fréquent qui se manifeste chez plus de 30 % des personnes âgées hospitalisées (10 % à l'urgence, ≥ 75 % en période postopératoire ou aux soins intensifs). Ses conséquences sont graves, avec un taux de mortalité d'environ 30 % et une morbidité importante : augmentation des durées de séjour à l'hôpital, risque accru de déclin fonctionnel et cognitif et plus grande probabilité d'institutionnalisation. » (*Approche adaptée*, p. 2)

Le diagnostic de délirium est complexe. La forme hyperactive (patient agité, labile) est la plus reconnue (mais pas nécessairement la plus fréquente). Il existe aussi une forme hypoactive ayant un moins bon pronostic (patient ralenti, apathique, voire léthargique, avec repli sur soi) et une forme mixte. Il faut d'abord distinguer cette condition de la démence ou de la maladie psychiatrique en s'appuyant sur les connaissances cliniques. La tâche devient encore plus ardue dans le contexte où la personne âgée présente déjà des atteintes cognitives. Quelle que soit la situation, seule une **démarche diagnostique rigoureuse** permet d'établir un diagnostic précis. Ceci inclut d'identifier la ou les causes de la confusion aiguë de façon à apporter les corrections appropriées qui permettront une récupération maximale des fonctions cérébrales. Malheureusement, l'évolution n'est pas toujours favorable : des séquelles cognitives peuvent persister et il peut y avoir une détérioration neurologique avec stupeur, coma, convulsions, voire la mort.

Le délirium constitue une **condition urgente** qu'il est impératif de diagnostiquer. Le retard dans le diagnostic et le traitement peut entraîner des dommages cérébraux permanents. Une intervention efficace pour traiter le délirium repose sur l'identification de la ou des causes. Des interventions intempestives qui ne sont pas appuyées sur un diagnostic précis entraînent souvent une aggravation de l'état confusionnel. Les manifestations d'agitation et d'agressivité requièrent un traitement symptomatique adapté où l'approche et

le contrôle environnemental sont encore plus importants que la médication. Il ne faut surtout pas négliger les délirium hypoactifs qui passent souvent inaperçus.

Références complémentaires :

1. Pour les aspects non pharmacologiques : *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Le Délirium*. MSSS. Gouvernement du Québec, 2012, 20 pages.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-08W.pdf>
2. Pour les aspects pharmacologiques : « Le délirium chez la personne âgée » Makhzoum J. Makhzoum J-P. *Québec Pharmacie*, décembre 2012 - janvier 2013, vol. 59, n° 8, p. 9-19.
http://www.professionsante.ca/files/2013/02/QP11_009-016_WEB.pdf.
3. « Le patient âgé en délirium : regard pratique », M. Dugas, in *Le Médecin du Québec*, vol. 44, no. 1, janvier 2009, pp. 59-64. <http://lemedecinquebec.org/Media/103825/059-064DrDugas0109.pdf>
4. La Société québécoise de gériatrie a émis une prise de position sur la prise en charge du delirium.
http://www.sggeriatrie.org/dl.php?file=2011-11_delirium.pdf

3. La démence

Madame C. N. est amenée par sa fille en consultation chez le médecin. Madame est âgée de 83 ans et vit avec sa fille depuis 3 semaines, suite au décès de son époux. Au cours des derniers six mois lors des rencontres de famille, les enfants avaient constaté que leur mère présentait des troubles de mémoire. Depuis son arrivée chez elle, la fille note que Madame est très désorientée dans le temps. Il lui arrive de s'éveiller la nuit et de demander à déjeuner.

Il y a deux jours, Madame s'est fâchée et est devenue agressive. Sa fille, pour la calmer, a dû servir une collation. La fille fut très surprise de cette réaction qui ne correspond pas à la personnalité de sa mère. Elle a également constaté que sa mère ne peut plus être laissée seule. Partie un dimanche avec son mari pour rendre visite à des amis, elle s'est aperçue à son retour que sa mère n'avait pas pris les repas du midi et du soir qu'elle avait préparés. Sa mère affirmait avoir mangé, mais rien n'avait été consommé. Par la suite, la fille s'est aperçue que sa mère non seulement n'était plus capable de planifier un repas ni de préparer une collation simple, mais elle oubliait l'heure des repas si elle n'était pas avisée. Madame n'appelait plus ses amis, elle qui avait eu une vie très sociale auparavant. Pire, un jour une compagne de bridge avait téléphoné pour lui demander de ne pas ramener Madame au club de bridge parce que celle-ci ne savait plus comment jouer. Les membres du club avaient temporisé tant que l'époux avait été présent, mais dorénavant il leur semblait impossible de l'accepter. Elle comprenait maintenant pourquoi depuis plus d'un an leur père s'occupait du ménage, de l'épicerie et de toutes les activités ménagères. Il avait expliqué que cela lui permettait de se maintenir actif et que c'était un juste partage des choses après que sa femme s'était consacrée à ces tâches toute sa vie.

Des événements troublants ont conduit la fille à prendre rendez-vous chez le médecin. À deux occasions, Madame avait mis deux robes à la fois et c'est avec réticence qu'elle avait admis la situation. En fin de journée, Madame devenait fébrile et répétait sans arrêt qu'elle voulait retourner chez elle. La veille de l'appel pour le rendez-vous, la fille avait exploré cette demande et s'était aperçue que sa mère parlait de la maison paternelle où elle avait passé son enfance dans son village natal et non de la maison où elle avait vécu avec son époux. Elle réalisait que son père avait caché la véritable situation et comprenait, à présent, pourquoi sans raison apparente lors d'une visite, il avait parlé du centre d'accueil où avait été placée sa mère tout en insistant sur le fait que jamais il ne placerait sa femme dans un tel endroit.

Questions aux étudiants

- 1) Contrairement au cas précédent, le diagnostic semble assez évident. On pense spontanément à une démence. QUELS ÉLÉMENTS DE L'HISTOIRE PERMETTENT CE DIAGNOSTIC ?

Madame présente une détérioration des fonctions intellectuelles suffisamment sévère qui interfère avec son fonctionnement dans la vie quotidienne.

L'évolution temporelle de cette détérioration la différencie d'un délirium qui survient de façon aiguë.

Ici, on peut introduire la nouvelle nomenclature du DSM-5 concernant la démence : on utilise maintenant le terme de **troubles neurocognitifs majeurs**. Demandez aux étudiants s'ils peuvent trouver une explication à ce changement.

Les deux raisons avancées sont 1) Réduire la stigmatisation liée au diagnostic de démence et 2) Tenir compte des données issues de la recherche, dont le diagnostic du trouble cognitif léger (*Mild Cognitive Impairment*).

Rappel des critères du trouble cognitif majeur selon le DSM-5 :

1. un déclin cognitif significatif des niveaux de performance dans un ou plusieurs domaines;
2. le déclin cognitif interfère avec l'autonomie fonctionnelle;
3. le déclin cognitif ne survient pas dans un contexte de délirium;
4. les atteintes cognitives ne peuvent être expliquées par un trouble psychiatrique majeur (dépression ou psychose).

2) QUELLE EST LA PROPORTION DES CANADIENS DE 65 ANS ET PLUS QUI SONT ATTEINTS DE DÉMENCE ? CELLE DES 85 ANS ET PLUS ?

Faire ressortir que la prévalence augmente avec l'âge. Selon l'*Étude canadienne sur la santé et le vieillissement*, « la démence touche 8 % des Canadiens de plus de 65 ans et 35 % des personnes de plus de 85 ans. Il est clair que la prévalence augmente avec l'âge ».

3) À QUOI AURAIT SERVI UN DIAGNOSTIC PRÉCOCE ICI ?

Les raisons invoquées pour un diagnostic précoce sont :

- 1) Rassurer le patient chez qui les troubles de mémoire sont dus au vieillissement normal.
- 2) Identifier les situations où les causes sont réversibles.
- 3) Identifier les causes telles les maladies vasculaires qui conduisent à un traitement permettant d'empêcher la progression de la démence.
- 4) Même en l'absence de traitement curatif de la démence irréversible, des interventions appropriées peuvent permettre au patient de conserver une autonomie fonctionnelle.
- 5) Mieux planifier l'avenir; en particulier, il s'avère indispensable que ces personnes nomment un mandataire et indiquent, par écrit ou au moins verbalement, leurs souhaits en ce qui concerne les soins de fin de vie.

Éléments de réponse plus complets

Le tableau de Madame C. N. est assez caractéristique. Elle présente une détérioration des fonctions intellectuelles suffisamment sévère pour interférer avec son fonctionnement, d'abord avec les activités de la vie domestique (AVD), mais qui touche maintenant les activités de la vie quotidienne (AVQ). De plus, l'évolution temporelle de cette détérioration la différencie d'un délirium qui survient de façon aiguë. Un diagnostic de démence est envisagé.

Au cours des dernières années, non seulement la recherche, mais la sensibilité sociétale ont renouvelé l'approche de la démence. Ainsi les critères diagnostiques de 1984 ont été révisés, de nouvelles lignes de conduite ont été émises, un plan d'action ministériel concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées a été publié et implanté. Par ailleurs, la terminologie même a changé pour tenir compte des données issues de la recherche, dont le diagnostic du trouble cognitif léger (*Mild Cognitive Impairment*) et ainsi réduire la stigmatisation liée au diagnostic de démence. Ainsi, dans le DSM-5, le chapitre « Délirium, démence, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs » du DSM IV est dorénavant dénommé « Troubles neurocognitifs » (qui inclut le délirium). Les critères diagnostiques des **troubles neurocognitifs légers** et des **troubles neurocognitifs majeurs** sont explicités. L'ancien terme « démence » n'apparaît plus et correspond aux troubles neurocognitifs majeurs.

Dans le contexte de Madame C. N., le médecin devra identifier la présence d'un trouble neurocognitif majeur et en rechercher la cause. Le trouble neurocognitif majeur correspond aux critères suivants :

1. un déclin cognitif significatif des niveaux de performance dans un ou plusieurs domaines;
2. le déclin cognitif interfère avec l'autonomie fonctionnelle;
3. le déclin cognitif ne survient pas dans un contexte de délirium;

4. les atteintes cognitives ne peuvent être expliquées par un trouble psychiatrique majeur (dépression ou psychose).

Le *National Institute on Aging-Alzheimer's Association* spécifient qu'au moins deux domaines cognitifs doivent être touchés pour porter un diagnostic de « démence », soit la mémoire, le raisonnement ou le jugement, le langage, les capacités visuospatiales, la personnalité, la conduite ou le comportement.

Une fois le diagnostic de trouble neurocognitif majeur établi, l'évaluation clinique doit permettre d'identifier la cause du tableau démentiel. Le DSM-5 détaille également les critères diagnostiques des entités spécifiques (troubles cognitifs mineurs et majeurs associés à la maladie d'Alzheimer, au trouble fronto-temporal, troubles cognitifs mineurs et majeurs avec corps de Lewy, etc.). Plus de trois quarts des causes de démence sont irréversibles : les démences dégénératives, avec la démence d'Alzheimer en tête, les démences vasculaires, etc. Un certain nombre de démences demeurent potentiellement réversibles : les démences toxiques, infectieuses, métaboliques, nutritionnelles et médicamenteuses, l'hydrocéphalie à pression normale, l'hématome sous-dural, etc. Le suivi des patients atteints de ces derniers types de démence semble démontrer qu'un certain nombre d'entre eux, mais pas tous, évolueront à long terme vers une démence dégénérative. La cause réversible aura servi à dévoiler une atteinte qui, tôt ou tard, se serait manifestée de façon plus classique.

Les données épidémiologiques démontrent clairement que la société tout entière est interpellée par cette problématique, ne serait-ce qu'en considérant les coûts à prévoir dans les prochaines années. La prévalence des troubles neurocognitifs majeurs augmente avec l'âge, ce que confirment les données les plus récentes de l'*Étude canadienne sur la santé et le vieillissement* : « la démence touche 8 % des Canadiens de plus de 65 ans et 35 % des personnes de plus de 85 ans ». Toujours selon cette étude, « 64 % des cas de démence sont causés par la maladie d'Alzheimer. Plus de la moitié des malades qui vivent en centre d'accueil souffrent d'un type de démence. » Les Canadiens dépensent [actuellement] environ 5,5 milliards de dollars pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'affections connexes. Ces données doivent être considérées en tenant compte que la proportion de personnes de plus de 65 ans passera de 13 % en 2000 à 25 % en 2031 (Statistique Canada, 2005). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fait de la démence une priorité de santé publique (Rapport de l'OMS, *Dementia: a public health priority*, 2012).

Enfin, malgré la difficulté de la tâche, un **diagnostic précoce de démence s'avère important** pour plusieurs raisons, explicitées en réponse à la question 3.

Références complémentaires :

1. INESSS. *Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et de la démence mixte*, 2015. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_GUO_Alzheimer.pdf
2. « Quatrième conférence consensuelle sur le diagnostic et le traitement de la démence. Recommandations pour les médecins de famille ». Moore A. et al. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*, Vol 60: 2014, pp. 433-438. <http://www.cfp.ca/content/60/5/e244.full>
3. *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*, sous la direction de H. Bergman, MSSS, 2009. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>
4. « Mon patient est dément... Ciel ! que dire ? que faire ? » Thibault M. et Y. Laurone in *Le médecin du Québec*, vol. 47, no. 7, 2012, pp. 41-47. <http://lemedecinduquebec.org/Media/116156/041-047DrThibault0712.pdf>

4. La dépression

Madame E. P., 80 ans, vit dans un petit studio dans une résidence pour personnes âgées. Elle demeure très autonome et participe comme bénévole aux activités organisées par le curé de la paroisse. Au cours des sept derniers mois, elle souffre de douleurs dorsolombaires constantes. L'évaluation globale met en évidence des phénomènes dégénératifs minimes au niveau de la jonction dorsolombaire. La réponse aux analgésiques est limitée. Le médecin s'explique mal l'intensité et la persistance de la douleur.

Monsieur F. D., 67 ans, est retraité depuis 2 ans. Son épouse est inquiète parce que depuis un an, il a perdu tout intérêt. Il ne sort plus, a abandonné son groupe de quilles le vendredi soir et ne lit même plus son journal. Homme taciturne, il ne s'est jamais tellement confié à sa femme. Il reste assis dans le fauteuil du salon toute la journée. Il lui arrive de sauter des repas disant qu'il n'a pas faim. Son épouse le trouve amaigri, mais il dit qu'il ne croit pas avoir perdu du poids. Il

dort peu, se lève à toutes les nuits et va s'asseoir dans son fauteuil. Il ne se couche pas le jour. Hormis des douleurs aux genoux de longue date pour lesquelles il prend de l'acétaminophène, il nie tout problème physique. Il nie toute idée suicidaire. Ses réponses aux questions sont peu élaborées, il ne trouve rien à ajouter. Il dit ne pas se sentir triste ni déprimé. En fait, il dit ne plus rien ressentir du tout, au plus, sentir comme un vide.

Questions aux étudiants

1) QUEL DIAGNOSTIC PEUT ÊTRE SOUS-JACENT À CES DEUX TABLEAUX ?

La dépression chez la personne âgée présente des **tableaux très polymorphes**.

Le diagnostic de la dépression majeure est basé sur les critères du DSM-5. Cependant, une dépression chez la personne âgée ne correspond pas toujours à ces critères. Une dépression atypique doit être considérée devant un tableau inhabituel ou en présence de certains marqueurs : variation diurne des symptômes avec prédominance matinale, apparition récente de plaintes somatiques sans tendance antérieure à la somatisation, etc.

La pseudodémence constitue un autre type de présentation de la dépression. C'est un terme qui désigne « un trouble psychiatrique qui se manifeste par une symptomatologie suggérant une démence ». Il s'agit donc d'une dépression qui mime un tableau de démence, mais un traitement avec des antidépresseurs corrigera l'atteinte cognitive.

2) L'évaluation de la dépression nécessite une approche globale incluant une évaluation des fonctions cognitives et de l'autonomie fonctionnelle. QUELLE AUTRE ÉVALUATION S'AVÈRE INCONTOURNABLE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE QUI PRÉSENTE CE PROBLÈME ?

L'évaluation du risque suicidaire.

Les personnes de 65 ans constituent le groupe qui compte non seulement le taux de suicide le plus élevé, mais où le taux de suicides complétés est le plus élevé, en particulier chez les hommes. Ainsi, bien que les personnes âgées ne représentent que 10 % de la population, elles commettent pourtant 25 % de tous les suicides complétés. Une tentative de suicide sur deux est complétée chez le groupe des 65 ans et plus comparé à une sur sept chez les adolescents.

3) Devant l'absence de réponse aux traitements pharmacologiques appropriés ou la détérioration de la situation, CHEZ LEQUEL DE CES PATIENTS, MADAME E. P. 80 ANS OU MONSIEUR F. D. 67 ANS, LA SISMOTHÉRAPIE (ÉLECTROCHOCS) EST-ELLE UN TRAITEMENT ENVISAGEABLE ?

Chez les deux.

L'âge n'est pas le facteur déterminant pour la sismothérapie. Il faut principalement tenir compte :

- De l'absence de réponse aux traitements pharmacologiques appropriés.
- De la présence d'un risque vital relié à la dépression.
- Du ratio risques vs bénéfiques après une analyse rigoureuse de la situation.

Refuser d'envisager la sismothérapie sous le seul prétexte de l'âge relève d'une attitude discriminatoire, c'est de l'âgisme.

Éléments de réponse plus complets

La dépression chez la personne âgée constitue une condition médicale sous-diagnostiquée et sous-traitée : « des études ont montré que seulement 11 % des aînés déprimés reçoivent un traitement antidépresseur adéquat, 34 % sont traités de façon insuffisante et 55 % sont laissés sans traitement ». (Précis de gériatrie, p. 308). « Le taux de prévalence varie de 3 à 65 % chez les personnes de plus de 65 ans. ». Par ailleurs, tel que l'illustrent les deux vignettes, la dépression chez la personne âgée présente des **tableaux très polymorphes**. En effet, l'histoire de Madame E. P. ne soulève pas d'emblée l'hypothèse de dépression. Seul un niveau élevé de suspicion permet de procéder à l'évaluation appropriée. Certains symptômes devraient cependant alerter le médecin : tristesse, ralentissement psychomoteur, agitation, fatigue, perte de plaisir, trouble du sommeil, modification de l'appétit, difficulté de concentration, sentiment de culpabilité, malaises et douleurs, perte de libido, apparence négligée, etc. De plus, les symptômes se confondent

souvent avec les changements liés au vieillissement ou avec les symptômes d'une maladie physique. D'ailleurs, la maladie physique coexiste fréquemment avec la dépression chez la personne âgée.

La démarche consiste donc à reconnaître la possibilité qu'une dépression soit à l'origine d'un tableau clinique. Les critères du DSM-5 permettront de préciser la présence d'un épisode dépressif majeur. Cependant, tel que vu plus haut, une dépression chez la personne âgée ne correspond pas toujours à ces critères. Une dépression atypique doit être considérée devant un tableau inhabituel ou en présence de certains marqueurs : variation diurne des symptômes avec prédominance matinale, apparition récente de plaintes somatiques sans tendance antérieure à la somatisation, etc. Enfin, la pseudodémence constitue un autre type de présentation de la dépression. C'est un terme qui désigne « *un trouble psychiatrique qui se manifeste par une symptomatologie suggérant une démence* ». Il s'agit donc d'une dépression qui mime un tableau de démence, mais un traitement avec des antidépresseurs corrigera l'atteinte cognitive.

Le diagnostic différentiel est complexe. Il est d'abord utile de distinguer l'épisode dépressif majeur des autres désordres affectifs : trouble dysthymique, troubles bipolaires, désordre cyclothymique, trouble d'adaptation avec humeur dépressive, deuil, etc. Mais il faut surtout éliminer les causes organiques (dépressions secondaires) toxiques, métaboliques ou médicamenteuses. Enfin, il peut être ardu de distinguer un trouble neurocognitif majeur d'une pseudodémence. L'essai thérapeutique d'antidépresseurs pourra permettre d'orienter le diagnostic dans bien des cas. La démence vasculaire en particulier avec un tableau d'apathie demande un tel essai thérapeutique. Il faut cependant se souvenir que démence et dépression peuvent coexister. Dans ce cas, la réponse aux antidépresseurs sera partielle et l'état cognitif n'en sera pas modifié. Enfin, il peut être naturel pour la personne très avancée en âge, à la lumière du chemin parcouru, de passer à une autre étape qui la conduise à se retirer de la vie active. Il faut cependant éviter de tomber dans le piège de l'âgisme qui conduirait à nier le droit de la personne âgée au traitement d'une condition traitable. La conclusion que le tableau représente une étape normale doit s'appuyer sur une connaissance approfondie de l'individu.

À la lumière de ce qui précède, outre les échanges axés sur les paramètres de la dépression, un tableau suggestif d'une dépression chez la personne âgée doit inclure une évaluation des fonctions cognitives et une évaluation de l'autonomie fonctionnelle.

Enfin, l'évaluation ne sera pas complète sans l'identification du risque suicidaire. Les personnes de 65 ans constituent le groupe qui compte non seulement le taux de suicide le plus élevé, mais où le taux de suicide complété est le plus élevé, en particulier chez les hommes. Ainsi, bien que les personnes âgées ne représentent que 10 % de la population, elles commettent pourtant 25 % de tous les suicides complétés. Une tentative de suicide sur deux est complétée chez le groupe des 65 ans et plus comparé à une sur sept chez les adolescents. Cet aspect de la dépression constitue un enjeu majeur de la prise en charge de la personne âgée.

Une évaluation globale orientera le traitement qui doit inclure une médication appropriée, mais également la psychothérapie à laquelle certains types de dépression répondent mieux. Les interventions au niveau de l'environnement et des relations du patient sont également primordiales. En particulier, l'éducation du patient, de son conjoint et de sa famille sur la nature de cette maladie est nécessaire pour neutraliser la connotation négative qui lui est associée et favoriser les comportements d'aide. Enfin, dans les cas plus sévères, la sismothérapie (électrochocs) ne doit pas être écartée d'emblée sous prétexte de l'âge. Lorsqu'elle est indiquée, la sismothérapie peut être écartée seulement si les risques dépassent les bénéfices après une analyse rigoureuse de la situation.

Références complémentaires

1. « La dépression chez les aînés. Soyez vigilants à la diagnostiquer. » Massoud F. in *Le Clinicien*, mai 2007, pp. 73-78. <http://www.stacomcommunications.com/journals/leclinicien/2007/5-Mai%202007/073-Depression%20personne%20agee.pdf>
2. Document plus général : Faire face à la dépression. Bulletin du conseil consultatif sur le troisième âge, 2000, vol. 13 no. 3. <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H71-4-1-13-3F.pdf>

5. L'incontinence urinaire

Madame F. R., 72 ans, consulte son médecin pour des douleurs abdominales vagues. L'anamnèse s'avère peu contributive. À la section génito-urinaire, Madame apparaît inconfortable et répond en évitant de regarder le médecin. Elle admet, quoique difficilement, qu'elle a un problème avec ses urines. Elle esquivé les autres questions qui tentent de préciser le problème en disant qu'il s'agit d'un problème qui, de toute façon, est dû à son âge et auquel elle s'accommode peu à peu. Le médecin met en évidence que Madame a abandonné ses activités sociales, qu'elle limite ses sorties et ses visites. Elle admet qu'elle souffre de cette situation. Elle accepte de parler de son problème quand elle découvre, grâce aux explications du médecin qui a décodé l'inconfort de Madame, que l'incontinence urinaire peut se corriger à la condition de pouvoir en préciser la ou les causes.

Questions aux étudiants

1) QUELLE EST LA FRÉQUENCE DU PROBLÈME D'INCONTINENCE URINAIRE ?

L'incontinence constitue l'un des deux grands problèmes en gériatrie affectant « 10 à 30 % des personnes autonomes vivant à la maison et environ 50 % des personnes en institution ».

2) D'APRÈS L'HISTOIRE, QUEL EST LE PLUS GRAND OBSTACLE AU TRAITEMENT APPROPRIÉ DE L'INCONTINENCE URINAIRE ?

L'incontinence urinaire est souvent perçue comme une fatalité pour la personne âgée, c'est-à-dire un problème normal de la vieillesse pour lequel le médecin ne peut rien. Il est important de souligner les conséquences : elle conduit au retrait, à l'isolement et à la dépression.

Éléments de réponse plus complets

L'incontinence urinaire se définit comme « toute perte d'urine involontaire, en quantité suffisante pour occasionner un problème social ou hygiénique » (Précis de gériatrie, p. 420). Elle constitue l'un des deux grands problèmes en gériatrie affectant « 10 à 30 % des personnes autonomes vivant à la maison et environ 50 % des personnes en institution ». (Précis de gériatrie, p. 420). L'incontinence est un symptôme que la personne âgée, éprouvant de la honte, cache souvent, même au médecin. Elle conduit au retrait, à l'isolement et à la dépression. Elle est souvent perçue comme une fatalité, c'est-à-dire un problème normal de la vieillesse pour lequel le médecin ne peut rien. Certes les changements physiologiques prédisposent à l'incontinence urinaire, de sorte que la prévalence augmente avec l'âge, mais de multiples causes sont à l'origine d'une incontinence. Certaines entraînent une incontinence transitoire pour laquelle un dépistage précoce permet d'éviter la chronicité du problème.

L'acronyme DIAPPERS permet de retenir les causes les plus fréquentes (Précis de gériatrie, p. 422) :

- D** : démence
- I** : infection, surtout urinaire
- A** : vaginite atrophique (atrophic)
- P** : prise de produits pharmaceutiques
- P** : facteurs psychologiques
- E** : causes endocriniennes, dont le diabète
- R** : restriction motrice
- S** : selles impactées (fécalome).

Cependant, pour une évaluation systématique, les causes doivent être classifiées en fonction de chacun des quatre types d'incontinence urinaire.

Trois types réfèrent à une incontinence vraie par dérèglement des mécanismes mictionnels : l'incontinence par besoin impérieux d'uriner (urgenterie), l'incontinence d'effort et l'incontinence par regorgement. L'autre type d'incontinence, l'incontinence fonctionnelle, n'est pas lié à des altérations de la fonction mictionnelle, mais à des facteurs indépendants de cette fonction qui empêchent la personne d'atteindre la toilette à temps,

tels des troubles de la mobilité, une atteinte cognitive, les barrières physiques de l'environnement, etc. Les tableaux cliniques permettent de distinguer ces catégories et de recourir aux examens complémentaires appropriés. Ces tests souvent invasifs exigent que l'évaluation clinique soit la plus précise possible. Enfin, il est cependant assez fréquent que la personne âgée présente une incontinence mixte, situation qui complique l'évaluation.

En raison de ses conséquences, le dépistage et la prévention de l'incontinence urinaire sont essentiels. Une évaluation systématique comprend les éléments physiques, les éléments psychosociaux et les habitudes de vie, ainsi que les éléments environnementaux. Il ne faut pas hésiter de recourir à une évaluation clinique spécialisée lorsque les interventions mises en place s'avèrent inefficaces ou s'il s'agit d'un cas complexe.

Les traitements combinent la médication, la rééducation vésicale ou périnéale, la chirurgie et, dans les cas réfractaires, les moyens palliatifs. La classification par catégorie est également utile pour le choix du traitement, en particulier le traitement pharmacologique.

Référence complémentaire

1. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Incontinence urinaire.* MSSS, Gouvernement du Québec, 2012, 18 pages. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-07W.pdf>

6. La polymédication

Monsieur G. S., âgé de 66 ans, a été admis en centre d'accueil en raison d'une perte d'autonomie importante. Il y a six mois, Monsieur a fait une chute dans l'escalier qui a causé une fracture vertébrale. Les douleurs ont accentué ses difficultés à la marche liées à une polyneuropathie et à une claudication. Depuis sa sortie de l'hôpital, Monsieur circule en fauteuil roulant. Il était devenu dépendant de son épouse qui est décédée récemment.

Il s'agit d'un patient obèse, diabétique et hypertendu ayant des complications au niveau des reins, du cœur, des artères périphériques et des yeux. Ainsi, Monsieur présente une insuffisance rénale légère. Il a déjà eu un infarctus cinq ans auparavant. De plus, il présente une maladie pulmonaire obstructive chronique. Il a cessé de fumer après son infarctus. Il fait des attaques de goutte sévères.

Depuis trois ans, il prend des somnifères à la suite de sa mise à la retraite qui a entraîné des troubles de sommeil. Il est également traité pour un problème anxiodépressif depuis un an. Le relevé de sa médication comprend :

Insuline

Salbutamol/ipratropium (Combivent) 2 inh QID

Acétaminophène (Tyléno) 650 mg QID

Fentanyl (Duragésic) 25 mcg TD q 3 jours

Triamterene/HCTZ (Dyazide) 1 co die

Metoprolol 50 mg BID

Nifedipine-XL (Adalat-XL) 60 mg die

Digoxine (Lanoxin) 0,125 mg die

Ramipril (Altace) 10 mg die

Oxazepam (Serax) 30 mg HS

Lorazepam (Ativan) 1 mg TID PRN

Venlafaxine-XR (Effexor-XR) 150 mg die

Questions aux étudiants

LEQUEL DE CES ÉNONCÉS EST VRAI ? La bonne réponse est 3.

1. *La solution au problème de la polymédication de ce patient est de réduire le nombre de médicaments qu'il prend.*

C'est une bonne idée, mais ce n'est pas toujours possible. Dans bien des cas, il n'est pas possible de réduire la polymédication chez un patient présentant de multiples problèmes de santé. Il n'y a pas qu'UNE seule solution à la polymédication.

Face à une polymédication, il est important de procéder à une évaluation exhaustive de la situation, d'identifier toutes les conditions présentes qu'elles soient physiques, psychologiques ou sociales et, dans la mesure du possible, de préciser les diagnostics. En particulier, il faut évaluer l'autonomie fonctionnelle de ces patients. Une évaluation complète permet d'établir les priorités de traitement.

2. *L'interaction entre les différents médicaments est la cause des complications résultant de la polymédication.*

En fait, il existe trois types d'interaction mises en cause dans la survenue de problèmes avec la polymédication,

- l'interaction entre les médicaments est la plus évidente;
- l'aggravation d'une condition déjà connue par un médicament;
- la modification des effets des médicaments par une maladie préexistante.

3. *La prise en charge de la polymédication doit tenir compte des modifications physiologiques liées à l'âge.*

Effectivement, les modifications physiologiques ont un impact sur l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'excrétion des médicaments et agissent donc sur la réponse aux médicaments. Ne pas oublier que les apports nutritionnels, le tabagisme et l'alcool sont également des facteurs qui interfèrent avec la médication.

Éléments de réponse plus complets

Cette vignette a pour but de souligner les grands principes à la base du problème de polymédication chez la personne âgée.

Un problème de polymédication n'implique pas nécessairement une mauvaise pratique médicale. Tel qu'illustré, il est fréquent que la personne âgée présente de façon concomitante plusieurs conditions pathologiques sérieuses et chroniques. Face à un problème de polymédication, il est donc important de procéder à une évaluation exhaustive de la situation, d'identifier toutes les conditions présentes qu'elles soient physiques, psychologiques ou sociales et, dans la mesure du possible, de préciser les diagnostics. En particulier, il faut évaluer l'autonomie fonctionnelle de ces patients. Une évaluation complète permet d'établir les priorités de traitement.

La vulnérabilité de la personne âgée est complexe. Les changements normaux liés à l'âge, les maladies et les médications interagissent à différents plans. Les maladies elles-mêmes peuvent entraîner des réactions en cascade et conduire à des détériorations majeures. Suivons schématiquement comment une maladie ostéoarticulaire peut conduire à la démence :

Ostéoarthrose et ostéoporose → raideur → trouble de mobilité → fracture du fémur → immobilisation
→ incontinence → dépression → pseudodémence.

La médication est un facteur majeur qui vient aggraver un équilibre déjà précaire dans le contexte d'une personne âgée souffrant de plusieurs maladies.

Trois types d'interactions sont possibles.

L'interaction entre les médicaments, chapitre très complexe, apparaît la plus évidente. Par exemple, l'interaction entre certains antibiotiques et le Coumadin entraînant une augmentation de l'effet de l'anticoagulant et des risques de saignement accentués.

Cependant, on oublie souvent les interactions possibles entre les médicaments et la maladie. Il en existe de deux types :

- 1) le traitement peut aggraver une condition connue (ex. diurétiques qui provoquent des crises de goutte) ou entraîne la décompensation d'une condition qui était stabilisée (ex. AINS qui provoquent un OAP chez un patient dont l'insuffisance cardiaque est stable) et
- 2) à l'inverse, une maladie peut modifier les effets du traitement (ex. atteinte rénale qui induit des niveaux toxiques des médicaments excrétés par les reins : digitale, lithium, allopurinol, etc.).

Ce dernier exemple illustre également l'interaction possible entre la médication et les changements physiologiques liés à l'âge : le déclin physiologique de la fonction rénale rend toute personne âgée susceptible de se retrouver avec une intoxication de médicaments excrétés par les reins si une surveillance clinique adéquate n'est pas assurée.

Outre les intoxications de médicaments, il arrive fréquemment que la personne âgée soit exposée à des complications parce qu'elle ne reçoit pas les doses thérapeutiques appropriées de médicaments. Il est nécessaire de bien comprendre comment les modifications physiologiques liées à l'âge agissent sur la réponse aux médicaments : l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'excrétion des médicaments sont affectés. Les apports nutritionnels, le tabagisme et l'alcool sont également des facteurs qui interfèrent avec la médication. Enfin, il ne faut pas oublier la sensibilité particulière du cerveau de la personne âgée qui entraîne des réactions paradoxales à la médication (ex. l'agitation que provoquent les benzodiazépines chez la personne âgée).

La toxicité médicamenteuse est la cause de multiples symptômes chez la personne âgée et, en particulier, elle est responsable d'un très grand nombre d'hospitalisation. Le médecin doit porter une attention particulière à l'utilisation de la médication chez la personne âgée. Il doit rationaliser leur utilisation, connaître les différents niveaux d'interaction, **débuter à la plus petite dose efficace** et contrôler le dosage sur une base régulière tant pour s'assurer de niveaux thérapeutiques adéquats que pour éviter les intoxications. Dans bien des cas, il n'est pas possible de réduire la polymédication chez un patient présentant de multiples problèmes de santé.

Deux pièges sont à éviter chez la personne âgée : 1) traiter le plus souvent sur la base des symptômes sans avoir de diagnostics précis et 2) ne pas réviser la médication sur une base régulière sous prétexte que les conditions pathologiques de la personne âgée ne peuvent s'améliorer.

Approche du problème de la polymédication (Cf. Précis de gériatrie, Tableau 62.10, p. 1040)

1. Obtenir une histoire aussi précise que possible de la prise de médicaments;
2. En cas d'effet indésirable possible, supprimer un médicament plutôt que d'en ajouter un autre (éviter les cascades médicamenteuses);
3. Cesser tous les médicaments dont l'utilité est discutable;
4. Fixer des objectifs thérapeutiques réalistes;
5. Utiliser des approches non pharmacologiques, lorsque c'est possible;
6. Éduquer les patients et les soignants.

Références complémentaires

1. Duchesneau A.A. et Dostie C. « Règles d'or pour prescrire des médicaments aux aînés. » in *Le médecin du Québec*, vol. 45, no. 12, 2010, pp. 63-66. <http://lemedecinquebec.org/Media/108410/063-066info-comprim%C3%A9e1210.pdf>
2. « Médicaments et personnes âgées obstacles à une utilisation optimale » Monette J. et Monette M. in *Le médecin du Québec*, vol. 43, no. 12, 2008, pp. 53-58. <http://lemedecinquebec.org/Media/99746/053-058dreMonette1208.pdf>

7. Le syndrome d'immobilisation

Madame H. T., 76 ans, est dirigée à l'hôpital de jour pour une évaluation. Ayant présenté un état grippal, Madame s'est alitée et malgré la disparition de l'état grippal, sans raison évidente, elle est demeurée alitée depuis des mois. La sœur de la patiente, âgée de 82 ans, ne pouvant plus assurer ses soins, a fait appel au CLSC.

L'évaluation n'a pu démontrer la cause de l'alitement. La patiente ne présente aucun signe de dépression ni de démence. Madame fut donc dirigée à l'hôpital de jour pour une évaluation plus complète. L'histoire révéla qu'au début de l'état grippal en se levant, elle avait chuté. Craintive, elle a refusé par la suite de quitter le lit. L'alitement des premières semaines ayant entraîné des problèmes d'hypotension orthostatique, les quelques tentatives subséquentes pour se lever ont provoqué des étourdissements renforçant ainsi ses craintes. Ceci l'avait déterminée à ne plus se lever et la situation durait depuis plus de 6 mois. Sa sœur avait inconsciemment consolidé ce comportement délétère en se pliant à ses demandes sans remise en question, jusqu'au moment où elle s'est trouvée incapable d'assumer cette charge, même avec une aide privée pour les soins d'hygiène. Madame était devenue incontinente et présentait une plaie à chaque fesse. L'infirmière du CLSC suggérait fortement de faire une demande pour une admission en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD).

Question aux étudiants

1. QU'EST-CE QUE CE TABLEAU ÉVOQUE POUR VOUS ?

La perte d'autonomie est une bonne réponse, mais nous recherchons un diagnostic plus précis. Le **syndrome d'immobilisation** consiste en l'alitement qui devient permanent sans raison évidente à la suite d'un problème aigu (qui, quelques fois, peut passer inaperçu). En plus théorique, il s'agit de : « l'ensemble des symptômes physiques, psychiques et métaboliques résultant de la décompensation de l'équilibre précaire du vieillard, par le seul fait de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles ».

2. L'ADMISSION EN CHSLD EST-ELLE PERTINENTE ?

Il s'agit ici de discuter des séquelles multiples possibles (Cf. tableau) qui peuvent effectivement conduire à l'institutionnalisation, ou même entraîner un décès.

Éléments de réponse plus complets

Le syndrome d'immobilisation, également appelé syndrome de glissement (à distinguer du syndrome de glissement ayant une connotation psychiatrique qui désigne un état de régression quasi suicidaire dans certaines dépressions), peut être relié au syndrome de la perte d'autonomie décrit dans la section suivante. Il s'agit, en fait, d'une forme particulière de perte d'autonomie. Il surgit souvent, mais non exclusivement, à l'occasion d'un problème aigu qui entraîne une perte de mobilité conduisant à l'alitement. Malgré le contrôle, voire la disparition du problème aigu, la personne âgée ne semble pas être en mesure de reprendre ses activités. Dès 1973, R. Grumbach le définit comme « l'ensemble des symptômes physiques, psychiques et métaboliques résultant de la décompensation de l'équilibre précaire du vieillard, par le seul fait de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles » (définition citée dans *Précis pratique de gériatrie*, p. 479).

Le syndrome d'immobilisation est une condition sérieuse qui doit être identifiée rapidement. La raison principale a trait aux conséquences liées à cette condition. Le tableau 28.3, ci-dessous, tiré du *Précis de gériatrie* (p. 482), démontre que peu d'organes et de systèmes sont épargnés. Comme il est illustré dans la vignette, les séquelles sont multiples et peuvent conduire à l'institutionnalisation, voire à la mort.

Les causes sont également multiples, quelques fois évidentes, comme les troubles ostéoarticulaires, la paralysie, la dépression, la médication; d'autres moins, comme la faiblesse généralisée. L'importance des conséquences liées à cette condition exige que l'évaluation soit la plus rigoureuse possible.

Tableau 28.3 - Évolution du syndrome d'immobilisation	
<p><u>Cardio-vasculaires</u> Hypotension orthostatique ↑ travail cardiaque ↓ tolérance à l'effort Thrombophlébites</p> <p><u>Respiratoires</u> Atélectasie Pneumonie ↓ volume courant ↓ ventilation : décompensation respiratoire Embolies pulmonaires</p> <p><u>Digestives</u> Anorexie Constipation (fécalome)</p> <p><u>Urinaires</u> Rétention urinaire ↑ Résidu postmictionnel Incontinence Infection Lithiase</p>	<p><u>Locomotrices</u> Ostéoporose Amyotrophie Contractures Troubles neuromoteurs</p> <p><u>Cutanées</u> Lésions de pression</p> <p><u>Métaboliques</u> Catabolisme protéique (balance azotée négative) Catabolisme calcique (balance calcique négative) ↓ métabolisme de base ↓ tolérance au glucose Adipsie Déshydratation</p> <p><u>Psychologiques</u> Instabilité émotionnelle Anxiété Trouble de l'humeur avec dépression, etc.</p>

Références complémentaires

1. Plus globale : *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence.* MSSS, Gouvernement du Québec, 2011, pp. 27-33. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
2. Plus détaillée : *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Syndrome d'immobilisation.* MSSS, Gouvernement du Québec, 2012, 16 pages. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-02W.pdf>

8. La perte d'autonomie

Monsieur I. Z., 92 ans, vit avec sa fille en appartement. Celle-ci travaille le jour. Chaque matin après le déjeuner, Monsieur fait le ménage de sa chambre, sort les déchets, va faire les achats pour la maison. En après-midi, il va au café du coin jouer aux cartes ou se rend à la salle paroissiale donner un coup de main aux bénévoles. Il visite un ami impotent aux 2 à 3 jours. Après une longue marche, il revient à la maison vers 16 heures 30 pour l'arrivée de sa fille. Il se considère en bonne santé et la seule médication qu'il prend est deux pompes aérosols pour un problème pulmonaire.

Dans les mois qui suivent son anniversaire, la fille constate que son père est moins alerte. Il dit se sentir plus fatigué. Il s'embrouille quelques fois dans ce qu'il dit. Il refuse de sortir. Il ne fait plus sa chambre. Il reste en pyjama une grande partie de la journée. Il ne se rase plus. Il tourne les pages du journal, sans vraiment lire et ne fait plus ses mots croisés. Elle insiste souvent pour qu'il finisse ses repas, il dit qu'il n'a pas faim. Il nie tout malaise physique et ne se sent pas déprimé. Il n'a simplement plus envie de rien. Il croit que finalement l'âge l'a rattrapé. Il refuse de voir un médecin disant qu'« il n'y a rien à faire avec un petit vieux comme moi ».

Question aux étudiants

1. QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC DEVANT CE TABLEAU ?

Le patient présente des symptômes non spécifiques touchant les sphères physique, psychique, sociale et fonctionnelle, on peut donc conclure à une perte d'autonomie. Toute maladie peut entraîner une perte d'autonomie chez tout individu. La perte d'autonomie constitue un

« symptôme » au sens où elle est l'indice de problèmes sous-jacents qui peuvent, dans un bon nombre de cas, être réversibles. La perte d'autonomie ne doit donc pas être considérée d'emblée comme le cours inéluctable de la vieillesse.

2. DÉCRIVEZ LA PRISE EN CHARGE DE CE PATIENT.

La prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie nécessite :

- i. de préciser les **niveaux d'autonomie actuelle et antérieure** (non seulement pour connaître l'étendue des déficits, mais aussi pour fixer des objectifs réalistes en fonction de l'état antérieur),
- ii. d'établir la **cause** de la perte d'autonomie,
- iii. d'instaurer un **traitement** qui vise la ou les causes du déséquilibre,
- iv. d'établir un plan de **réadaptation** qui doit viser la récupération maximale de l'autonomie.

Il est important de faire ressortir la nécessité d'un travail **interdisciplinaire**.

Éléments de réponse plus complets

La perte d'autonomie est un « *syndrome clinique qui regroupe un ensemble de symptômes non spécifiques touchant les sphères physique, psychique, sociale et fonctionnelle* ». Toute maladie peut entraîner une perte d'autonomie chez tout individu. Pensons à une grippe qui aurait pour effet de nous clouer au lit, de nous empêcher de vaquer à nos activités, voire de manger dans certains cas. Bien sûr, ce tableau variera d'un individu à l'autre. Chez la personne âgée, la perte d'autonomie constitue un « symptôme » au sens où elle est l'indice de problèmes sous-jacents qui peuvent dans un bon nombre de cas être réversibles : « **La perte d'autonomie constitue un des modes de présentation les plus fréquents des maladies chez la personne âgée.** » (Précis de gériatrie, p. 173). Plusieurs facteurs sont liés à la perte d'autonomie : « *l'âge, le fait de ne pas vivre seul, le nombre de jours vécus à l'écart des activités régulières, les incapacités préalables, l'affect dépressif et surtout la déficience cognitive* » (Précis de gériatrie, p. 173).

La perte d'autonomie peut être aiguë ou subaiguë (Précis de gériatrie, p. 177). La forme aiguë survient lors d'une maladie intercurrente (ex. : infection, fracture) ou lors de la décompensation subite d'une maladie chronique (ex. : aggravation d'une insuffisance cardiaque stable par l'introduction d'un nouveau médicament). La forme subaiguë peut refléter l'aggravation progressive d'une maladie chronique (ex. : maladie de Parkinson) ou être la manifestation d'une maladie non décelée (ex. : hypothyroïdie).

La perte d'autonomie, qui est le symptôme d'un déséquilibre dans la condition globale de la personne âgée, risque de se chroniciser si un diagnostic précis n'est pas posé et que les interventions appropriées ne sont pas instituées dans un délai adéquat. En aucun cas, la perte d'autonomie ne doit être considérée d'emblée comme le cours inéluctable de la vieillesse. Elle peut certes être la résultante de l'accumulation de pertes physiologiques tant au niveau physique, psychique ou fonctionnel, auxquelles s'ajoutent des pertes au niveau social, mais cette conclusion doit s'appuyer sur une évaluation aussi complète que possible. En jargon médical, la perte d'autonomie demeure un diagnostic d'exclusion.

La prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie nécessite :

1. de préciser les niveaux d'autonomie actuelle et antérieure (non seulement pour connaître l'étendue des déficits, mais aussi pour fixer des objectifs réalistes en fonction de l'état antérieur),
2. d'établir la cause de la perte d'autonomie,
3. d'instaurer un traitement qui vise la ou les causes du déséquilibre et
4. d'établir un plan de réadaptation qui doit viser la récupération maximale de l'autonomie.

Une telle démarche exige nécessairement un travail **interdisciplinaire** qui demeure la clé du succès dans la prise en charge de la plupart des conditions discutées dans ce texte.

En discutant avec un des partenaires de cartes de son père, la fille apprend que son père a fait une chute un jour de pluie et elle s'aperçoit que c'est peu après cette chute que son père a changé. Monsieur ne se souvient pas de cette chute. Sur l'insistance de sa fille, il finit par accepter de voir le médecin.

Un hématome sous-dural est découvert. Les interventions (dont chirurgicales) lui permettent de récupérer en grande partie ses capacités, de sorte qu'il a repris toutes ses activités à la maison, mais limite désormais ses sorties extérieures.

Référence complémentaire

1. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Déclin fonctionnel dans les AVQ.* MSSS, Gouvernement du Québec, 2012, 15 pages.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-01W.pdf>

9. La fragilité

Madame J. B. et Madame L. C. toutes deux âgées de 82 ans, sont admises à l'hôpital en raison d'une instabilité hémodynamique secondaire à une pyélonéphrite aiguë. Ces dames vivent à domicile, elles ont un même profil d'autonomie fonctionnelle pour les AVQ et AVD. Toutes deux sont suivies pour les mêmes problèmes : hypertension et dyslipidémie. Une antibiothérapie est administrée : l'état hémodynamique se stabilise rapidement, la fièvre tombe en 24 heures et le syndrome inflammatoire se normalise en quelques jours.

Mme J. B. retourne à domicile après 5 jours et a retrouvé le même état d'indépendance qu'avant son hospitalisation.

*Cependant pour Mme L. C., l'évolution s'avère plus ardue. Elle a un épisode de rétention urinaire avec un état confusionnel au 2^e jour, puis une chute avec fracture ischio-pubienne qui entraîne une grabatisation. Elle est transférée à l'unité de réadaptation, mais ne récupérera que partiellement : à son congé de l'hôpital après 35 jours, elle est devenue partiellement dépendante au niveau des AVD et AVQ et nécessite dorénavant une aide importante pour assurer son maintien à domicile. **

* Cette vignette se base sur le tableau clinique de référence du concept de fragilité tiré de l'article de Vogel.

Question aux étudiants

1. QUEL CONCEPT GÉRIATRIQUE PEUT AIDER À DÉTERMINER LAQUELLE DE CES PATIENTES RETOURNERA À DOMICILE AVEC LE MÊME ÉTAT D'INDÉPENDANCE QU'AVANT L'HOSPITALISATION ?

Depuis longtemps, nous savons qu'un stress apparemment minime (comme une opération mineure, une infection peu sévère, un changement de médication, un changement de lieu de vie, etc.) peut avoir pour conséquence une modification de l'état de santé de la personne âgée (Clegg et al. 2013). Cependant, nous savons également que ce constat ne s'applique pas à toutes les personnes âgées. Qu'est-ce qui distingue deux personnes âgées apparemment semblables pour qu'un épisode d'infection puisse les affecter aussi différemment, précipitant l'une dans un état de dépendance et l'autre, non ?

Le développement du **concept de fragilité** a permis de mieux comprendre l'évolution différenciée de la population hétérogène des personnes âgées lors de la survenue d'un stress. Dans plusieurs pays, en tenant compte de la croissance de la population âgée, ce « syndrome » est reconnu dorénavant comme une **priorité de santé publique**.

2. POUVEZ-VOUS TENTER DE DONNER UNE DÉFINITION OU DE PRÉCISER CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE CE CONCEPT ?

Différentes définitions de la fragilité (*frailty*)

Si les définitions de la fragilité sont multiples, elles sont axées sur la composante physiologique et la capacité d'adaptation au stress.

- La définition la plus consensuelle serait « *un état de vulnérabilité accrue aux facteurs de stress résultant de déficiences dans de multiples systèmes conduisant à des baisses de la réserve homéostatique et de la résilience* ». (Bergman et al. 2007)

- Dit plus simplement : « *une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress* ». (Société française de gériatrie et de gérontologie, 2011)
- L'OMS la décrit comme une « *extrême vulnérabilité à des facteurs de stress endogènes et exogènes qui expose une personne à un risque plus élevé d'incidences négatives sur la santé* ». (OMS, 2014)
- Une définition intègre la perception de la personne elle-même : « *La fragilité semble être la prise de conscience subjective de l'affaiblissement organique (organes sensoriels, système musculosquelettique, système cardiopulmonaire et du système immunitaire) qui entraîne chez la personne âgée la baisse du contrôle sur l'environnement, la perte de la force, de l'énergie, de l'endurance et de la capacité d'autoprotection et l'empêche de fonctionner selon ses plans et désirs* ». (Lebel et al. 1999)

Du point de vue clinique,

- La fragilité de la personne âgée repose sur ses **capacités limitées d'adaptation au stress**.
- La fragilité accompagne la présence de déficiences multisystémiques.
- La fragilité représente un état d'instabilité et réalise un état intermédiaire entre l'état de la personne âgée « robuste » et l'état de la personne âgée « dépendante ».
- La fragilité est associée à un risque accru de conséquences préjudiciables (*adverse outcomes*).
- Le syndrome de fragilité est **potentiellement réversible** et des **interventions appropriées** pourraient permettre d'éviter que la personne âgée évolue vers l'état de dépendance.
- **L'âge en soi n'est pas synonyme de fragilité** (les deux dames de la vignette ont le même âge). Toute personne âgée n'est pas une personne fragile, même à cent ans ! Cependant, il est important de se rappeler que « *a clear-cut distinction between aging and frailty is likely impossible.* » (Bergman et al. 2007, p. 732)
- La fragilité doit aussi être distinguée de l'incapacité.

3. COMMENT CE CONCEPT PEUT-IL AIDER DANS LA PRATIQUE ?

La maîtrise du concept de fragilité est essentielle à la pratique gériatrique en vue du **repérage précoce** des personnes âgées susceptibles de basculer à l'état de dépendance. Cela permet conséquemment de pouvoir agir sur les facteurs de fragilité et ainsi retarder la perte d'autonomie et prévenir la survenue d'événements défavorables.

4. POUVEZ-VOUS SUGGÉRER CERTAINS MOYENS/MESURES D'ÉVALUATION CLINIQUE DE CE CONCEPT ?

Il n'existe pas de marqueur biologique spécifique de la fragilité, c'est-à-dire de mesure simple, fiable et reproductible.

Le concept de fragilité est multidimensionnel. Aux composantes physiques et physiologiques se joignent des composantes cognitives, émotionnelles, sociales, voire spirituelles.

Deux conceptions théoriques de la fragilité qui ont mené à l'opérationnalisation du concept de fragilité ont surtout retenu l'attention : l'approche phénotypique (Fried) et l'approche par accumulation de déficits (Rockwood). En raison de leur influence et prépondérance dans la littérature, il est important de connaître quelques bases de ces deux modèles.

Modèle phénotypique (Fried et al. 2001)

À partir d'une étude américaine, la *Cardiovascular Health Study (CHS)*, menée sur une cohorte de 5 317 sujets de 65 ans et plus, suivis durant 4 à 7 ans, Fried et ses collaborateurs ont élaboré le concept du **cycle de la fragilité** qui mène à une définition opérationnelle.

Des déterminants physiologiques, dont la sarcopénie (perte de la masse musculaire), le dérèglement neuroendocrinien et la dysfonction immunitaire, interagissent dans la genèse de la fragilité. Le cycle permet d'identifier cinq indicateurs phénotypiques de la fragilité qui définissent la population fragile. La Société américaine de gériatrie a adopté cette définition.

Indicateurs	Mesures cliniques
Amaigrissement	Perte de poids non volontaire de 4 à 5 kg en un an
Lenteur de la vitesse de marche	Plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres
Faiblesse musculaire	Force de préhension (<i>grip strenght</i>) : baisse de 20 % (ajustée au sexe et à l'IMC)
Sensation de fatigue subjective	Sensation d'épuisement 3 à 4 jours/semaine (auto-rapportée)
Activité physique réduite	Baisse de 20 % dans les dépenses énergétiques/semaine (auto-rapportée) : Hommes < 383 Kcal ; Femmes < 270 Kcal

Ces cinq critères permettraient en fait de distinguer trois états cliniques :

- le patient robuste : aucun critère;
- le patient pré-fragile : 1 à 2 critères;
- le patient fragile : 3 critères ou plus.

Bien qu'utile, ce modèle a soulevé plusieurs critiques dont l'absence de marqueur biologique, l'absence de prise en compte de déterminants importants, comme la cognition, l'humeur et les aspects socioéconomiques également associés à la fragilité, et le fait que les symptômes et signes soient pour certains difficiles à mesurer.

Modèle du déficit cumulé (Rockwood et al. 2005)

Le deuxième modèle, celui du déficit cumulé (*cumulative deficit model*), repose sur la notion qu'avec l'âge, les problèmes de santé s'accumulent. Il est issu d'une étude canadienne, la *Canadian Study of Health and Aging (CSHA)*, menée sur une cohorte prospective de 2 305 participants suivis sur cinq ans. Une échelle de fragilité, la **CSHA Frailty scale** (Rockwood, p. 490), développée à partir de cette étude comporte sept classes : de l'individu très en forme (*very fit*) à celui qui est sévèrement fragile (*severely frail*).

L'individu est situé sur cette échelle en fonction de son index de fragilité. Le **CSHA Frailty Index** est basé sur 70 items (c'est-à-dire 70 « déficits », qui sont soit des symptômes, des signes, des maladies déclarées ou des incapacités) à partir de l'anamnèse et de l'examen clinique. Plus l'index de fragilité est élevé, plus l'individu est fragile.

Tout comme le modèle de Fried, le modèle de Rockwood présente des limites. En particulier, dans ce dernier modèle, la distinction entre fragilité, comorbidités et incapacités est problématique. Certains items de la liste de l'index reposent sur la subjectivité du clinicien ; par exemple, le faible tonus musculaire des membres. Enfin, le temps de réalisation pour établir l'index de fragilité, qui est basé sur une évaluation globale, est long.

Ces deux modèles opérationnels ne mesurent pas les mêmes choses. Ils permettent cependant tous les deux de prédire différemment des événements indésirables comme les chutes, la perte d'autonomie, la perte de mobilité, les hospitalisations et le décès.

Autres mesures cliniques de la fragilité

De nombreux outils sont utilisés dans les milieux de soins aigus pour évaluer la fragilité. (cf. dans Hogan et al. 2017, p. 24, un tableau comparatif des mesures de fragilité). Certains milieux se basent sur le seul jugement clinique du médecin (cette mesure s'est avérée peu fiable) ; d'autres utilisent une mesure unique comme la force de préhension ou d'autres encore font appel à des mesures plus complexes comme l'index de fragilité. Il n'existe pas de mesure privilégiée permettant d'évaluer la fragilité. (Hogan et al. 2003, p.19 et 2017, p. 24).

Pratique dans nos milieux cliniques

Certaines mesures sont utilisées dans nos milieux cliniques pour évaluer la fragilité, entre autres, la vitesse de marche et le test *Timed Up and Go* (TUGT).

Par ailleurs, l'outil de repérage de la fragilité le plus utilisé est le **questionnaire PRISMA-7** qui permet d'identifier les personnes à risque de perte d'autonomie. Cet outil peut être utilisé dans tous les milieux de soins et ne requiert pas de formation spéciale. Il comporte sept questions :

1. Avez-vous 85 ans et plus ?
2. Êtes-vous de sexe masculin ?
3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?
4. Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?
5. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?
6. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?
7. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?

5. COMPTE TENU DE CETTE DISCUSSION, QUE CONCLUEZ-VOUS DE CE CONCEPT ?

Malgré leurs conclusions sur l'absence de définition commune et d'outils consensuels, toutes les revues de littérature sur le syndrome de la fragilité soulignent la nécessité de poursuivre les recherches confirmant son utilité clinique, en particulier en vue de développer des interventions efficaces pour prévenir, ralentir ou inverser la fragilité.

Entre autres,

- orientation vers des spécialistes;
- conseils et suivi nutritionnel;
- aménagement du domicile;
- des conseils d'activité physique;
- organisation d'un soutien humain et d'activités sociales stimulantes afin de rompre l'isolement et la sédentarité;
- etc.

Les personnes âgées fragiles sont un sous-groupe de la population des personnes âgées pouvant hautement bénéficier d'interventions ciblées en fonction des faiblesses repérées en vue de prévenir l'état de dépendance. Il s'agit donc non seulement de repérer, mais surtout d'intervenir judicieusement. La planification des interventions pertinentes exige donc une évaluation gériatrique complète pour préciser l'état de santé globale de la personne et l'orienter judicieusement dans le choix des filières de soins. Le concept de fragilité constitue ainsi un outil précieux lors de la discussion des niveaux de soins et des traitements appropriés.

À RETENIR

- L'âge en soi n'est pas synonyme de fragilité.
- Un syndrome de fragilité non pris en charge peut conduire à l'état de dépendance pour la personne âgée.
- Le syndrome de fragilité est potentiellement réversible et des interventions appropriées sont essentielles pour éviter l'évolution vers l'état de dépendance.
- Le concept de fragilité comporte une dimension subjective qui doit être considérée par les intervenants comme indicateur de la fragilité.

Références complémentaires

1. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, et al. « Frailty : an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies ». *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007; 62 (7) :731–37.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645660/>
2. Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001 ; 56 : M146-M156. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/fenotipo_frailty.pdf
3. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H. Models, definitions and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res*. 2003 ;15 (Suppl 3) :3–29.

4. Hogan DB & al. A Scoping Review of Frailty and Acute Care in Middle-Aged and Older Individuals with Recommendations for Future Research. *Canadian Geriatrics Journal*, Vol. 20, No. 1, Mars 2017, p. 22-37.
5. Lebel P et al. « Un modèle dynamique de la fragilité ». *L'année gériatologique*. 1999 : 84-94.
6. OMS. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, 2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
7. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005; 173 : 489-495.
8. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty Defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clinics In Geriatric Medicine*. 2011 Feb;27(1):17-26
9. Rolland Y et al. « La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gériatologie ». *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011; 9 (4) :387-90
<http://www.jle.com/download/gpn-290654-la-fragilite-de-la-personne-agee-un-consensus-bref-de-la-societe-francaise-de-geriatrie-et-gerontologie-univ-montreal-WOXONn8AAQEAAAurQmsAAAAA-u.pdf>
10. Vogel et al. La fragilité : un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* (2013) 14, 43-49.
11. Pour une lecture qui englobe l'ensemble des éléments du concept de fragilité, je suggère : Clegg A et al. « Frailty in Older People ». *Lancet*. 2013 Mar 2; 381 (9868) :752-62.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4098658/pdf/emss-59306.pdf>

Dernière question aux étudiants

APRES LA LECTURE DES DIFFÉRENTS CAS ET LES DISCUSSIONS, POUVEZ-VOUS IDENTIFIER DES RÈGLES DE LA PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES GÉRIATRIQUES ?

Règles de la prise en charge des syndromes gériatriques

1. Déceler rapidement.
2. Identifier les facteurs étiologiques et corriger ceux qui sont modifiables.
3. Débuter par une prise en charge non médicamenteuse.
4. Traiter, si pertinent, avec des médicaments à visée symptomatique ou à visée préventive.

16-11-2022

SEMAINE

11

PAS D'ACTIVITÉ EN CH

Examen final MMD1229 le 18 novembre

RENCONTRE AVEC UN PATIENT ÂGÉ

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitifs :

- L'étudiant connaît les particularités de la rencontre avec une personne âgée.
- L'étudiant connaît les éléments des grands syndromes gériatriques.
- L'étudiant connaît les moyens de protection individuelle.

Aptitudes :

- L'étudiant sait utiliser adéquatement les équipements de protection individuelle (EPI).
- L'étudiant applique les techniques de communication pour explorer les problèmes cliniques tout en structurant la rencontre.
- L'étudiant aborde de façon adéquate une personne âgée ayant éventuellement un ou des déficits.
- L'étudiant identifie les éléments de certains syndromes gériatriques lors de sa rencontre avec un patient âgé.
- L'étudiant effectue les examens physiques appropriés.

Attitudes :

- L'étudiant est respectueux des limitations que peuvent avoir certaines personnes âgées.
- L'étudiant se sensibilise aux difficultés relationnelles en pratique gériatrique.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

Rencontre avec un patient (2 étudiants avec un patient)

Rédaction d'une histoire de cas

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Bates'** Guide to physical examination and history taking (ou version française) : Approche des symptômes chez la personne âgée; le sujet âgé – The older adult
- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI)** dans « Présentation générale » de l'ENA
- **Richard C., Lussier M.-T.** : La communication professionnelle en santé, ERPI 2016 : pp. 388 à 401
- **Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive** (p. 18-19 cahier du moniteur; aussi sur ENA)
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »; il faut se créer un compte EDUlib)
 - Module 1 : La vraie vie (médecin)
 - Identifier les indices dès les premiers instants
 - Déterminer les objectifs de la rencontre
 - Catégoriser décider de l'action

8h30 à 9h00 RÉTROACTION SUR LES HISTOIRES DE CAS

Le moniteur donne une rétroaction sur les histoires de cas de la semaine précédente qu'il a annotées clairement. Il dirige les étudiants sur la façon de bien les rédiger : description précise, organisation des éléments rédigés (au bon endroit ou pas, en insistant sur les **symptômes** – dans la maladie actuelle et la revue des systèmes – et les **signes** – dans l'examen physique). Il souligne la nécessité qu'un lecteur n'ayant pas rencontré le patient puisse très bien comprendre les problèmes du patient (raisonnement clinique sous-jacent clairement perceptible).

Le moniteur donne ses commentaires sur les histoires de cas de façon à rendre les étudiants de plus en plus capables de bien rendre compte de leurs observations de **façon structurée et complète**.

9h00 à 10h00 OBSERVATION DIRECTE DE LA RENCONTRE AVEC UN PATIENT

OBJECTIFS

- S'identifier en donnant son prénom, son nom et en identifiant son rôle, puis préciser le contenu et la durée de la rencontre – **consentement à la rencontre dans un but de formation** (cf. semaine I)
- Préciser d'emblée au patient les **objectifs de la rencontre** : connaître les raisons qui l'ont amené à consulter (raison de consultation/hospitalisation) et connaître les symptômes premiers de sa maladie.
- **Contenu** de l'entrevue : maladie actuelle (attributs de chaque symptôme), tous les symptômes du système impliqué, antécédents, habitudes de vie.
- **Préciser l'examen physique** qui sera effectué.
- Utiliser les techniques de communication : facilitation, validation de l'information obtenue avec le patient (résumés internes) et énoncés d'entretien et de clarification, interruptions et redirections, si nécessaire.

Deux par deux, le moniteur supervisant un groupe, les étudiants rencontrent un patient âgé **en portant leur EPI** et recueillent les données de l'histoire (N.B. : insister sur la **maladie actuelle**).

Deux étudiants rencontrent un patient hospitalisé et deux autres un patient externe.

Le moniteur rappelle aux étudiants l'importance du contexte (chambre ou autre lieu) et des **INDICES INITIAUX**.

Il aide les étudiants et le patient à s'installer confortablement (chambre ou local du monitorat).

Il utilise la fiche d'Observation directe et de rétroaction descriptive (p. 18-19).

Les étudiants recueillent les **données de l'histoire** en utilisant **les techniques de communication** apprises (clarification, énoncés d'entretien, résumés, etc.) :

- Identification; Raison de consultation
- Maladie actuelle (attributs de chaque symptôme, perspective du patient et réseau social)
- AVQ et AVD (ou AIVQ); Antécédents personnels et familiaux; Allergies
- Médication; Habitudes de vie : alimentation, alcool, tabac, activité physique

L'examen comportera : apparence générale, SV, **mini-mental de Folstein (surtout)** et, selon la disponibilité du patient : peau et phanères, yeux, ORL, thorax, abdomen, pouls périphériques, membres et ROT.

N.B. : Le moniteur souligne aux étudiants qu'ils devraient être capables d'effectuer cette anamnèse et cet examen en 60 minutes s'ils voient à bien structurer leur entrevue. Ils doivent apprendre à écouter le discours spontané du patient, mais aussi à le recentrer poliment (cf. Évaluation d'une entrevue, partie C).

10h00 à 10h30 RÉTROACTION DESCRIPTIVE AUX ÉTUDIANTS OBSERVÉS

Le moniteur donne une rétroaction descriptive aux étudiants observés :

- Habiletés communicationnelles et la qualité de la relation professionnelle mise en place
- Recueil des données à l'histoire; Habiletés lors de l'examen physique; Comportement professionnel

SCÉNARIO DU 23-11-2022 (suite)

10h30 à 11h30 **RETOUR EN GROUPE – SUPERVISION INDIRECTE** **DISCUSSION CLINIQUE** **RÉDACTION DE L'HISTOIRE DE CAS**

Retour avec le moniteur sur l'histoire du patient du groupe d'étudiants non observés; partage des deux groupes d'étudiants. Ils discutent à propos de la relation professionnelle qui s'est établie selon eux. Il revient sur les grands syndromes gériatriques discutés récemment et revoient avec eux à propos du patient rencontré comment ils ont reconnu un ou plusieurs de ces syndromes chez leur patient.

Amorce de raisonnement clinique (15 minutes)

Le moniteur aide les étudiants à effectuer un rapport verbal **pertinent, succinct et structuré**.

Il les fait décrire le contexte de la rencontre et ses impacts, s'il y a lieu.

Il cherche aussi à les faire produire quelques hypothèses diagnostiques :

Quel système est atteint ? Quel organe ? Par quel processus physiopathologiques ?

Rédaction d'une histoire de cas

Chaque étudiant rédige individuellement une histoire de cas manuscrite; l'histoire de cas illustrée dans le Bates' et sa traduction (ENA) serviront de guide.

ATTENTION : Les histoires de cas doivent *obligatoirement* être manuscrites (i.e. préparation à l'externat) et remises à l'adjointe du CH avant 16h (copie papier ou version numérisée de l'histoire de cas manuscrite).

N.B. REMETTRE AUX MONITEURS LES GRILLES POUR L'ÉVALUATION FINALE QUI SERONT À COMPLÉTER LA SEMAINE PROCHAINE

RENCONTRE AVEC UN PATIENT HOSPITALISÉ RÉVISION DU RECUEIL DES DONNÉES ÉVALUATION DE FIN DE SESSION PAR LE MONITEUR

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cognitifs :

- L'étudiant connaît les particularités de la rencontre avec une personne âgée.
- L'étudiant connaît les éléments des grands syndromes gériatriques.
- L'étudiant connaît les moyens de protection individuelle.

Aptitudes :

- L'étudiant sait utiliser adéquatement les équipements de protection individuelle (EPI).
- L'étudiant applique les techniques de communication pour explorer les problèmes cliniques tout en structurant la rencontre.

Attitudes :

- L'étudiant est respectueux des limitations que peuvent avoir certaines personnes âgées.
- L'étudiant se sensibilise aux difficultés relationnelles en pratique gériatrique.

MOYENS D'APPRENTISSAGE

Rencontre avec un patient (**rôle modèle**)

Anamnèse et examen supervisés entre étudiants

Révision de l'examen physique complet sommaire

PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Bates' et Boucher A. et alii** (Cahier des habiletés cliniques) : tous les examens appris durant cette session
- **Richard C., Lussier M.-T.** : La communication professionnelle en santé, ERPI 2016 : Chap. 7, 8, 9, 10, 17 (révision)
- **Caire Fon, N. et al, (2015)**, PRC – Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA (à la fin de section « Ressources »; il faut se créer un compte EDUlib)
 - Module 1 : La vraie vie (médecin)
 - Identifier les indices dès les premiers instants
 - Déterminer les objectifs de la rencontre
 - Catégoriser pour décider de l'action

8h30 à 9h00 RÉTROACTION SUR LES HISTOIRES DE CAS

Le moniteur donne une rétroaction sur les histoires de cas de la semaine précédente qu'il a annotées clairement. Il dirige les étudiants sur la façon de bien les rédiger : description précise, organisation des éléments rédigés (au bon endroit ou pas, en insistant sur les **symptômes** – dans la maladie actuelle et la revue des systèmes – et les **signes** – dans l'examen physique).

Il souligne la nécessité qu'un lecteur n'ayant pas rencontré le patient puisse très bien comprendre les problèmes du patient (raisonnement clinique sous-jacent clairement perceptible).

Le moniteur donne ses commentaires sur les histoires de cas de façon à rendre les étudiants de plus en plus capables de bien rendre compte de leurs observations de **façon structurée et complète**.

9h00 à 10h00 RENCONTRE AVEC UN PATIENT HOSPITALISÉ – RÔLE MODÈLE

- Le moniteur **prépare la rencontre en s'assurant que tous portent un EPI** :
 - Il voit au confort du patient, des étudiants et de lui-même.
- Démonstration de **l'anamnèse** par le moniteur :
 - Il se présente et présente les étudiants (avec leur nom au complet).
 - Il identifie le patient.
 - Il précise la raison de consultation initiale et la raison d'admission.
 - Il explore la maladie actuelle.
 - Il explore les antécédents pertinents.
- **Examen physique** (le moniteur aura demandé, au préalable, aux étudiants d'observer dès le début de la rencontre : 1) le contexte de la rencontre (observation de l'environnement) et 2) l'apparence générale du patient (**INDICES INITIAUX**) pour une discussion après la rencontre.

Au retour dans le local du monitorat, chaque étudiant rédige un bref compte-rendu en 5 minutes sur,
son **observation du contexte de la rencontre,**
son **observation du processus de la communication,**
la **raison de la consultation (DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE),**
la **maladie actuelle recueillie et**
ce qu'il a noté à **l'apparence générale (INDICES INITIAUX) de ce patient.**

Par la suite, le moniteur leur donne son propre compte-rendu et ses observations.

10h00 à 11h00 RÉVISION DU RECUEIL DES DONNÉES – ANAMNÈSE + EXAMEN PHYSIQUE

Selon les priorités ciblées par le moniteur et ses étudiants, ceux-ci révisent les différentes notions apprises en cours de session. Au besoin, une pratique de stations ECOS pourrait être effectuée de nouveau avec le matériel déjà utilisé.

Processus et contenu interreliés AU COURS DE TOUTE RENCONTRE PATIENT-MÉDECIN

- S'identifier complètement, préciser le contenu et la durée de la rencontre
- Préciser d'emblée au patient les objectifs de la rencontre : connaître les raisons qui l'ont amené à consulter et connaître les symptômes premiers de sa maladie.
- **Contenu** de l'entrevue : **maladie actuelle (ATTRIBUTS DE CHAQUE SYMPTÔME)**, tous les symptômes du système impliqué, antécédents, habitudes de vie.
- Annoncer l'examen physique prévu et effectuer correctement tous les gestes.
- Utiliser les techniques de **communication** : facilitation, validation de l'information obtenue avec le patient (résumés internes) et énoncés d'entretien et de clarification, interruptions et redirections.

Les étudiants reprennent les jeux de rôle de la session, au choix, et les jouent entre eux (anamnèse et examen physique) sous la supervision du moniteur (sémiologie, communication et raisonnement clinique).

Ils pratiquent aussi entre eux les examens physiques appris en cours de session.

SCÉNARIO DU 30-11-2022 (suite)

11h00 à 11h30 ÉVALUATION DE FIN DE SESSION

Le moniteur rencontre individuellement chaque étudiant pour lui donner une évaluation à propos de la session.

Il révise avec chacun ce qui a été acquis et ce qui sera à parfaire au cours des sessions ultérieures au niveau des cinq compétences : expertise, communication, professionnalisme, collaboration, érudition.

Chaque étudiant aura rempli au préalable la première page de son *Plan de développement des compétences cliniques* qu'il montrera au moniteur; puis il complètera la deuxième page après la rétroaction.

AUX MONITEURS :

Ne pas oublier de remplir et de remettre l'évaluation de chaque étudiant à votre secrétaire hospitalière.