

# **FACULTÉ DE MÉDECINE**

## **Université de Montréal**

### **CAHIER DU MONITEUR**

**1<sup>ère</sup> année**

**MMD 1239**

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

**Hiver 2023**

**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.  
Karine Bouillon M.D.  
Maude Caron M.D.  
Nacéra Chabane M.D.  
Michel Chauvette M.D.  
Lucie Duclos M.D.  
Émilie Dufour M.D.  
Karol-Anne Dupont M.D.  
Hamidou Hadji M.D.  
Sandra Jeannot M.D.  
Alain Kaban M.D.  
François Mercier M.D.**

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

# TABLE DES MATIÈRES

## MMD 1239 – HIVER 2023

INTRODUCTION			2
<b>PLAN DE COURS</b>			<b>4</b>
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
<b>SEMAINE</b>	<b>DATE</b>	<b>SUJET</b>	
1	2023-01-11	Accueil - Sémiologie du système sanguin	58
2	2023-01-18	Le patient avec une maladie hématologique	62
3	2023-01-25	Le patient avec une maladie hématologique - Refus de soin	66
4	2023-02-01	<b>PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH – Examen final MMD1231</b>	<b>83</b>
5	2023-02-08	L'examen neurologique -Fonctions mentales supérieures, nerfs crâniens	84
6	2023-02-15	Le patient avec une maladie neurologique - Fonction motrice, ROT, cutané plantaire	89
7	2023-02-22	L'arrêt de traitement - Rétroaction formative de chaque étudiant	91
8	2023-03-01	<b>PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH – Relâche scolaire</b>	<b>100</b>
9	2023-03-08	Le patient avec une maladie neurologique - Fonction sensitive et cérébelleuse	101
10	2023-03-15	<b>PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH</b>	<b>103</b>
11	2023-03-22	<b>PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH – Examen final MMD1232</b>	<b>104</b>
12	2023-03-29	Évaluation formative en neurologie	105
13	2023-04-05	L'évaluation psychiatrique de dépistage	107
14	2023-04-12	L'évaluation psychiatrique de dépistage	123
15	2023-04-19	<b>PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH</b>	<b>136</b>
16	2023-04-26	<b>PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH – Examen final MMD1233</b>	<b>137</b>
17	2023-05-03	Le patient avec une maladie du système locomoteur	138
18	2023-05-10	Le patient avec une maladie du système locomoteur	145
19	2023-05-17	<b>PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH</b>	<b>149</b>
20	2023-05-24	Jeu de rôle/Raisonnement clinique - Pratique examen physique (locomoteur et autres systèmes) - Évaluation finale par le moniteur	150
31 mai		<b>ECOS AM + PM UdeM, CHUM (?) et Mauricie</b>	<b>153</b>

## 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 Rouguiatou Barry 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

<b>Titre</b>	<b>Introduction à la médecine clinique (IMC)</b>
<b>Sigle</b>	MMD-1239
<b>Environnement numérique</b>	<a href="https://www.medcours.umontreal.ca/">https://www.medcours.umontreal.ca/</a>
<b>Faculté/École/Département</b>	Faculté de médecine de l'Université de Montréal
<b>Trimestre</b>	Hiver 2023
<b>Année</b>	2022-2023
<b>Mode de formation</b>	Rencontres de patients en centre hospitalier, séances en centre de simulation et cours magistraux <ul style="list-style-type: none"><li>• 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).</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>

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 20 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. Pour l'ensemble du cours MMD1238, il y a 39 heures en centre hospitalier, 6 heures en centre de simulation et 24 heures de cours magistraux/ateliers.

**Crédits** 5 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](mailto:preclinique1@med.umontreal.ca)  
[preclinique-mauricie@meddir.umontreal.ca](mailto:preclinique-mauricie@meddir.umontreal.ca)

## Description du cours

### Description simple

Ce cours clinique vise l'acquisition des aspects de la rencontre clinique : habiletés communicationnelles, histoire de cas (anamnèse et examen physique 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 2<sup>e</sup> trimestre de la première année du programme d'études médicales de premier cycle.

### Description détaillée

MMD1239 est le 2<sup>e</sup> 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).

# PLAN DE COURS (suite)

## ÉVALUATIONS

### COMPÉTENCE EXPERTISE

---

Pré-tests, post-tests et présence au CAAHC	15 points
QUIZ portant sur les cours magistraux	15 points Note de passage de 80 % Maximum de 5 essais Réussite obligatoire pour chaque quiz Quiz no 1 : 7 au 14 mars 2023 (CM2 à CM6) Quiz no 2 : 5 au 12 mai 2023 (CM7 à CM12)
Examen clinique objectif structuré (ECOS)	30 points

### 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'hiver 2023.



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](http://www.md.umontreal.ca).

Toute absence devra être motivée et signalée à votre TGDE, [preclinique1@med.umontreal.ca](mailto:preclinique1@med.umontreal.ca) [preclinique-mauricie@meddir.umontreal.ca](mailto: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<sup>e</sup> édition ou sa traduction française (7<sup>e</sup> édition)
- Boucher A., et al. **Cahier des habiletés cliniques (cahier jaune)** édition 2022-2023
- **ALDO 2020** 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\\_integration\\_etudiants\\_situation\\_handicap.pdf](https://secretariatgeneral.umontreal.ca/public/secretariatgeneral/documents/doc_officiels/reglements/administration/adm10_25-politique-cadre_integration_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 2022-12-15

## 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](http://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 16 et 17 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 1239  
SESSION HIVER 2023  
RÉPARTITION DES POINTS**

Évaluation par le moniteur	40 pts
CAAHC (pré-, post-tests, présences)	15 pts
Quiz	15 pts
EXAMEN ECOS	30 pts

**ENA-MODULE D'AUTO-APPRENTISSAGE : ALLERGIES                      OBLIGATOIRE**

**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

<b>SEMAINE 1</b> 11 janv.	Rencontre avec le responsable hospitalier	Petit groupe	Examen aires ganglionnaires, abdomen	Patient hospitalisé- rôle modèle
<b>SEMAINE 2</b> 18 janv.	Jeux de rôle - hémato	Examen physique	<b>Observation directe no 1</b>	Rétroaction
<b>SEMAINE 3</b> 25 janv.	Retour Histoire de cas no 1	Refus de soin	<b>Observation directe no 2</b>	Rétroaction
<b>SEMAINE 4</b> 1er fév.	<b>PAS D'ACTIVITÉ EN CH – CONGÉ POUR LES MONITEURS</b> EXAMEN FINAL MMD1231 (3 FÉVRIER)			
<b>SEMAINE 5</b> 8 fév.	Retour Histoire de cas no 2	Jeu de rôle Neurologie	Pratique de l'examen neurologique : FMS, nerfs crâniens	
<b>SEMAINE 6</b> 15 fév.	Pratique de l'examen neurologique : Fonction motrice, ROT, cutané plantaire		<b>Observation directe no 3</b>	Rétroaction
<b>SEMAINE 7</b> 22 fév.	Retour Histoire de cas no 3	Jeu de rôle	Arrêt de traitement	Évaluation mi-session (formatif)
<b>SEMAINE 8</b> 1er mars	<b>RELÂCHE SCOLAIRE</b>			
<b>SEMAINE 9</b> 8 mars	Pratique de l'examen neurologique : Sensitif, cérébelleux		<b>Observation directe no 4</b>	Rétroaction
<b>SEMAINE 10</b> 15 mars	<b>PAS D'ACTIVITÉ EN CH – CONGÉ POUR LES MONITEURS</b>			
<b>SEMAINE 11</b> 22 mars	<b>PAS D'ACTIVITÉ EN CH – CONGÉ POUR LES MONITEURS</b> EXAMEN FINAL MMD1232 (24 MARS)			
<b>SEMAINE 12</b> 29 mars	Retour Histoire de cas no 4		Examen neurologique : Évaluation formative	
<b>SEMAINE 13</b> 5 avril	Évaluation psychiatrique	Dépistage psychiatrique de base	Jeux de rôle	
<b>SEMAINE 14</b> 12 avril	Évaluation psychiatrique de dépistage		<b>Observation directe no 5</b>	Rétroaction
<b>SEMAINE 15</b> 19 avril	<b>PAS D'ACTIVITÉ EN CH – CONGÉ POUR LES MONITEURS</b>			
<b>SEMAINE 16</b> 26 avril	<b>PAS D'ACTIVITÉ EN CH – CONGÉ POUR LES MONITEURS</b> EXAMEN FINAL MMD1233 (28 AVRIL)			
<b>SEMAINE 17</b> 3 mai	Retour Histoire de cas no 5	Anamnèse Examen locomoteur	Colonne cervicale et membre supérieur	Colonne lombaire et membre inférieur
<b>SEMAINE 18</b> 10 mai	Jeu de rôle	<b>Observation directe no 6</b>		Rétroaction
<b>SEMAINE 19</b> 17 mai	<b>PAS D'ACTIVITÉ EN CH – CONGÉ POUR LES MONITEURS</b> (ECOS IDC)			
<b>SEMAINE 20</b> 24 mai	Retour Histoire de cas no 6	Jeu de rôle	Pratique examen physique (Locomoteur et autres systèmes)	Évaluation finale
<b>31 mai</b>	<b>ECOS UdeM, CHUM (?) et Mauricie en AM et PM</b>			
<b>6 juin</b>	EXAMEN FINAL MMD1234			

**PLAN DE COURS  
IMC – MMD 1239  
SESSION HIVER 2023**

**HORAIRE DU CAAHC**

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

	<b>IMC 2 – MMD 1239</b>	<b>Dates des formations</b>
<b>1</b>	Fond d'œil Santé des Premières Nations et Inuit du Québec ORL	Entre le 10 janvier et le 14 mars, tous les étudiants suivront la formation.
<b>2</b>	Neurologie Introduction à l'échographie abdominale	Entre le 28 mars et le 5 mai, 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 <sup>ère</sup> SESSION	IMC 2 <sup>e</sup> SESSION
<b>IDENTIFICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sexe, âge, état civil, profession</li> <li>Si pertinent : région rurale ou urbaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sexe, âge, état civil, profession</li> <li>Si pertinent : région rurale ou urbaine</li> </ul>
<b>RAISON DE LA CONSULTATION (RC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propos du patient en termes exacts</li> <li>Ne pas poser de diagnostics précoces et ne pas interpréter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre à la fois les propos du patient et la traduction sémantique en termes médicaux</li> </ul>
<b>ATCD PERSONNELS ET FAMILIAUX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doivent être questionnés <b>APRÈS</b> la maladie actuelle (HMA), mais écrits <b>AVANT</b> HMA (cf. exemples de rédaction)</li> <li>Ne pas s'attendre à ce qu'ils soient ciblés selon les facteurs de risque et les pathologies soupçonnées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doivent être questionnés <b>APRÈS</b> la maladie actuelle (HMA), mais écrits <b>AVANT</b> HMA (cf. exemples de rédaction)</li> <li>Faire l'exercice de cibler les questions selon les facteurs de risque et les hypothèses précoces <b>(NOTE AUX MONITEURS : CEPENDANT, NE PAS PÉNALISER)</b></li> </ul>
<b>MÉDICAMENTS (Rx)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtenir la liste <b>SANS</b> la posologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtenir la liste <b>AVEC</b> la posologie, si possible</li> </ul>
<b>ALLERGIES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Simplement savoir si le patient en souffre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Commencer à s'informer sur le type de réaction</li> </ul>
<b>HABITUDES DE VIE</b>	<p>Tabagisme Alcool Café Drogues</p> <p style="font-size: 2em;">}</p> <p>SIMPLEMENT S'INFORMER DE LA PRÉSENCE OU DE L'ABSENCE</p>	<p>Tabagisme Alcool Café Drogues</p> <p style="font-size: 2em;">}</p> <p>OBTENIR LA QUANTITÉ ET LE MOMENT DE LA CONSOMMATION</p>
<b>PRÉVENTION (SI PERTINENT)</b>	<p>Vaccination Alimentation Exercice Environnement</p> <p style="font-size: 2em;">}</p> <p>SIMPLEMENT S'EN INFORMER</p>	<p>Vaccination Alimentation Exercice Environnement</p>
<b>HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE (HMA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Phrase complètes, mais courtes</li> <li>Écrire systématiquement les <b>attributs de TOUS les symptômes</b></li> <li>Symptômes accompagnateurs selon les systèmes retenus par les hypothèses précoces</li> <li><b>(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)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Phrases complètes, mais courtes</li> <li>Les 7 attributs du/des symptômes</li> <li>Orienter les questions <b>(SANS PÉNALITÉ DE CORRECTION)</b> selon les hypothèses précoces</li> <li>Symptômes accompagnateurs selon les systèmes retenus par les hypothèses précoces</li> <li><b>(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)</b></li> </ul>
<b>REVUE DES SYSTÈMES (RDS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revue des systèmes non ciblée, si le temps le permet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compléter par la suite avec RDS non ciblée, si le temps le permet</li> </ul>
<b>EXAMEN PHYSIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer un système à la fois puis en l'intégrant de semaine en semaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre l'intégration des systèmes et commencer à cibler les examens en fonction des hypothèses précoces</li> </ul>
<b>RÉSUMÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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></li> </ul>
<b>JUSTESSE DU DX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'obligation, mais encouragé à en discuter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer dès maintenant une liste de problèmes en proposant une étiologie pour chacun <b>(NOTE AUX MONITEURS : NE PAS PÉNALISER SI HYPOTHÈSES NON EXACTES, MAIS LA LISTE DE PROBLÈMES DOIT ÊTRE COMPLÈTE)</b></li> </ul>
<b>INVESTIGATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas obligatoire, mais encouragé à en discuter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas obligatoire, mais encouragé à en discuter</li> </ul>
<b>PLAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas obligatoire, mais encouragé à en discuter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas obligatoire, mais encouragé à en discuter</li> </ul>

# CRITÈRES DES HISTOIRES DE CAS SELON LE NIVEAU DE FORMATION

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

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

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

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

<b>ÉTABLIR LE PREMIER CONTACT</b>	<b>Processus ET Contenu</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'étudiant se présente, salue le patient et l'identifie.</li> <li>• Clarifie son rôle et précise ce qu'il s'apprête à effectuer (anamnèse et /ou examen physique).</li> <li>• S'assure du confort du patient et du sien.</li> </ul>	
<b>EXPLORER LA RAISON DE CONSULTATION</b>	<b>Processus ET Contenu</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Identifie la raison de consultation en laissant le patient l'exposer spontanément.</b> (celle qui a motivé la <u>première</u> consultation pour ce problème et /ou celle qui a conduit à l'hospitalisation)</li> <li>• Résume la raison de consultation et la valide.</li> </ul>	
<b>EXPLORER LES PROBLÈMES ET L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT</b>	<b>Processus ET Contenu</b>
<p>Écoute attentivement le récit spontané (fil narratif) du patient <b>sans l'interrompre durant la première minute</b></p> <p>Précise <b>TOUS les symptômes</b> avec des questions d'abord ouvertes, puis fermées : facilitation, clarification, résumés, énoncés d'entretien</p> <p style="text-align: center;"><b>MALADIE ACTUELLE</b></p> <p><b>ATTRIBUTS DES SYMPTÔMES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Caractéristiques (description du problème et intensité)</li> <li>➤ Historique et évolution</li> <li>➤ Circonstances d'apparition</li> <li>➤ Facteurs déclenchants, aggravants, soulageants</li> <li>➤ Si douleur (localisation, irradiation, intensité/10)</li> <li>➤ Symptômes accompagnateurs</li> <li>➤ Symptômes systémiques</li> </ul> <p><b>EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Préoccupations face aux symptômes ou traitements</li> <li>➤ Impact du problème actuel</li> <li>➤ Croyances sur la nature et cause(s) de son problème</li> <li>➤ Attentes et émotions face au(x) problème(s)</li> </ul>	
<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX HABITUDES DE VIE – MÉDICATION – ALLERGIES</b>	
<b>REVIEW DES SYSTÈMES</b> (selon pertinence)	
<b>CLÔTURER L'ENTREVUE</b>	<b>Processus ET Contenu</b>
Résume la maladie actuelle et valide avec le patient sa compréhension du problème.	
<b>APTITUDES ET ATTITUDES LORS DE L'EXAMEN PHYSIQUE</b>	<b>Processus ET Contenu</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectue un examen physique complet ou pertinent à ce patient de façon ordonnée et logique.</li> <li>• Démontre qu'il recherche spécifiquement des signes compte tenu de la présentation clinique.</li> <li>• Effectue les gestes avec exactitude.</li> <li>• Démontre du respect, est soucieux du confort du patient.</li> </ul>	
<b>TERMINER LA RENCONTRE</b>	<b>Processus ET Contenu</b>
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			
<b>Complète l'information obtenue SPONTANÉMENT en recherchant les attributs du ou des problèmes présentés :</b>	<b>XX</b>	<b>XX</b>	<b>XX</b>
2. <b>caractéristiques</b> (type de malaise – i.e. le qualifier – et intensité / 10)			
3. <b>historique</b> (profil temporel et évolution dans le temps)			
4. <b>circonstances d'apparition:</b> facteurs environnementaux, émotionnels, travail			
5. facteurs <b>déclenchants / aggravants / soulageants</b>			
6. <b>localisation</b> et <b>irradiation</b> (s'il s'agit d'une douleur) et <b>intensité</b>			
7. <b>symptômes accompagnateurs</b>			
8. <b>caractéristiques systémiques</b> du problème (atteinte de l'état général/fatigue; fièvre/frissons; anorexie/perte de poids)			
9. <b>tous les symptômes du ou des systèmes concernés</b>			
10. autres systèmes ( <b>POUR MMD 2235 ET 2236</b> )			
11. <b>antécédents personnels</b> (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, obstétricaux - si pertinent)			
12. <b>antécédents familiaux</b> (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques)			
13. prise de <b>médicaments</b> (prescrits ou non prescrits; produits naturels)			
14. <b>allergies</b> (médicamenteuses, alimentaires ou de contact)			
15. <b>habitudes de vie</b> (alimentation, tabac, ROH, café/thé, drogues, activité physique; et si pertinent vie sexuelle)			
16. <b>réseau social</b> (primaire et secondaire)			
<b>COMPRENDRE L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT</b>	<b>XX</b>	<b>XX</b>	<b>XX</b>
17. <b>Préoccupations</b> face à son problème de santé, aux traitements à venir			
18. <b>Impact du problème</b> sur son fonctionnement quotidien			
19. <b>Croyances</b> sur la nature et la (ou les) cause(s) de son problème			
20. <b>Attentes</b> face au(x) problème(s)			
21. <b>Émotions</b> face au(x) problème(s)			

### C) STRUCTURER LA RENCONTRE (processus)

L'étudiant	OUI	NON	N/A
1. Aide la communication ( <b>facilitation</b> )			
2. Demande des précisions, si nécessaire ( <b>énoncé de clarification</b> )			
3. Interrompt et redirige le discours, si nécessaire			
4. Utilise un vocabulaire adapté au patient			
5. Ponctue la rencontre ( <b>énoncé d'entretien</b> ) (« <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 ( <b>énoncé de vérification</b> ) 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 <b>avant et après</b> 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 :

<b>Rougeur oculaire</b>	Sécrétions
<b>Douleur oculaire</b>	Sécheresse des paupières
<b>Diplopie</b>	Larmoiement excessif
<b>Réduction de l'acuité visuelle</b>	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.

<b>Otalgie</b>	Otorrhée
<b>Hypoacousie</b>	Éternuement

<b>Tinnitus (Acouphènes)</b>	Épistaxis
<b>Dysphonie – Aphonie</b>	Prurit nasal
<b>Saignement gingival</b>	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.

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

<b>Anxiété</b>	<b>Idéation suicidaire</b> (si soupçonnée)
<b>Tristesse</b>	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.

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

**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.

<b>Douleur rétrosternale</b>	<b>Dyspnée paroxystique nocturne</b>
<b>Palpitations</b>	<b>Orthopnée</b>
<b>Perte de conscience (syncope)</b>	Claudication intermittente
<b>Dyspnée (grade I à IV)</b>	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
<b>Dysphagie</b>	<b>Nausée</b>
<b>Dyspepsie</b>	<b>Vomissements</b>
Brûlure épigastrique	<b>Douleur abdominale</b>
Régurgitation / reflux	<b>Transit intestinal</b>
Ictère	Stéatorrhée
<b>Hématémèse</b>	Douleur anorectale
<b>Rectorragie</b>	

## 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.

<b>Brûlure mictionnelle</b>	Douleur loge rénale
<b>Dysurie</b> (difficulté à uriner)	Pollakiurie
<b>Hématurie</b>	Polyurie
<b>Nycturie</b>	Ténesme vésical
<b>Goutte-à-goutte</b>	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 :

<b>Douleur périnéale</b>	Hémospermie
<b>Douleur scrotale</b>	Douleur à l'éjaculation
<b>Masse scrotale</b>	Écoulement urétral
<b>Dysfonction érectile</b>	

Chez la femme, voici les symptômes à rechercher :

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

## 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.

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

## XI. Le système hématologique

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

<b>Perte de poids</b>	<b>Fatigabilité</b>
<b>Sudation nocturne</b>	<b>Susceptibilité aux infections</b>
<b>Masse cervicale ou inguinale</b>	<b>Diathèse hémorragique</b>

## 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.

<b>Arthralgie centrale</b>	<b>Raideur matinale</b>
<b>Arthralgie périphérique</b>	Phénomène de Raynaud
<b>Gonflement articulaire</b>	Myalgies
<b>Rougeur articulaire</b>	

## XIII. Le système trophique (peau et phanères)

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

<b>Érythème</b>	Raynaud
<b>Prurit / éruption</b>	Alopécie
Hippocratisme digital	Photosensibilité
Pitting unguéal	

## XIV. Syndromes gériatriques (si nécessaire)

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

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<sup>e</sup> et 13<sup>e</sup> 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'agit 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 bifrontales, 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.

<sup>1</sup>**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)**

<sup>1</sup> 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); D<sub>2</sub>T<sub>5</sub> 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. : Les antécédents psychiatriques doivent être vérifiés lors des ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (et non ici)**

## 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<sup>0</sup>) orale : 98,6° 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<sup>e</sup> espace intercostal gauche à 8 cm latéralement à la ligne mid-sternale

B<sub>1</sub> et B<sub>2</sub> normaux, pas de B<sub>3</sub> ni de B<sub>4</sub>

**Souffle mid-systolique II/VI de tonalité moyenne au 2<sup>e</sup> 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)

	<b>Droit</b>	<b>Gauche</b>
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 sensitives

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 débuter 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 (FC) : 88/ min. régulier  
Fréquence respiratoire (FR) : 18/min.  
Température (T<sup>0</sup>) 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<sup>e</sup> espace intercostal gauche à 8 cm latéralement à la ligne mid-claviculaire*

*B<sub>1</sub> et B<sub>2</sub> normaux, pas de B<sub>3</sub> ni de B<sub>4</sub>, 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**

	<b>Droit</b>	<b>Gauche</b>
<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,  $\beta$ -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.

T<sup>o</sup> 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<sup>e</sup> espace intercostal gauche à 8 cm latéralement à la ligne mid-claviculaire

B<sub>1</sub> et B<sub>2</sub> normaux, pas de B<sub>3</sub> ni de B<sub>4</sub>, 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,  $\beta$ -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**

<b>L'étudiant</b>
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. <b>Débuter avec une question ouverte</b> (ex. : <u>Comment va votre santé ?</u> <u>Comment allez-vous depuis notre dernière rencontre ?</u> )

### **B) RECUEILLIR LES DONNÉES CLINIQUES**

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

### C) STRUCTURER LA RENCONTRE

L'étudiant
1. Aide la communication ( <b>facilitation</b> )
2. Demande des précisions, si nécessaire (énoncé de <b>clarification</b> )
3. Interrompt et redirige le discours, si nécessaire
4. Utilise un vocabulaire adapté au patient
5. Ponctue la rencontre ( <b>énoncé d'entretien</b> ) (« <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 ( <b>énoncé de vérification</b> ) 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 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
<b>5. Porte une attention plus particulière à certaines parties de l'examen physique en fonction de ses hypothèses diagnostiques précoces</b> <b>Recherche de signes spécifiques</b> <b>Recherche les signes propres à la maladie chronique et les complications de celle-ci</b>
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

<b><u>Que faire ? – Partenariat avec le patient</u></b>
1. Investigation
2. Médication
3. Habitudes de vie
<b><u>Urgence</u></b>
4. Explique les symptômes et signes d'urgence
<b><u>Évolution</u></b>
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 <sup>2</sup> 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.
<b>C</b>	« <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 <b>objectifs de l'entrevue</b> 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> »
<b>H</b>	Histoire de la maladie actuelle (HMA)	Catégoriser pour décider de l'action	Explorez les <b>symptômes de la maladie</b> 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> »

<b>R</b>	Rapport objectif  Résultats des tests	Catégoriser pour décider de l'action	Demandez au patient les signes objectifs qu'il doit éventuellement noter dans un <b>calendrier</b> . Des exemples classiques sont le suivi des glycémies, de la TA, des épisodes de migraine... Effectuez un <b>examen clinique ciblé</b> pour compléter les données objectives. Vérifiez les <b>résultats des tests</b> 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.
<b>O</b>	Observance	Catégoriser pour décider de l'action	Revoyez avec le patient comment il a suivi le <b>plan thérapeutique antérieur</b> . 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 <sup>2</sup> 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> »
<b>N</b>	« Négligence »	Catégoriser pour décider de l'action	Pour compléter l'observance, explorez avec le patient ce qu'il a <b>oublié ou négligé</b> . 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> »
<b>I</b>	Impact	Catégoriser pour décider de l'action	Explorer les <b>préoccupations du patient</b> , 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> »

<b>Q</b>	« Que faire ? »	Mettre en œuvre les actions appropriées	C'est à ce moment qu'on revoit avec le <b>patient partenaire</b> les <b>interventions thérapeutiques</b> 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 ? »
<b>U</b>	Urgence	Mettre en œuvre les actions appropriées	Il faut <b>prévoir/anticiper les complications</b> 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. »
<b>E</b>	Évolution	Mettre en œuvre les actions appropriées	On détermine le <b>plan de suivi et l'orientation des soins</b> . 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. »
<b>Équipe du CAAHC 2016</b>				

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

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
<b>RECUEIL DES DONNÉES</b>	Maladie actuelle				
	Revue des systèmes				
	Structure				
<b>EXAMEN PHYSIQUE</b>	Rédaction complète				
	Structure				
<b>RAISONNEMENT CLINIQUE</b>	Raisonnement perceptible				
	Résumé et Liste des problèmes				
<b>APPRÉCIATION GLOBALE</b>					

**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

11-01-2023

## ACCUEIL AU CENTRE HOSPITALIER SÉMIOLOGIE DU SYSTÈME SANGUIN EXAMEN DES AIRES GANGLIONNAIRES ET DE L'ABDOMEN

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS

- L'étudiant connaît les symptômes et signes généraux propres au système sanguin.
- L'étudiant connaît l'anatomie des aires ganglionnaires et de l'abdomen.

#### APTITUDES

- L'étudiant examine les aires ganglionnaires (cou, aisselles et aines) à la recherche d'adénopathies et les caractérise.
- L'étudiant examine l'abdomen.
- L'étudiant examine la peau à la recherche d'ecchymoses, de pétéchies et de purpura.

#### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Discussion de groupe avec le moniteur  
Pratique d'examen physique

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Bates B.**,  
Cou : ganglions lymphatiques, anatomie et technique d'examen  
Aisselles : ganglions lymphatiques, anatomie et technique d'examen  
Système vasculaire périphérique : anatomie système lymphatique et ganglions + technique d'examen  
ganglions lymphatiques inguinaux  
Abdomen : foie et rate
- **Richard C., Lussier M.-T.**, La communication professionnelle en santé, ERPI, 2015 : les chapitres 7, 8 et 9 seront utilisés au cours de toute la session; particulièrement, cette semaine : p. 143-144; 150 à 170; 181 à 198
- **Letendre F.**, « Sémiologie du système hématologique » Texte sur ENA
- **ENA-Ressources** : Histoire de cas-Généralités (voir particulièrement la liste des symptômes du système hématologique)
- **Boucher a, et alii 2022-2023**: Cahier des habiletés cliniques : Aires ganglionnaires (cou, aisselles et aines); foie et rate
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - 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 11-01-2023

---

### 8h30 à 9h00 **RENCONTRE AVEC LE RESPONSABLE HOSPITALIER** (moniteurs et étudiants)

Présentation par le responsable hospitalier des moniteurs et des étudiants.  
Présentation des objectifs et des sujets d'évaluation au cours de la session.

### 9h00 à 9h30 **PREMIER CONTACT EN PETIT GROUPE- SÉMILOGIE HÉMATOLOGIQUE**

Présentation mutuelle du moniteur et des étudiants.

Le moniteur révise le recueil des données :

Identification • Raison de consultation • Maladie actuelle (attributs d'un symptôme) en insistant sur le système hématologique • Antécédents et habitudes de vie

Il rappelle l'importance d'allier le **PROCESSUS** (communication) et le **CONTENU** (histoire de la maladie). Il insiste sur la nécessité d'une **DÉMARCHE CLINIQUE sous-jacente, en se référant au Processus de raisonnement clinique** (site web) lors du recueil des données où l'étudiant devra intégrer progressivement la revue des systèmes qu'il apprendra au cours de la session.

Il précise aussi l'importance d'effectuer un **examen physique complet** de chaque patient avec attention particulière au système étudié.

Le moniteur révise la sémiologie hématologique avec le texte de Dr Letendre et le texte « Histoire de cas-Généralités ».

### 9h30 à 10h30 **EXAMEN DES AIRES GANGLIONNAIRES ET DE L'ABDOMEN**

Révision de l'anatomie des aires ganglionnaires et de l'abdomen (cf. Bates')

Révision des 4 techniques fondamentales dont la séquence est modifiée pour l'examen de l'abdomen : **inspection → auscultation → percussion → palpation**

Démonstration par le moniteur puis pratique entre étudiants de l'examen des aires ganglionnaires et de l'abdomen. Le moniteur démontre comment ces examens s'intègrent à l'examen physique complet et comment l'examen du **foie** et de la **rate** s'intègre à l'examen de l'abdomen.

Les étudiants pratiquent entre eux l'examen physique complet appris à la session d'automne et y intègrent les apprentissages nouveaux (aires ganglionnaires, foie et rate).

### 10h30 à 11h30 **RENCONTRE D'UN PATIENT HOSPITALISÉ – RÔLE MODÈLE**

➤ Le moniteur **prépare la rencontre** :

- Il rappelle les étapes d'une histoire de la maladie (Richard, Lussier p. 181).
- Il voit au confort du patient.
- Il s'installe confortablement dans la chambre et il voit au confort des étudiants.
- **Il leur demande de porter attention aux indices initiaux (environnement de la chambre et état du patient)**

➤ Démonstration de l'**anamnèse** par le moniteur :

- le moniteur se présente et présente les étudiants
- identifie le patient;
- précise la raison de consultation initiale et la raison d'admission
- explore la maladie actuelle;
- explore les antécédents pertinents

➤ **Examen physique** : apparence générale, mais surtout les aires ganglionnaires ainsi que l'abdomen

Par la suite, le moniteur anime une discussion en petit groupe sur la rencontre :

- **communication** (observation du processus) : (cf. Richard et Lussier 2015)
- **contenu de la maladie** du patient (raison de consultation initiale et symptômes de la maladie actuelle) + **examen physique** en les faisant discuter sur les **INDICES INITIAUX notés**

# SÉMIOLOGIE HÉMATOLOGIQUE

Dr François Letendre  
Hôtel-Dieu – CHUM

## I- TROUBLES DE L'HÉMOSTASE PRIMAIRE – COAGULOPATHIES

### A) Symptômes

1. Saignement muqueux tel épistaxis, saignement gingival
2. Saignement cutané tel ecchymose ou purpura
3. Ménométrorragie, hématurie, rectorragie
4. Douleur articulaire étant le premier symptôme d'une hémarthrose ou douleur musculaire étant le premier symptôme d'un hématome dans un groupe musculaire

### B) Signes

1. Purpura qui sera non palpable dans un problème de thrombopénie alors qu'il est palpable lorsqu'il s'agit d'un purpura vasculaire (vasculite); certains distinguent le «dry purpura» où il n'y a qu'un purpura cutané et le «wet purpura» où en plus du purpura cutané, on note l'apparition de bulles hémorragiques au niveau de la langue et de la bouche et qui témoignent généralement d'une thrombopénie plus sévère avec risque hémorragique plus grand.
2. Pétéchie (lorsque confluentes, on parle de purpura)
3. Ecchymose
4. Saignement articulaire (hémarthrose) s'accompagnera d'un gonflement articulaire avec chaleur et douleur locale; un hématome dans un groupe musculaire s'accompagnera d'une tuméfaction, d'une chaleur et d'une douleur locale.

## II- ANÉMIES

### A) Symptômes

Toutes les anémies peuvent être accompagnées d'asthénie, de palpitations et de dyspnée d'effort, d'angor ou d'étourdissements. La symptomatologie dépendra de la vitesse d'installation, de la sévérité et d'états comorbides tels maladie cardiaque athérosclérotique, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique par exemple.

L'anémie ferriprive peut s'accompagner de pica; l'anémie mégaloblastique peut s'accompagner de glossodynie et s'il y a atteinte neurologique, il peut y avoir ataxie, paresthésies des extrémités et troubles de coordination.

Les patients avec anémie hémolytique pourront rapporter une symptomatologie de douleurs lombaires et abdominales avec urine foncée (hémolyse intravasculaire avec hématurie). Les patients avec anémie falciforme présenteront des tableaux douloureux thoraciques, abdominaux et au niveau des extrémités.

### B) Signes

La pâleur des téguments est un signe important et on devra rechercher la pâleur au niveau de la conjonctive et de la paume des mains. La glossite, la chéilite et la koïlonychie peuvent accompagner l'anémie ferriprive. Un léger ictère, une légère fièvre, une glossite, une hépatosplénomégalie, une altération du sens vibratoire et positionnel avec hyperréflexie et cutané plantaire en extension peuvent accompagner une anémie mégaloblastique par déficience en vitamine B<sub>12</sub>. Les anémies hémolytiques peuvent s'accompagner d'un ictère conjonctival et d'une splénomégalie. On pourra retrouver des ulcères aux membres inférieurs.

## III- NÉOPLASIES HÉMATOLOGIQUES

Toutes les néoplasies hématologiques peuvent s'accompagner à des degrés divers d'atteinte de l'état général, d'asthénie, de température inexplicée, de sudations nocturnes et de perte de poids (les symptômes B).

### 1- Les LEUCÉMIES AIGÜES

#### A) Symptômes

Les leucémies aiguës présenteront en plus des symptômes d'atteinte de l'état général, les symptômes liés à une anémie, à une perturbation de l'hémostase primaire (coagulopathie) et pourront présenter des symptômes variés d'infections des voies respiratoires supérieures, inférieures ou autres. Ces symptômes cliniques sont dus à l'anémie, à la thrombopénie et à la neutropénie qui accompagnent le processus infiltratif médullaire. On pourra aussi retrouver des douleurs osseuses, des céphalées (méningite leucémique), des douleurs aux gencives, des douleurs pharyngées, des douleurs à la région périanales, une confusion (leucostase cérébrale) et une dyspnée (leucostase pulmonaire).

### **B) Signes**

Évidemment, on pourra retrouver de la pâleur, des ecchymoses et du purpura. On recherchera des adénopathies et une hépatosplénomégalie. Certains types de leucémies peuvent s'accompagner d'une hypertrophie des gencives ou d'une infiltration de la région périanales (leucémie myéloïde à composantes monocytaires). En plus du purpura et des ecchymoses, on pourra retrouver au niveau cutané des infiltrations leucémiques. L'examen du fond d'œil peut révéler la présence d'hémorragie.

## **2- Les LEUCÉMIES CHRONIQUES**

### **A) Symptômes**

La leucémie lymphoïde chronique (LLC) est rarement symptomatique en début d'évolution, mais éventuellement apparaîtront les symptômes d'atteinte de l'état général et les symptômes liés à l'anémie, à la thrombopénie et les symptômes liés aux infections. La leucémie myéloïde chronique (LMC) se manifeste par des symptômes d'atteinte de l'état général et certains patients se plaindront d'inconfort ou de douleurs abdominales.

### **B) Signes**

La présence d'adénopathies plus volontiers généralisées et d'une hépatosplénomégalie pourront se retrouver dans une leucémie lymphoïde chronique. Les syndromes myéloprolifératifs en général (incluant la leucémie myéloïde chronique) s'accompagnent d'une splénomégalie qui, dans certains cas, pourrait être volumineuse.

## **3- LYMPHOME HODGKINIEN ET NON HODGKINIEN**

### **A) Symptômes**

La découverte d'une ou plusieurs adénopathies à la région cervicale axillaire ou inguinale en l'absence d'autre symptôme ou en présence de symptômes d'atteinte de l'état général (symptômes B) sera le mode de présentation habituelle d'un lymphome Hodgkinien et non Hodgkinien.

### **B) Signes**

L'examen physique sera surtout remarquable pour la présence d'adénopathies localisées ou généralisées, accompagnées ou non d'une splénomégalie et plus rarement hépatomégalie. L'adénopathie lymphomateuse est mobile, décrite de façon caractéristique comme caoutchoutée et peut occasionnellement prendre des dimensions impressionnantes. La présence de signes inflammatoires tels : rougeur, chaleur et douleur sont inhabituelles, mais peuvent tout de même être rencontrées dans les cas de lymphome d'histologie agressive. Une atteinte lymphomateuse des ganglions mésentériques pourra se présenter sous forme d'une masse palpable à la région péri-ombilicale. Un examen avec palpation en profondeur de l'abdomen pourrait mettre en évidence de grosses adénopathies para-aortiques pathologiques.

## LE PATIENT AVEC UNE MALADIE HÉMATOLOGIQUE EXAMEN DES AIRES GANGLIONNAIRES ET DE L'ABDOMEN

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS

- L'étudiant connaît la sémiologie du système hématologique.

#### APTITUDES

- L'étudiant recueille l'histoire d'un patient avec une maladie hématologique en recherchant les effets secondaires d'une chimiothérapie éventuellement reçue.
- L'étudiant examine les aires ganglionnaires et les caractérise.
- L'étudiant examine l'abdomen en portant une attention particulière au foie et à la rate.
- L'étudiant examine la peau en cherchant des ecchymoses du purpura ou des pétéchies.

#### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Rencontre d'un patient (observation directe)

Lectures

Jeu de rôle

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Bates B.,**  
Cou : ganglions lymphatiques, anatomie et technique d'examen  
Aisselles : ganglions lymphatiques, anatomie et technique d'examen  
Système vasculaire périphérique : anatomie système lymphatique et ganglions + technique d'examen  
ganglions lymphatiques inguinaux  
Abdomen : foie et rate
- **Boucher A, et alii 2022-2023:** Cahier des habiletés cliniques : peau, ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux; abdomen y incluant foie et rate
- **Caire Fon, N, et al, (2015).** PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - 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
- **Bourdy C. et alii,** Jeu de rôle revu 2016 (pour les moniteurs seulement, au Cahier du moniteur)
- **Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive** (p. 18-19 Cahier du moniteur; aussi sur ENA)

## SCÉNARIO DU 18-01-2023

---

### 8h30 à 9h00 JEU DE RÔLE RECUEIL DE LA MALADIE ACTUELLE HÉMATOLOGIQUE

Le moniteur anime un jeu de rôle où un étudiant recueille la maladie actuelle et un autre est le patient. Il s'agira de procéder à un recueil des données complet et de pratiquer l'apprentissage du recueil des symptômes hématologiques tout en ayant un raisonnement clinique sous-jacent.

#### Objectifs :

- Prise en compte des **INDICES INITIAUX**
- **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- Recueil de la symptomatologie hématologique (attributs des symptômes)
- **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**
- Habilités communicationnelles (début de la rencontre, facilitation, clarification, vision de la patiente, résumés internes, fin de la rencontre)

### 9h00 à 9h30 EXAMEN PHYSIQUE

Le moniteur demande aux deux autres étudiants de poursuivre le jeu de rôle en pratiquant l'examen physique approprié à l'histoire recueillie, en tenant compte des hypothèses soulevées en se basant sur les **INDICES INITIAUX**, la **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE** et la **CATÉGORISATION POUR DÉCIDER DE L'ACTION**). Tout en s'assurant de la justesse des gestes posés, le moniteur questionne les étudiants sur ce qu'ils recherchent à l'examen.

### 9h30 à 11h00 OBSERVATION DIRECTE D'UN GROUPE DE 2 ÉTUDIANTS

#### Objectifs :

Recueillir l'anamnèse et effectuer un examen physique d'un patient ayant une maladie hématologique avec un raisonnement clinique sous-jacent (cf. jeu de rôle précédent)

Visite d'un malade hospitalisé en hématologie (sous chimiothérapie ou en ayant reçu dans le passé) ou un patient externe.

Les étudiants recueillent l'anamnèse du patient et évaluent la réaction de celui-ci à la chimiothérapie et à l'isolement, le cas échéant.

**Examen physique complet** du patient, si possible.

Le moniteur qui aura observé la rencontre au moyen de l'outil (Observation directe d'une entrevue et d'un examen physique) donnera une **rétroaction descriptive** immédiatement après la rencontre autant sur le **PROCESSUS** (communication) que sur le **CONTENU** (histoire recueillie) et le **RAISONNEMENT CLINIQUE**.

### 11h00 à 11h30 RETOUR EN GROUPE DISCUSSION SUR LES PATIENTS RENCONTRÉS RÉDACTION MANUSCRITE D'UNE HISTOIRE DE CAS

Partage entre étudiants de l'histoire des patients rencontrés, le moniteur anime une discussion sur les aspects de la rencontre :

- difficultés dans la communication ? techniques communicationnelles utilisées
- **INDICES INITIAUX** (environnement et patient)
- **OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- anamnèse complète ?
- difficultés lors de l'examen physique ? (retour au chevet, si le temps le permet)
- diagnostic principal et diagnostics différentiels (**CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**)

Révision en groupe des 2 patients visités; retour au chevet si nécessaire et si le temps le permet.

**ATTENTION : Les histoires de cas doivent obligatoirement être manuscrites (i.e. préparation à l'externat) et remises à l'adjointe du CH avant 16h. S'il y a un cours en PM, les étudiants ont jusqu'à 23h59 pour remettre leur histoire de cas (version numérisée de l'histoire de cas manuscrite doit être envoyée à l'adjointe du CH).**



# JEU DE RÔLE

## LES BOSSES DE MADAME LATULIPE

---

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

### CONTEXTE

Bureau, sur rendez-vous; madame Latulippe a un rendez-vous pour son examen gynécologique

### CONSIGNES À LA PATIENTE

Vous aviez un rendez-vous pour votre examen gynécologique, mais vous voulez plutôt rencontrer le médecin pour vos bosses dans le cou. Vous paraissez un peu inquiète.

### IDENTIFICATION

Patiente de 26 ans, vivant avec son conjoint et un fils de 5 ans  
Vous êtes éducatrice en garderie auprès d'enfants de 4 et 5 ans

### RAISON DE CONSULTATION

« **Docteur, je viens vous voir, car j'ai des bosses dans le cou** ». (Vous touchez à la partie antérieure de votre cou à droite et à gauche).

« **Je sais que nous avons pris un rendez-vous pour mon examen gynécologique annuel, mais j'aimerais plutôt que vous regardiez ça** »

### MALADIE ACTUELLE

- Ces bosses sont présentes depuis trois jours.
- Un peu douloureuses.
- Vous n'en avez pas noté ailleurs, mais vous n'avez pas cherché cependant.
- Ça fait une semaine que vous vous sentez **un peu fatigué(e)**. Vous avez hâte de terminer votre journée et vous vous couchez plus tôt que d'habitude.
- Vous avez eu **mal à la gorge** pendant quelques jours au début, vous pensiez que c'était un virus et vous avez attendu que ça passe. Votre nez n'a pas coulé et vous n'avez pas eu mal aux oreilles
- Vous avez eu **un peu de fièvre**, jusqu'à 38,5° C. Hier soir encore. Le matin, c'est mieux.
- Deux fois cette semaine, vous vous êtes **réveillé(e) à cause de sueurs**. « *C'est probablement la fièvre* »
- Vous ne croyez pas avoir perdu de poids. Votre appétit est comme d'habitude.
- Vous avez eu un rhume il y a deux ou trois mois; vous n'avez pas eu d'autres infections cette année.
- Vous n'avez pas de saignement anormal.
- Vous n'avez pas de « bleu » sauf lorsque vous vous frappez.
- Tout le reste est normal.

### PERSPECTIVES DE LA PATIENTE

**Préoccupations** : « *J'espère que je n'ai pas attrapé une amygdalite comme les enfants il y a quelques semaines* »

**Impact** : « *Je me sens un peu plus fatigué* »

**Croyances** : « *J'ai l'impression que ce sont mes ganglions qui sont enflés. C'est peut-être un virus, il y a toujours des enfants malades à la garderie.* »

**Attentes** : « *Je ne veux pas manquer de travail et surtout, je ne veux pas donner ça à mon fils* ».

# JEU DE RÔLE (suite)

## LES BOSSES DE MADAME LATULIPE

---

### ANTÉCÉDENTS, HABITUDES DE VIE ET MÉDICATION

Aucune maladie personnelle et votre famille est en santé.

Vous fumez un paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 15 ans, rarement de l'alcool, jamais de drogue

Vous ne prenez pas de médicament, sauf des contraceptifs oraux (Alesse).

### GUIDE POUR L'EXAMEN PHYSIQUE QUI DEVRAIT ÊTRE EFFECTUÉ

Apparence générale

ORL

Ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux

Cœur, poumons, abdomen

Foie et rate

### RAISONNEMENT CLINIQUE

IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS (INDICES INITIAUX)

DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

Patiente un peu inquiète d'avoir une maladie contagieuse

Possible infection virale ou bactérienne

Traiter ou pas la patiente et son fils ?

### INDICATIONS POUR LE MONITEUR

L'objectif du jeu de rôle est de **procéder à un recueil de données complet**, en s'assurant que l'histoire de la maladie actuelle est bien complétée avec la recherche des **attributs de chaque symptôme**.

Les étudiants intègrent les questions de la revue du système hématologique, et toute autre information pertinente, à une revue de système complète, eu égard au problème.

Il s'agit ici le plus probablement d'une infection virale ou d'une mononucléose, une pharyngite à streptocoque est aussi possible. La présence d'adénopathies doit amener à questionner plus complètement le système hématologique.

**Vous posez des questions pour susciter le raisonnement clinique de la part des étudiants :**

- **Pourquoi une infection ?**
- **Laquelle ?**
- **Pourquoi pas un lymphome ?**
- **Etc.**

N.B. : les étudiants ont étudié un cas de scarlatine en décembre lors des APP de MMD 1230; ils devraient avoir des idées diagnostiques ici et même avoir des éléments de traitement et de prophylaxie.

Bourdy C. et alii 2016

## LE PATIENT AVEC UNE MALADIE HÉMATOLOGIQUE REFUS DE SOIN TÉMOINS DE JÉHOVAH

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS

- L'étudiant connaît la sémiologie du système hématologique.
- L'étudiant connaît les critères relatifs au refus de traitement.

#### APTITUDES

- L'étudiant examine les aires ganglionnaires.
- L'étudiant reconnaît les lésions cutanées hématologiques (pétéchies, etc.).
- L'étudiant examine l'abdomen, y compris le foie et la rate.

#### ATTITUDES

- L'étudiant reconnaît les particularités de la relation avec le patient qui refuse un traitement.
- L'étudiant sait aborder le patient qui a un système de valeurs différent du sien.
- L'étudiant respecte le droit du malade à refuser un traitement selon ses croyances, les principes de sa religion et/ou l'évolution de la maladie.

#### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Observation clinique auprès des malades

Lectures

Discussion sur le thème du refus de traitement (par exemple, les Témoins de Jéhovah)

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) sur ENA**
- **Bates B.,**  
Cou : ganglions lymphatiques, anatomie et technique d'examen  
Aisselles : ganglions lymphatiques, anatomie et technique d'examen  
Système vasculaire périphérique : anatomie système lymphatique et ganglions + technique d'examen  
ganglions lymphatiques inguinaux  
Abdomen : foie et rate
- **ALDO-QUÉBEC (2020)**  
Partie I chap. 3 section 4.1 Le Code civil du Québec,  
Annexe B : Code de déontologie, chapitre premier, articles 11 à 25;  
Partie II : A. Le consentement p. 123-130; D. 158-161
- **Dupont-Thibodeau A., Mondou, I., Refus de soin 2022**
- **Dupont-Thibodeau A., Mondou I., Témoins de Jéhovah 2022**
- **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
  - 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 25-01-2023

---

### 8h30 à 9h00 RÉTROACTION SUR LES HISTOIRES DE CAS

Le moniteur révisé, avec les étudiants, la structure de la rédaction de l'histoire de cas puis discute avec eux de la rédaction de la **MALADIE ACTUELLE** et du recueil des symptômes hématologiques du patient. Il révisé la **liste des problèmes** rédigée par chaque étudiant et la complète ou la corrige au besoin. Il commente sur le **raisonnement clinique** qui se dégage ou pas de la rédaction de cette histoire de cas.

### 9h00 à 9h45 DISCUSSION D'ÉTHIQUE CLINIQUE – REFUS DE SOIN

Le moniteur et les étudiants échangent sur les différentes facettes liées au refus de soin à partir des questions posées dans les textes de docteure Amélie Dupont-Thibodeau et docteure Isabelle Mondou « **Refus de soin** » et les **Témoins de Jéhovah**.

### 9h45 à 11h00 OBSERVATION DIRECTE D'UN GROUPE DE 2 ÉTUDIANTS

#### Objectifs :

- Prise en compte des **INDICES INITIAUX**
- **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- Recueil de la symptomatologie hématologique (attributs des symptômes)
- **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**
- Habiletés communicationnelles (début de la rencontre, facilitation, clarification, vision de la patiente, résumés internes, fin de la rencontre)

Visite d'un malade hospitalisé en hématologie (sous chimiothérapie ou en ayant reçu dans le passé) ou un patient externe.

Les étudiants recueillent l'anamnèse du patient et évaluent la réaction de celui-ci à la chimiothérapie et à l'isolement, le cas échéant.

**Examen physique complet** du patient, si possible.

Le moniteur qui aura observé la rencontre au moyen de l'outil Observation directe d'une entrevue fera une **rétroaction descriptive** immédiatement après la rencontre autant sur le **PROCESSUS** (communication) que sur le **CONTENU** (histoire recueillie).

### 11h00 à 11h30 RETOUR EN GROUPE DISCUSSION SUR LES PATIENTS RENCONTRÉS RÉDACTION MANUSCRITE D'UNE HISTOIRE DE CAS

Partage entre étudiants de l'histoire des patients rencontrés, le moniteur anime une discussion sur les aspects de la rencontre :

- difficultés dans la communication ? techniques communicationnelles utilisées
- **INDICES INITIAUX** (environnement et patient)
- **OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- anamnèse complète ?
- difficultés lors de l'examen physique ? (retour au chevet, si le temps le permet)
- diagnostic principal et diagnostics différentiels (**CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**)

Révision en groupe des 2 patients visités.

**ATTENTION : Les histoires de cas doivent obligatoirement être manuscrites (i.e. préparation à l'externat) et remises à l'adjointe du CH avant 16h. S'il y a un cours en PM, les étudiants ont jusqu'à 23h59 pour remettre leur histoire de cas (version numérisée de l'histoire de cas manuscrite doit être envoyée à l'adjointe du CH).**

# REFUS DE SOIN

## VIGNETTES

(document préalable pour les étudiants)

Yvette Lajeunesse MD  
Révision décembre 2022 par  
Amélie Du Pont-Thibodeau MD  
Isabelle Mondou MD

### Objectifs :

L'étudiant

- explique les règles éthiques, légales et déontologiques qui s'appliquent dans les situations de refus de traitement;
- explique le concept d'autodétermination et la portée des convictions personnelles dans le refus de traitement;
- reconnaît le droit du patient de refuser toute intervention, diagnostique ou thérapeutique.

**Voici différentes affirmations sur lesquelles vous devez vous prononcer en justifiant votre réponse. VRAI ou FAUX**

1. Un patient refuse une chirurgie pour un cancer de la prostate. Même si le motif invoqué par le patient paraît tout à fait déraisonnable au médecin, il ne peut pas procéder au traitement.
2. Les parents ne peuvent refuser la vaccination donnée durant la petite enfance, incluant les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche et tétanos.
3. Seules les convictions religieuses sont acceptables lors d'un refus de traitement.
4. Même lorsque le patient refuse de donner son consentement à une intervention, le médecin a l'obligation de continuer à le soigner.
5. Lorsqu'un patient est sous tutelle, son tuteur ne peut jamais refuser des traitements requis par son état de santé.
6. Le médecin peut traiter un majeur inapte si le représentant a donné son consentement, même si le majeur inapte oppose un refus.
7. Le refus de traitement n'est valide que s'il est écrit.

# REFUS DE SOIN PISTES DE RÉFLEXION (pour les moniteurs)

Yvette Lajeunesse MD  
Révision décembre 2022 par  
Amélie Du Pont-Thibodeau MD  
Isabelle Mondou MD

## Objectifs :

L'étudiant

- explique les règles éthiques, légales et déontologiques qui s'appliquent dans les situations de refus de traitement;
- explique le concept d'autodétermination et la portée des convictions personnelles dans le refus de traitement;
- reconnaît le droit du patient de refuser toute intervention, diagnostique ou thérapeutique.

À noter : Le consentement et le refus de soin non requis par l'état de santé, ainsi que les dérogations possibles au consentement seront abordés dans un autre cours, sur le consentement aux soins.

## RÉPONDRE PAR VRAI OU FAUX AUX ÉNONCÉS SUIVANTS

### QUESTION 1

**Un patient refuse une chirurgie pour un cancer de la prostate. Même si le motif invoqué par le patient paraît tout à fait déraisonnable au médecin, il ne peut pas procéder au traitement.**

#### VRAI.

Du point de vue éthique, légal et déontologique, le médecin ne peut procéder à un soin (la loi précise « quelle qu'en soit la nature ») sans le consentement du patient ou de son représentant légal, sauf en cas d'urgence (Voir les articles du *Code civil du Québec* [C.c.Q.] et du *Code de déontologie des médecins* du Québec [CMQ] plus bas. Il est à noter que le législateur précise à l'article 13 du C.c.Q ce qu'il faut entendre par le terme « urgence ».). Le corollaire de l'obligation du consentement à un soin est donc le **droit du patient de refuser ce soin**. Par ailleurs, l'article 5 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (Loi 2) mentionne clairement le droit du refus de soin du patient.

Le refus, comme le consentement, doit résulter d'un processus décisionnel bien mené entre le patient apte à consentir aux soins ou la personne habilitée à le faire pour un patient inapte et le médecin. Pour être valide, le refus doit être libre et éclairé. Il doit aussi être continu : le patient peut changer d'avis en tout temps et exprimer verbalement le retrait de son refus aux soins (et son consentement).

Le patient majeur et **apte** à consentir à un soin peut refuser un soin quelle qu'en soit la raison. Un motif « déraisonnable » ou considéré « irrationnel » par le médecin ne constitue pas une exception à la règle du consentement. En fait, se pose la question : que veut dire déraisonnable ou irrationnel et pour qui ? Il s'agit le plus souvent d'une question d'interprétation parce que nous ne partageons pas la même vision du monde. Dans sa décision par rapport au soin ou traitement proposé, l'individu inclut des facteurs qui relèvent de ses valeurs, de ses croyances et de ses convictions, notamment - mais non exclusivement - en matière de religion, qui peuvent aller à l'encontre des recommandations médicales les plus appropriées selon les lignes directrices. **Cependant**, si le motif du refus évoque pour le médecin des **troubles de la pensée** (par exemple, des idées délirantes), il doit alors **démontrer** que le patient présente spécifiquement une **inaptitude à consentir aux soins**. L'inaptitude du patient ne relève pas le médecin de l'obligation d'obtenir un consentement aux soins. Dans une telle situation d'**inaptitude à consentir aux soins**, le consentement sera **nécessairement** donné par un **tiers** et non le patient lui-même, mais le consentement aux soins demeure requis.

Bien que la loi crée une obligation pour le médecin de respecter le refus du patient apte à consentir aux soins, ceci ne présume pas que le médecin peut simplement accepter ce refus. La personne peut refuser un

soin parce que d'autres options pertinentes existent. Même si le médecin considère que le soin qu'il offre est optimal, son rôle est alors de réviser avec le patient ou son substitut les options possibles et raisonnables pour déterminer le soin le plus approprié. Le médecin essaiera de comprendre les raisons de ce refus de façon à mieux aider le patient, surtout s'il s'agit d'un refus de traitement qui peut entraîner des conséquences néfastes, voire fatales. C'est ainsi que le processus décisionnel se poursuivra jusqu'à la décision, partagée, du soin le plus approprié à prodiguer. (Collège des médecins du Québec, *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie*, octobre 2008.)

### **Articles du Code civil du Québec qui fondent le consentement aux soins**

#### *Article 10*

*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.*

#### *Article 11*

*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.*

*Si l'intéressé est inapte à donner son consentement à des soins, une personne autorisée par la Loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer*

#### *Article 12*

*Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.*

*S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.*

#### *Article 13*

*En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.*

*Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.*

#### *Article 16*

*L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.*

### **Articles du Code de déontologie des médecins portant sur le consentement aux soins (art. 28 et 29)**

#### **SECTION III**

#### **CONSENTEMENT**

#### *Article 28*

*Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.*

#### *Article 29*

*Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.*

### **Loi concernant les soins de fin de vie**

#### *Article 5.*

Sauf disposition contraire de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, **en tout temps**, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin.

Dans la mesure prévue par le Code civil, le mineur de 14 ans et plus et, pour le mineur ou le majeur inapte, la personne qui peut consentir aux soins pour lui peuvent également prendre une telle décision.

Le refus de soin ou le retrait de consentement peut être communiqué par tout moyen.

Le médecin doit s'assurer du caractère libre de la décision et donner à la personne toute l'information lui permettant de prendre une décision éclairée, notamment en l'informant des autres possibilités thérapeutiques envisageables, dont les soins palliatifs.

À titre d'exemple, citons l'affaire *Manoir de la Pointe-Bleue c. Corbeil*, [1992] RJQ 712 : depuis 1992, les choses sont claires au Québec : un patient majeur et apte à consentir aux soins peut refuser d'être nourri et hydraté.

À la suite d'un accident survenu en mai 1990, un homme de 35 ans est demeuré quadraplégique. Sa force motrice résiduelle se situe au niveau cervical, il doit être aidé pour ses besoins personnels et n'a aucune perspective d'amélioration. En novembre 1991, il donne des directives à son épouse, devant deux notaires, suivant lesquelles elle ne doit autoriser l'utilisation d'aucune technique pour le soigner ou l'alimenter lorsqu'il sera incapable de les refuser lui-même, à la suite du jeûne qu'il a entrepris en septembre dans le but de mettre fin à ses jours. Selon le jugement, la volonté de l'intimé doit être respectée et son refus prime sur l'obligation de l'installation de lui fournir des soins. La question n'est pas de savoir si son refus est raisonnable, mais plutôt de déterminer si l'intimé est suffisamment conscient, équilibré et lucide pour prendre une telle décision. L'alimentation est un soin de base qu'il a le droit de refuser au même titre que tout autre soin.

Sur le processus décisionnel et les soins appropriés, voir : Collège des médecins du Québec, [Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie](#), octobre 2008.

## QUESTION 2

**Les parents ne peuvent refuser la vaccination donnée durant la petite enfance, incluant les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche et tétanos.**

**FAUX.**

Ici, on parle de consentement pour autrui (les parents pour un mineur de moins de 14 ans).

Au Québec, la règle du consentement aux soins pour les mineurs est basée non pas sur le concept du mineur mature, comme dans la common law du Canada, mais sur celui de l'âge. Ainsi, les règles de consentement diffèrent selon que le mineur est âgé de moins de 14 ans ou de 14 ans et plus.

Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur de moins de 14 ans est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur. Le consentement du père ou de la mère est suffisant, puisqu'ils exercent ensemble l'autorité parentale (art. 600 C.c.Q). Le consentement de l'un présume le consentement de l'autre (art. 603 C.c.Q).

En cas de désaccord entre les parents d'un mineur de moins de 14 ans, l'évaluation de l'intérêt de l'enfant au regard du soin et du caractère justifié ou non du refus nécessitera le recours au tribunal (art. 604 C.c.Q). « Il suffit qu'un seul des parents refuse pour devoir saisir le tribunal, par l'autre parent ou par l'établissement (art. 16 al. 1 C.c.Q) ou faire un signalement au DPJ (art. 38 b) 1° ii) LPJ. Ce refus doit être injustifié. »

Cf. Gouvernement du Québec, 2013 (mise à jour décembre 2020). *Protocole d'immunisation du Québec* (PIC). Responsabilités professionnelles et légales.

Disponible sur <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-responsabilites-professionnelles-et-legales/consentement-a-la-vaccination/>



Ceci n'empêche pas le médecin de promouvoir auprès des parents réfractaires à la vaccination les avantages pour l'enfant et pour l'entourage, de discuter des faits et des mythes de la vaccination et de faire connaître les risques et responsabilités liés au refus de la vaccination.

### Articles du Code civil du Québec

Art. 11 : 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. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, **une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer.**

**Art. 12** Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir **dans le seul intérêt** de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

**Art. 14** Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

**Art. 16** L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

### QUESTION 3

**Seules les convictions religieuses sont acceptables lors d'un refus de traitement.**

**FAUX.**

Un patient majeur et apte à consentir peut refuser un traitement pour quelque raison que ce soit ou sans raison aucune\*. Le majeur apte peut refuser des soins et ce, même si son refus paraît déraisonnable et même s'il peut entraîner la mort ou des séquelles importantes, tel que vu ci-haut dans *Manoir de la Pointe-Bleue c. Corbeil*, [1992] RJQ 712

Un refus motivé par des considérations liées à la tradition et à la culture de l'individu mérite la même attention et le même respect que les convictions religieuses. Ces motifs demandent souvent une grande ouverture à autrui et à d'autres visions du monde. Il est bien entendu qu'un traitement peut également être refusé parce qu'il est considéré comme inutile ou disproportionné aux attentes du patient.

\* Emson H.E. *The doctor and the law. A Practical Guide for the Canadian Physician*. Butterworths, <sup>3</sup>1995, p. 133. « The patient may refuse treatment proposed for any or no reason. »

### QUESTION 4

Un patient refuse de subir la coronarographie que le médecin suggère afin de préciser le problème et donc de mieux le conseiller dans les traitements disponibles. Le médecin ne peut dire à son patient qu'il refuse dorénavant de le suivre sous prétexte de son refus à passer l'examen. **Même lorsque le patient refuse de donner son consentement à une intervention, le médecin a l'obligation de continuer à le soigner.**

**VRAI**

Le simple fait que le patient refuse la coronarographie n'est pas un motif juste et raisonnable pour que le médecin mette un terme à cette relation.

Il faut une situation d'*incompatibilité réelle* (**motif juste et raisonnable** dans le *Code de déontologie des médecins du Québec*, **raisons légitimes** dans le *Code d'éthique et de professionnalisme* de l'Association médicale canadienne [AMC]) liée au refus du patient (qu'il s'agisse d'intervention diagnostique ou thérapeutique). Même si le médecin peut se sentir impuissant à aider ce patient, il ne peut cependant pas le laisser tomber. Alors que le respect du refus du patient est fondé sur le principe moral d'autonomie et le principe juridique d'inviolabilité de la personne et celui du respect de son intégrité, continuer de soigner fait appel au principe de bienfaisance et à celui de diligence. (Mettre en perspective les art. 19, 23 et 32 du Code de déontologie du CMQ et art. 1, 2, 11, 12 et 17 du *Code d'éthique et de professionnalisme* de l'AMC).

Attention, l'incompatibilité réelle est rare. Elle n'est pas affaire de sentiment de frustration. Certes, il est dérangeant pour le médecin que le patient ne puisse adopter son point de vue, mais la plupart du temps le médecin a d'autres moyens pour aider son patient et peut continuer à le suivre, y compris pour la condition qui a entraîné la dissension. Ce dernier point implique l'existence d'un réel dialogue entre le médecin et le patient et un processus décisionnel bien mené à la recherche des soins les plus appropriés à lui prodiguer.

### **Code de déontologie des médecins du Québec (2015)**

#### **Article 19**

*Le médecin peut mettre fin à une relation thérapeutique lorsqu'il a un **motif juste et raisonnable** de le faire, notamment lorsque les conditions normales requises pour établir ou maintenir une confiance mutuelle sont absentes ou si cette confiance n'existe plus.*

***L'incitation de la part du patient à l'accomplissement d'actes illégaux, injustes ou frauduleux constitue un motif juste et raisonnable.***

#### **Article 23**

*Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons liées à la nature d'une déficience ou d'une maladie ou au contexte dans lequel cette déficience ou cette maladie présentée par ce patient est apparue ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de mœurs, de convictions politiques ou de langue.*

#### **Article 32**

*Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place. [...]*

### **Code d'éthique et de professionnalisme de l'Association médicale canadienne (2018)**

*1. Accepter les patients sans discrimination (p. ex. : âge, incapacité, expression ou identité de genre, caractéristiques génétiques, langue, statut conjugal ou familial, trouble médical, origine ethnique, affiliation politique, race, religion, sexe, orientation sexuelle, statut socioéconomique). À noter que les médecins conservent leur droit de refuser de soigner un patient pour des raisons légitimes.*

*2. Continuer, comme l'exigent les principes reconnus de responsabilité professionnelle à l'égard des patients, à offrir des services jusqu'à ce qu'ils ne soient plus nécessaires ou désirés, qu'un autre médecin qualifié ait pris la relève ou que le patient ait été avisé, dans un délai raisonnable, qu'un terme serait mis à la relation.*

*11. Permettre aux patients de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et de déterminer quelles interventions seraient les meilleures pour atteindre leurs objectifs de soins, en communiquant avec eux (ou avec leur mandataire, le cas échéant), et en les aidant à s'y retrouver dans les options thérapeutiques pertinentes; communiquer avec les patients et aider ceux-ci à évaluer les avantages et les risques d'un traitement ou d'une intervention avant d'obtenir leur consentement.*

12. *Respecter les décisions des patients capables d'accepter ou de refuser toute évaluation, tout traitement ou tout plan de soins.*

17. *Respecter les demandes raisonnables des patients qui désirent obtenir un deuxième avis auprès d'un autre expert médical reconnu.*

## QUESTION 5

Lorsqu'un patient est sous tutelle, **son tuteur ne peut jamais refuser des traitements requis par son état de santé.**

### FAUX.

La formulation est volontairement biaisée. Tout comme le patient lui-même, le représentant légal peut refuser les traitements, même ceux requis par l'état de santé à certaines conditions. Cependant, celui qui consent ou refuse des soins au nom d'un patient inapte n'a pas le même pouvoir décisionnel que le patient majeur et apte. Il est tenu de respecter les exigences de l'art. 12 du C.c.Q et consentir aux soins ou les refuser « dans le seul intérêt » du patient et en tenant compte, autant que possible, des volontés qu'il a pu exprimer (art. 12 du C.c.Q). C'est au terme d'un processus décisionnel mené ensemble que le médecin et le patient ou son représentant réussissent habituellement à s'entendre sur les soins à la fois individualisés et proportionnés les plus appropriés à prodiguer, à une étape particulière de la maladie et du cheminement personnel du patient.

Si le **refus est injustifié**, l'autorisation du tribunal est nécessaire pour prodiguer un soin jugé requis et approprié (art. 16 du C.c.Q).

Pour exprimer ses volontés de manière anticipée en cas d'inaptitude et pour planifier ses soins, plusieurs outils sont à disposition : testament de fin de vie (ou testament biologique), mandat de protection, directives médicales anticipées (DMA), au sens de la Loi concernant les soins de fin de vie, niveau d'intervention médicale (NIM) ou niveau de soin et décision de non-réanimation cardiorespiratoire. Ces outils, leurs spécificités, leur portée légale, etc. seront abordés dans un prochain cours sur le consentement aux soins.

### Articles du Code civil du Québec concernant le refus du tiers qui consent pour autrui (

#### Article 12

*Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible des volontés que cette dernière a pu exprimer. S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins sont bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques représentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.*

#### Article 16

*L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de **refus injustifié** de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement [...].*

## QUESTION 6

Le médecin a établi que monsieur D était inapte à consentir aux soins à la suite d'un AVC. Le patient a un problème de dysphagie et nécessite d'être alimenté temporairement par un tube nasogastrique. Le patient refuse. En raison de son inaptitude et par le fait que le représentant légal a consenti au traitement, le médecin doit procéder. Le refus d'un majeur reconnu inapte ne peut pas être pris en considération dans la décision clinique. Autrement dit, **le médecin peut traiter un majeur inapte si le représentant a donné son consentement, même si le majeur inapte oppose un refus.**

### FAUX.

La dernière partie de l'article 16 du C.c.Q laisse entendre que le médecin ne peut effectivement pas traiter contre son gré le patient inapte qui oppose un **refus catégorique** (évidemment l'application de ce concept

nécessite un jugement approprié du contexte du refus, **tout refus d'un patient inapte n'est pas nécessairement un refus catégorique**). Dans la situation d'un refus catégorique du majeur inapte, **le traitement doit être autorisé par le tribunal**. Ce point est particulièrement important en psychiatrie. Dans ce dernier domaine, il faut également connaître la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

### Articles du Code civil du Québec concernant le refus de l'inapte

#### Article 16

*L'autorisation du tribunal [...]. Elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. [...]*

### QUESTION 7

**Le refus de traitement n'est valide que s'il est écrit.**

#### **FAUX.**

Il n'y a aucune justification à cette affirmation. Tout comme le consentement, le refus peut être écrit, verbal, ou même tacite. Ainsi, lorsque le patient fait remplir son ordonnance et suit le traitement prescrit, il donne un consentement tacite. (Attention, ceci ne présume pas que le consentement soit nécessairement valide).

De même, si le patient ne fait pas remplir l'ordonnance, il oppose un refus tacite au traitement proposé. Le médecin ne sera mis au courant de ce refus que s'il revoit le patient et que celui-ci l'avise de ce qui s'est passé. Le médecin aura alors la responsabilité d'élucider ce refus du patient. Le refus du patient devrait être consigné au dossier par le médecin avec les détails appropriés.

\*\*\*\*\*

### **SYNTHÈSE**

- Donner son consentement à une intervention (diagnostique ou thérapeutique) ou la refuser procède de la même démarche (celle du consentement libre et éclairé).
- Le refus du patient à un soin ou à une intervention ne peut être remis en question que s'il y a un doute sur l'aptitude du patient.
- Le patient ne peut être considéré inapte sous le seul prétexte qu'il refuse un traitement; l'inaptitude doit être démontrée selon les standards de la pratique médicale.
- Les motifs de refus basés sur des croyances ou des convictions autres que celles d'ordre religieux commandent le même respect.
- Le représentant légal peut également opposer un refus à des interventions requises par l'état de santé; ce refus doit cependant être *justifié*.
- Le patient inapte qui oppose un *refus catégorique* à un traitement ne peut être contraint au traitement que sur autorisation du tribunal.

### **Suggestion de lecture**

Collège des médecins du Québec, Barreau du Québec (2018). [Le médecin et le consentement aux soins](#) – Document de référence. Montréal, septembre, 79 p.

# Témoins de Jéhovah

## VIGNETTES

(document préalable pour les étudiants)

Yvette Lajeunesse MD  
Révision décembre 2022 par  
Amélie Du Pont-Thibodeau MD  
Isabelle Mondou MD

### Objectifs :

1. L'étudiant énonce certaines croyances des Témoins de Jéhovah et explique la portée de ces croyances dans le contexte des décisions cliniques.
2. L'étudiant procède à l'analyse de diverses situations cliniques impliquant un refus de traitement fondé sur les croyances religieuses des Témoins de Jéhovah en tenant compte des règles éthiques et légales qui s'appliquent :
  - \* Adulte qui refuse un traitement allant contre ses croyances
  - \* Femme enceinte qui refuse un traitement allant contre ses croyances
  - \* Mineur qui refuse un traitement allant contre ses croyances
  - \* Enfants dont les parents refusent un traitement pour lui allant contre leurs croyances

### Vignette 2 A.1

Mademoiselle J. A. est une jeune femme de 25 ans conduite à l'urgence à la suite d'un accident d'automobile. Elle est inconsciente et présente un état de choc secondaire à une hémorragie intraabdominale. Son état requiert des transfusions. Une amie qui l'accompagne s'oppose aux transfusions faisant valoir que mademoiselle J. A. est Témoin de Jéhovah et en tant que tel, elle ne peut recevoir de transfusions.

### Vignette 2 A.2

Monsieur T. B., âgé de 56 ans, doit subir une chirurgie en raison d'un anévrisme abdominal. Le médecin l'avise qu'il y a possibilité que durant l'intervention, il soit obligé de recourir à des transfusions. Le patient lui interdit formellement d'utiliser les transfusions étant donné qu'il est Témoin de Jéhovah.

**Expliquer la conduite à tenir dans une telle situation.**

### Vignette 2 B

Mademoiselle D. B. est une jeune femme de 25 ans conduite à l'urgence à la suite d'un accident d'automobile. Elle est inconsciente et présente un état de choc secondaire à une hémorragie intraabdominale. Son état requiert des transfusions. Une carte valide stipule qu'en tant que Témoin de Jéhovah, elle refuse toute transfusion même au risque sa vie. Mademoiselle D. B. est enceinte. **Le médecin peut-il procéder aux interventions nécessaires, incluant la transfusion compte tenu qu'en l'absence de telles interventions, le fœtus risque de mourir ?**

### Vignette 2 C

Sylvie F., âgée de 13 ans, est atteinte de leucémie lymphoïde aiguë. En raison de leurs convictions religieuses en tant que Témoins de Jéhovah, ses parents s'opposent aux traitements qui incluent chimiothérapie et transfusions. L'adolescente s'oppose également de façon répétée aux transfusions. De plus, elle refuse aussi la chimiothérapie en raison des effets secondaires connus.

### Vignette 2 D

Un nouveau-né requiert une intervention cardiaque qui implique de donner des transfusions. Ses parents qui sont Témoins de Jéhovah refusent l'intervention en raison de leurs croyances, bien que cette intervention puisse sauver la vie du bébé qui ne présente aucune autre condition pathologique.

# Témoins de Jéhovah

## PISTES DE RÉFLEXION

(document pour les moniteurs)

Yvette Lajeunesse MD  
Révision décembre 2022 par  
Amélie Du Pont-Thibodeau MD  
Isabelle Mondou MD

### Objectifs :

1. L'étudiant énonce certaines croyances des Témoins de Jéhovah et explique la portée de ces croyances dans le contexte des décisions cliniques.
2. L'étudiant procède à l'analyse de diverses situations cliniques impliquant un refus de traitement fondé sur les croyances religieuses des Témoins de Jéhovah en tenant compte des règles éthiques et légales qui s'appliquent
  - \* Adulte qui refuse un traitement allant contre ses croyances
  - \* Femme enceinte qui refuse un traitement allant contre ses croyances
  - \* Mineur qui refuse un traitement allant contre ses croyances
  - \* Enfants dont les parents refusent un traitement pour lui allant contre leurs croyances

### 1) L'étudiant explique la portée de certaines croyances des Témoins de Jéhovah dans le contexte des décisions cliniques.

Les Témoins de Jéhovah constituent un mouvement religieux. Le fondateur de ce mouvement religieux, Charles Taze Russe, appartenait à un groupe local d'étude de la Bible en Pennsylvanie, quand en 1881, il créa une extension de ce groupe qui devint le « *Watch Tower Bible and Tract Society* ». La société d'édition ainsi constituée produisit un périodique, « *La Tour de Garde de Sion* », destiné à faciliter la lecture de la Bible selon son interprétation. Les activités d'édition servirent à une expansion phénoménale et universelle de la doctrine de la société. En 1951, les adeptes du mouvement prirent le nom de « *Jehovah's Witnesses* » en se basant tout naturellement sur un passage de la Bible : « Vous êtes mes témoins, dit Jéhovah. » (*Isaïe*, 43 :10).

Les Témoins de Jéhovah considèrent la Bible, c'est-à-dire l'Ancien et le Nouveau Testaments, comme un récit historiquement exact et relatant directement la Parole de Dieu. Ils affirment qu'un grand nombre de prophéties de la Bible ont été accomplies, que certaines sont en cours d'accomplissement et que d'autres encore sont à venir.

Une autre croyance des Témoins de Jéhovah, proclame que le sang est le siège de l'âme ; d'où les interdits de manger du sang, de recevoir des transfusions et même de répandre le sang. Selon cette croyance, recevoir du sang ou un dérivé de sang prive l'individu de la résurrection et du salut éternel.

Jusqu'en 2000, l'interdit doctrinal introduit en 1945 entraînait l'excommunication de l'adepte qui, délibérément et sans regret, acceptait une transfusion. L'excommunication était initiée par l'organisation, alertée la plupart du temps par un autre membre et entraînait un procès. Le Témoin qui acceptait une transfusion se trouvait devant l'alternative suivante :

- 1) soit « confesser » sa faute devant un comité judiciaire de responsables de la congrégation à laquelle il appartenait. Si son repentir était jugé sincère (il pouvait avoir été victime d'un moment de « faiblesse »), il n'était pas exclu, mais réprimandé et « aidé spirituellement ».
- 2) soit ne pas se repentir, jugeant par exemple qu'il n'avait rien fait de mal. Dans ce cas, le Témoin était exclu de la communauté, avec toutes les conséquences que cela comporte

En 2000, la *Watch Tower Society* a émis une directive stipulant que, dorénavant, la Société ne procéderait plus à l'excommunication de ceux qui ne se pliaient pas à la directive de l'interdit de la transfusion. Cette directive fait suite à des demandes visant à assurer une plus grande liberté de choix dans les décisions de vie aux Témoins de Jéhovah, dont celle de la Commission européenne des Droits de l'Homme. Dorénavant, l'organisation n'entreprendra plus de démarches visant l'excommunication du fautif estimant qu'en acceptant la transfusion, le Témoin de Jéhovah se met lui-même au ban de sa communauté.

Ce changement d'orientation apparaît significatif pour certains, même si pour d'autres, il s'agit tout au plus de duplicité. Cependant, un autre changement s'ajoutant à la précédente directive peut être un signe de l'évolution de la pensée de l'organisation. Dans un article de la *Watch Tower* de juin 2000, l'organisation admet qu'un adepte, après une méditation pieuse et réfléchie, puisse en son âme et conscience décider de recourir à tous les « *dérivés mineurs* » extraits des quatre composants majeurs. Ainsi au facteur VIII administré aux hémophiles ou à l'albumine et la globuline précédemment acceptées, s'ajoutent les produits mineurs comme l'interféron et l'interleukine. La directive demeure imprécise quant à l'utilisation de composantes telle l'hémoglobine qui est une composante intrinsèque des globules rouges. Le plasma, les plaquettes, les globules rouges et les globules blancs demeurent toutefois formellement interdits.

La pratique actuelle pour les Témoins de Jéhovah exige que tous ceux qui sont baptisés possèdent une carte où ils énoncent clairement ce refus, tout en spécifiant qu'ils acceptent certains produits qui remplacent le sang. Cette carte renouvelée chaque année est signée par le Témoin et contresignée par deux autres personnes.

**2) L'étudiant analyse diverses situations cliniques impliquant un refus de traitement fondé sur les croyances religieuses des Témoins de Jéhovah en tenant compte des règles éthiques et légales qui s'appliquent**

**2 a) Adulte qui refuse un traitement allant contre ses croyances**

**Vignette 2 A.1**

Mademoiselle J. A. est une jeune femme de 25 ans conduite à l'urgence à la suite d'un accident d'automobile. Elle est inconsciente et présente un état de choc secondaire à une hémorragie intraabdominale. Son état requiert des transfusions. Une amie qui l'accompagne s'oppose aux transfusions faisant valoir que mademoiselle J.A. est Témoin de Jéhovah et, pour cette raison, elle ne peut recevoir de transfusions.

**Questions :**

1. QUELS SONT LES PRINCIPES EN JEU DANS CETTE DÉCISION ?
2. SUR QUOI LE MÉDECIN DOIT-IL BASER SA DÉCISION DE NE PAS PROCÉDER AUX TRANSFUSIONS REQUISES POUR SAUVER LA VIE DE CETTE JEUNE FEMME ?
3. L'OPPOSITION DE L'AMIE EST-ELLE UNE RAISON SUFFISANTE ?

**Réponses**

**Question # 1**

Les principes de bienfaisance et d'autonomie s'opposent dans ce cas. Du point de vue éthique et juridique, dans de telles situations qui impliquent un patient apte, le respect de la personne et de sa capacité à s'autodéterminer oblige à reconnaître la préséance du principe d'autonomie sur celui de la bienfaisance. Les patients aptes ont le droit de refuser quelque traitement que ce soit. Ces principes sont balisés par les articles de loi suivants.

**Code civil du Québec**

Article 10 :

*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.*

Article 11

*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.*

*Si l'intéressé est inapte à donner ou refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la Loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.*

**Loi concernant les soins de fin de vie**

Art. 5

*Sauf disposition contraire de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps,*

refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin.

Dans la mesure prévue par le Code civil, le mineur de 14 ans et plus et, pour le mineur ou le majeur inapte, la personne qui peut consentir aux soins pour lui peuvent également prendre une telle décision.

Le refus de soin ou le retrait de consentement peut être communiqué par tout moyen.

Le médecin doit s'assurer du caractère libre de la décision et donner à la personne toute l'information lui permettant de prendre une décision éclairée, notamment en l'informant des autres possibilités thérapeutiques envisageables, dont les soins palliatifs.

En octobre 2016, Éloïse Dupuis, âgée de 27 ans, est décédée à la suite du refus des transfusions nécessaires à sa survie. Elle a fait une hémorragie majeure à la suite d'un accouchement par césarienne et est décédée six jours après la naissance de son bébé. L'équipe médicale l'a rencontrée à plusieurs reprises pour lui faire valoir la nécessité des transfusions qui auraient pu lui sauver la vie. La patiente était majeure et apte. La patiente a maintenu son refus jusqu'au bout. Le rapport du coroner en novembre 2017 a conclu que la patiente n'avait pas subi d'influence induite de la part des témoins de Jéhovah et donc que son consentement était libre. Le coroner suggère, entre autres, que les médecins planifient avec leurs patients des mesures à prendre en cas de refus de transfusions.

Toute personne **majeure** et **apte** peut refuser à tout moment, de façon libre et éclairée, des traitements sachant même que cela peut entraîner sa mort et ce, qu'elle que soit la raison qui motive son refus. Même si le tribunal reconnaît que la personne n'a pas à justifier son refus, un processus clinique décisionnel bien mené devrait aider le médecin à comprendre ce refus.

### Question # 2

Malgré l'urgence de la situation et du risque de mort ou de perte d'intégrité physique, le médecin ne pourrait pas procéder aux transfusions nécessaires s'il a une **preuve évidente** que la patiente s'y opposait, par exemple si elle avait en sa possession une carte stipulant qu'elle refuse toute transfusion en quelque situation que ce soit en raison de ses convictions religieuses.

Dans la situation présentée, *l'absence* d'un tel document pourrait justifier le médecin de transfuser. L'importance centrale de cette croyance pour les Témoins de Jéhovah nous conduit à penser que le Témoin, inébranlable dans ses convictions, fait sienne l'obligation (du moins morale) de porter en tout temps ce document sur lui pour éviter d'être transfusé contre son gré. L'absence du document peut refléter non pas une opposition ferme, mais du moins une ambivalence face à une décision qui peut être fatale. Par ailleurs, il est souvent dit que pour être pris en considération, le document doit être valide, c'est-à-dire porter la signature de l'individu, être daté et être contresigné par des témoins. Cependant dans le cas qui a fait jurisprudence (*Mallette v. Shulman, Ontario, 1990*), la carte n'était ni datée ni contresignée par des témoins; cependant le juge a considéré que la carte présuait une interdiction générale contre l'administration de sang basée sur les principes religieux et qu'il n'y avait aucune évidence que cette carte ne reflétait pas ses *intentions présentes*. Considérant que le médecin, qui connaissait l'existence de la carte, avait transgressé les souhaits explicites de la patiente, le médecin fut trouvé coupable d'assaut (*battery*) et condamné à payer des dommages à la patiente.

### Question # 3

Tel qu'il est rapporté dans la vignette, l'opposition de l'amie n'est pas suffisante pour fonder la décision de traitement. Le fait d'être Témoin de Jéhovah en soi ne permet pas au médecin d'exclure d'emblée les transfusions dans les cas où celles-ci sont requises par l'état. Certains Témoins de Jéhovah acceptent, malgré leur conviction religieuse, d'être transfusés au risque d'une excommunication possible. Par ailleurs, si l'amie avait invoqué le fait que mademoiselle J. A. avait répété à plusieurs reprises devant témoins qu'elle ne désirait, en aucune circonstance, recevoir de transfusions, la décision du médecin aurait nécessité une réflexion beaucoup plus poussée. En effet, il est accepté en pratique, en ce qui concerne la cessation de traitement qui ne font que prolonger la vie (*life-prolonging treatment*), de reconnaître la valeur des souhaits exprimés antérieurement par un patient devenu inapte, que ces souhaits soient exprimés par écrit ou verbalement.

La patiente étant en coma, donc inapte, le médecin doit-il également tenir compte des souhaits exprimés verbalement par la patiente qui lui sont rapportés ? Jusqu'à présent, en ce qui concerne la question des



transfusions chez les Témoins de Jéhovah, la pratique s'appuie sur la présence d'un document écrit (carte signée) indiquant les souhaits du patient. En situation d'urgence, lorsque le médecin n'a pas de preuves certaines des souhaits du patient, il est justifié de préserver la vie.

### **Vignette 2 A.2**

Monsieur T. B. âgé de 56 ans doit subir une chirurgie en raison d'un anévrisme abdominal. Le médecin l'avise qu'il y a possibilité que durant l'intervention, il soit obligé de recourir à des transfusions. Le patient lui interdit formellement d'utiliser les transfusions étant donné qu'il est Témoin de Jéhovah. **Expliquer la conduite à tenir dans une telle situation.**

### **Réponse**

- 1) Le médecin doit explorer avec le patient les options permettant de répondre à la demande de celui-ci, c'est-à-dire procéder à l'intervention sans faire usage de sang ni de dérivés primaires du sang.
- 2) En l'absence de telles options, le chirurgien qui accepte de soigner un Témoin de Jéhovah devrait respecter ses convictions religieuses ou bien le transférer à un confrère.
- 3) Par ailleurs, il est possible d'explorer avec le patient sa position face à la directive émise en 2000 par la Société des Témoins de Jéhovah à l'effet que l'organisation ne procédera plus à l'excommunication de ceux qui ne se soumettent pas à la politique de refus de la transfusion

Autre considération, si le patient considérait la transfusion souhaitable tout en voulant éviter de se dissocier de la communauté, il faudrait l'assurer de la confidentialité complète de l'intervention, ce qui, en pratique, s'avère difficile.

### **2 b) Femme enceinte qui refuse un traitement allant contre ses croyances**

#### **Vignette 2 B**

Mademoiselle D. B. est une jeune femme de 25 ans conduite à l'urgence à la suite d'un accident d'automobile. Elle est inconsciente et présente un état de choc secondaire à une hémorragie intraabdominale. Son état requiert des transfusions. Une carte valide stipule qu'en tant que Témoin de Jéhovah, elle refuse toute transfusion même au risque sa vie. Mademoiselle D. B. est enceinte.

**Le médecin peut-il procéder aux interventions nécessaires, incluant la transfusion compte tenu qu'en l'absence de telles interventions, le fœtus risque de mourir ?**

### **Réponse**

Cette vignette soulève la question du conflit fœto-maternel, c'est-à-dire la relation « adversariale » qui s'établit entre le fœtus et la mère.

Dans ce champ, les positions éthiques tendent à privilégier la protection du fœtus. Ainsi, dans son article, *Fetal Surgery: Establishing the Boundaries of the Unborn Child's Right to Prenatal Care*, Edward Keiserlink établit « *qu'entre les droits du fœtus (unborn child) à la vie, à la prévention des malformations évitables et à une qualité de vie et les droits de la femme à l'intégrité physique et à l'autonomie, les droits du fœtus ont préséance.* »

Du point de vue légal, la décision repose sur le statut du fœtus au Canada. La loi actuelle ne reconnaît pas les fœtus comme des personnes au sens légal du terme. Seules les personnes ont des droits et le fœtus, quel que soit l'âge de gestation, n'est pas une personne. Le fœtus n'a donc aucun droit légal, aussi bien du point de vue de la « Common Law » que du point de vue des lois du Québec.

Le Code criminel, section 223, va également dans ce sens.

(1) Un enfant devient un être humain au sens de la présente loi lorsqu'il est complètement sorti, vivant, du sein de sa mère :

- a) qu'il ait respiré ou non ;
- b) qu'il ait ou non une circulation indépendante ;
- c) que le cordon ombilical soit coupé ou non.

(2) Commet un homicide quiconque cause à un enfant, avant ou pendant sa naissance, des blessures qui entraînent sa mort **après** qu'il est devenu un être humain.

(S.R., ch. C-34, art. 206).

Ainsi donc, pour qu'un geste criminel entraînant la mort d'un fœtus soit reconnu comme un homicide, il faut que le fœtus meure **après** être né vivant. S'il meurt avant la naissance et s'il est mort-né, il n'est pas considéré comme une personne, donc aucune charge d'homicide ne peut être retenue.

En accord avec ces règles, du point de vue légal, le fœtus n'ayant pas le statut de personne, les droits de la femme priment. Une femme enceinte qui est apte ne peut être traitée sans son consentement, quels que soient les risques encourus par elle ou le fœtus. En Angleterre, dans une action mettant en cause une patiente à terme qui refusait une césarienne en raison d'une phobie des aiguilles, Lady Justice Butler-Sloss écrit dans l'arrêt : « *The law is, in our judgment, clear that a **competent woman** who has the capacity to decide may, **for religious reasons, other reasons or for no reasons at all**, choose not to have medical interventions, even though [...] the consequences may be the death or serious handicap of the child* ». (Texte souligné par Yvette Lajeunesse.)

En 1997, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a émis une politique contre l'imposition de traitement à la femme enceinte. La Société recommande aux médecins d'améliorer leurs habiletés de communication et de conseiller les patientes en vue d'assurer la meilleure issue possible de la grossesse.

Le médecin ne pourra donc procéder aux transfusions en invoquant la nécessité de sauver le fœtus qui n'est pas reconnu comme personne et donc n'a aucun droit.

## 2 c) Mineur qui refuse un traitement allant contre ses croyances

### Vignette 2 C

Sylvie F, âgée de 13 ans, est atteinte de leucémie lymphoïde aiguë. En raison de leurs convictions religieuses en tant que Témoins de Jéhovah, ses parents s'opposent aux traitements qui incluent chimiothérapie et transfusions. L'adolescente s'oppose également de façon répétée aux transfusions. De plus, elle refuse aussi la chimiothérapie en raison des effets secondaires connus.

### Question

1) QUELLES SONT LES RÈGLES QUE LE MÉDECIN DEVRAIT APPLIQUER DANS UN TEL CAS ?

### Réponses

#### Question # 1

Au Québec, voici les articles pertinents du code civil :

#### Article 14

*Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.*

*Le mineur de **quatorze ans et plus** peut néanmoins consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.*

#### Article 15

*Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire ou le tuteur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.*

#### Article 16

*L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.*

*Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.*

## Article 17

*Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.*

## Article 18

*Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire ou le tuteur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.*

Dans le cas présenté, considérant qu'il s'agit d'une adolescente de moins de 14 ans, qu'il s'agit de soins requis par l'état de santé, le consentement sera donné par les parents. Considérant que le refus des parents est injustifié, l'autorisation du tribunal devrait être obtenue. En effet, **les parents ne peuvent pas refuser des traitements médicaux thérapeutiques et bénéfiques, nécessaires à la vie ou à la santé de leur enfant, sur la base de leurs croyances, religieuses ou autres.** Les arguments justifiant cette affirmation sont précisés à la vignette 2D).

Au Canada, dans les autres provinces, les règles de consentement varient. Le concept de mineur mature ou de mineur émancipé est décrit dans la *common law*. Toutefois, ceci ne s'applique pas au Québec. La Société canadienne de pédiatrie a décrit ces variations entre provinces. (<https://cps.ca/fr/documents/position/la-prise-de-decision-medicale-en-pediatrie-de-la-naissance-a-ladolescence#tableau1> ).

## 2 d) Enfant pour qui les parents refusent un traitement allant contre leurs croyances

### Vignette 2 D

Un nouveau-né requiert une intervention cardiaque qui implique de donner des transfusions. Les parents qui sont Témoins de Jéhovah refusent l'intervention en raison de leurs croyances, bien que cette intervention puisse sauver la vie du bébé qui ne présente aucune autre condition pathologique.

## Question

QUELS ARGUMENTS DEVRAIENT AIDER LE MÉDECIN À ORIENTER SA DÉCISION ?

## Réponse

**Le conflit se situe entre le droit de l'enfant à la vie et à la sécurité de sa personne et le droit de ses parents à la liberté de religion.** L'obligation première des parents est d'agir dans le meilleur intérêt de leurs enfants. Les parents ont donc l'autorité pour consentir aux traitements médicaux thérapeutiques et bénéfiques pour leurs enfants. Cette autorité supplante le refus de l'enfant. Cependant, l'autorité des parents n'est pas absolue. Ainsi, **les parents ne peuvent pas refuser des traitements médicaux thérapeutiques et bénéfiques, nécessaires à la vie ou à la santé de leur enfant, sur la base de leurs croyances, religieuses ou autres.** Dans un jugement de la Cour Suprême, un juge reconnaît que : « *le droit des parents à la liberté de religion, assurée par la Charte des droits et libertés, n'inclut pas un droit des parents de dénier à leur enfant des traitements médicaux jugés nécessaires par la profession médicale* ». [B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto, [1995] 1 R.C.S. 315]. Assurer que les enfants reçoivent les traitements nécessaires à leur vie ou à leur santé constitue une obligation des parents et la Loi peut invalider le refus des parents à consentir. Ceci n'interdit aucunement que les parents puissent refuser des traitements dans certaines circonstances, même si la conséquence est la mort de l'enfant. Par exemple, les parents peuvent demander l'arrêt de traitement dans la phase terminale d'une maladie sans qu'il n'y ait besoin de recourir aux tribunaux. Ainsi, devant le refus des parents d'autoriser un tel traitement bénéfique, une intervention du tribunal sera appropriée, soit en vue d'une mise en tutelle temporaire (Canada) soit en vue d'obtenir l'autorisation du tribunal (Québec).

Dans la situation présentée qui n'implique pas d'urgence vitale, le médecin devrait préalablement avoir discuté avec les parents à la recherche de solutions alternatives possibles permettant d'éviter les transfusions. En l'absence de telles possibilités, et devant le refus persistant des parents, il devra s'adresser au tribunal.

En situation **d'urgence vitale** et devant le refus des parents, le médecin pourra procéder aux transfusions nécessaires sans autorisation du tribunal.

**PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH**  
**Examen final MMD1231 (3 février)**

**CONGÉ POUR LES MONITEURS**

## L'EXAMEN NEUROLOGIQUE FONCTIONS MENTALES SUPÉRIEURES (FMS) NERFS CRÂNIENS

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS

- L'étudiant connaît les symptômes et les signes du système neurologique.
- L'étudiant connaît l'anatomie des nerfs crâniens et leur fonction.

#### APTITUDES

- L'étudiant recueille l'histoire de la pathologie neurologique d'un patient.
- L'étudiant exécute l'examen des FMS.
- L'étudiant examine les nerfs crâniens.

#### ATTITUDES

- L'étudiant reconnaît l'importance d'expliquer au malade pourquoi il évalue les fonctions mentales supérieures.

#### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Lectures dirigées

Pratique d'examen physique

Jeu de rôle

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Bates B.**
  - pour les 6 semaines de neurologie
    - yeux : champs visuels, mouvements oculaires
    - oreilles : audition, acuité auditive, conduction aérienne et osseuse
    - système neurologique
- **ENA** : Examen neurologique (vidéos de la docteure Jeanne Teitelbaum), vidéo de l'examen neurologique complet dans la préparation de l'activité 2 CAAHC
- **Richard C., Lussier M.-T.**, La communication professionnelle en santé, ERPI, 2015 : les chapitres 7, 8 et 9 (habiletés communicationnelles)
- **Bourdy C.**, Symptomatologie neurologique traduit du Bates'
- **Boucher A. et alii 2022-2023** : Cahier des habiletés cliniques
  - FMS
  - Nerfs crâniens
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - 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
- **Bourdy C. et alii** : Jeu de rôle (pour les moniteurs seulement, au Cahier du moniteur)

## SCÉNARIO DU 08-02-2023

---

### 8h30 à 9h00      RÉTROACTION SUR L'HISTOIRE DE CAS HÉMATOLOGIQUE

Le moniteur révise, avec les étudiants, la structure de la rédaction de l'histoire de cas, puis discute avec eux de la rédaction de la **MALADIE ACTUELLE** et du recueil des symptômes hématologiques du patient.

Il révise la **liste des problèmes** rédigée par chaque étudiant et la complète ou la corrige, au besoin.  
Il commente sur le **raisonnement clinique** qui se dégage ou pas de la rédaction de cette histoire de cas.

### 9h00 à 9h45      JEU DE RÔLE – SÉMIOLOGIE NEUROLOGIQUE

Le moniteur révise avec ses étudiants les principaux symptômes de l'anamnèse neurologique. Ceci augmentant leur **BASE DES CONNAISSANCES** essentielles au raisonnement clinique.

Le moniteur anime un jeu de rôle où un étudiant recueille la symptomatologie d'un patient ayant un problème qui pourrait être neurologique (les autres systèmes possiblement atteints peuvent être évoqués), rôle joué par le moniteur ou par un autre étudiant.

#### **Objectifs :**

- Prise en compte des **INDICES INITIAUX**
- **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- Recueil de la symptomatologie neurologique (attributs des symptômes)
- **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**
- Habiletés communicationnelles (début de la rencontre, facilitation, clarification, vision de la patiente, résumés internes, fin de la rencontre)

### 9h45 à 11h30      PRATIQUE D'EXAMEN NEUROLOGIQUE Fonctions mentales supérieures Nerfs crâniens

Le moniteur révise l'examen des fonctions mentales supérieures (F.M.S.) avec les étudiants.  
Il révise l'anatomie des nerfs crâniens (cf. Bates') et leur fonction respective, puis il démontre l'examen de chaque paire de nerf crânien.

Les étudiants pratiquent ensuite entre eux l'examen des nerfs crâniens.

N. B. Le moniteur souligne aussi comment ces examens s'intègrent habituellement à l'examen de la tête et du cou lors de l'examen physique complet.

## SYMPTOMATOLOGIE NEUROLOGIQUE

### CÉPHALÉE

Localisation / Irradiation

Sévérité (sur 10)

Constante ou pulsatile

Évolution Nouvelle et aiguë

Chronique (stable ou changement récent : exacerbation ?)

Horaire dans la journée

Facteurs aggravants / soulageants (toux, éternuement, changement de position de la tête)

Symptômes accompagnateurs

Nausée avec ou sans vomissements

Symptômes neurologiques (trouble visuel, parésie, hypoesthésie, etc.)

Histoire familiale

État émotif (affectif)

En relation avec le cycle hormonal ou l'alimentation

### ÉTOURDISSEMENTS

Sensation de déséquilibre, de faiblesse imminente, de tête légère

Médication ?

### VERTIGE (perception que l'environnement ou le patient tourne)

Nausée ? Pire au changement de position ?

### PARALYSIE / PARÉSIE

Unilatérale (hémicorps) ou diffuse

Début soudain ou progressif

Durée

Atteinte proximale ou distale

### PARESTHÉSIES / DYSESTHÉSIES / HYPOESTHÉSIES

Unilatérale (hémicorps) ou diffuse

Début soudain ou progressif

Durée

Atteinte proximale ou distale

### VISION

Baisse de vision

Unilatérale vs bilatérale

Soudaine vs progressive

Vision de près ou de loin

Uniforme vs partielle (champ visuel)

Perte centrale ? Périphérique ? D'un seul côté ?

Scotomes

Taches (mouvantes ou stables)

Flash lumineux (phosphènes)

Diplopie (verticale ou horizontale)

## **AUDITION**

Perte d'audition (presbyacousie) atteinte de la conduction ou neurosensorielle ?

Soudaine vs progressive

Unilatérale ou bilatérale

Milieu de travail

Écoute de musique avec des écouteurs

Otalgie

Tinnitus

## **PERTE DE CONSCIENCE (Syncope, crise convulsive)**

Symptômes annonciateurs

Position avant la perte de conscience

Durée

Totale vs partielle (possibilité d'entendre les gens parler ?)

Observateur présent

Corroboration sur ce qui s'est passé avant, pendant et après la perte de conscience

État après la perte de conscience (obnubilé ou éveillé)

## **CRISE CONVULSIVE**

Perte de conscience totale ou partielle

Symptômes pré-convulsion (aura ?)

Mouvements anormaux

Unilatéraux vs bilatéraux

Membre(s) supérieur(s) et/ou inférieur(s)

Incontinence (urinaire et/ou fécale)

Morsure dans la bouche (langue, joue)

## **TREMBLEMENTS / MOUVEMENTS INVOLONTAIRES**

Symptômes accompagnateurs

Début soudain ou progressif

Unilatérale (hémicorps) ou diffuse

Au repos vs avec le mouvement (intentionnel)

Facteurs aggravants et soulageants

## **DOULEUR**

Douleur faciale

Cervico-brachialgie

Lombosciatalgie

## **IMPATIENCE DANS LES JAMBES**

Au repos

Pire la nuit

Soulagée par la marche



## JEU DE RÔLE SÉMILOGIE NEUROLOGIQUE

---

### **BUTS :**

**IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants**

**DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**

**RECUEIL DE LA SÉMILOGIE NEUROLOGIQUE** (attributs du symptôme) + **PERSPECTIVES DE LA PATIENTE**

**HABILITÉS COMMUNICATIONNELLES** (Calgary-Cambridge)

### **CONTEXTE**

Clinique sans rendez-vous, début de matinée, 30 minutes d'attente, trois patients dans la salle d'attente

### **CONSIGNES À LA PATIENTE**

Vous paraissez souffrante, front plissé, la tête appuyée sur une de vos mains

### **IDENTIFICATION**

Femme de 35 ans, célibataire, sans enfant, avocate, vivant avec un conjoint depuis 10 ans

**RAISON DE CONSULTATION** : « *Docteur, j'ai mal à la tête et je voudrais des médicaments* »

### **MALADIE ACTUELLE**

**Depuis 1 semaine**, vous avez un mal de tête diffus

Si on demande de préciser si c'est « en casque, comme un chapeau trop serré », vous répondez : « *oui* »

Avec une nuqualgie (douleur à la nuque) bilatérale

Intensité de 3 à 4 / 10

Surtout en fin de journée, qui sont difficiles pour vous (**IMPACT**)

Rares nausées accompagnatrices, mais pas de vomissements durant la dernière semaine

Soulagée par 2 à 3 acétaminophène en quelques heures

« *Ce n'est pas comme mon mal de tête habituel, je dois être plus stressée* » (**CROYANCES**)

En effet, depuis une **vingtaine d'années**

Vous avez des céphalées à la région temporale à gauche le plus souvent

Pulsatiles

Sans irradiation

Intensité parfois de 7 à 8 / 10, le plus souvent environ 5 / 10

Avec photophobie et hyperacousie (intolérance aux bruits)

Nausée et à l'occasion quelques vomissements

Durée 1 à 2 jours

Soulagée par une médication antimigraineuse : « *D'ailleurs, j'ai besoin que vous renouveliez mes médicaments; je prends du zolmitriptan, il ne m'en reste plus* » (**ATTENTES**)

**Il y a 1 mois**, lors d'une de ces crises, vous avez ressenti des engourdissements (paresthésies) dans la main droite pendant 1 heure et ça vous a inquiétée (**PRÉOCCUPATIONS**)

Habituellement, vous avez ces crises douloureuses en période péri-menstruelle

Aucun symptôme systémique accompagnateur

### **ANTÉCÉDENTS, HABITUDES DE VIE ET MÉDICATION**

**Personnels** : accident d'auto il y a 3 ans, vous avez eu une entorse cervicale; pas de chirurgie

**Familiaux** : père migraineux

**Médication** : Zolmitriptan 2,5 mg 1 à 2 comprimés par jour quand vous avez une migraine

### **RAISONNEMENT CLINIQUE**

**INDICES INITIAUX** : elle paraît souffrante

**OBJECTIFS DE LA RENCONTRE** : soulager la céphalée actuelle et renouveler sa médication antimigraineuse

**CATÉGORISER POUR L'ACTION** : condition actuelle semble une céphalée de tension qui s'ajoute aux migraines connues; possible migraine compliquée (ICT ?) lors d'une crise douloureuse récente.

## LE PATIENT AVEC UNE MALADIE NEUROLOGIQUE FONCTION MOTRICE – ROT – CUTANÉ PLANTAIRE

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS

- L'étudiant connaît les symptômes et les signes du système neurologique.
- L'étudiant connaît l'innervation et la fonction motrice des muscles des membres supérieurs et inférieurs.

#### APTITUDES

- L'étudiant exécute l'examen des fonctions motrices.
- L'étudiant examine les réflexes ostéotendineux (ROT).
- L'étudiant examine le réflexe cutané plantaire.

#### ATTITUDES

- L'étudiant est sensibilisé aux adaptations nécessaires lors d'une atteinte neurologique.

### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Discussion en groupe

Lectures

Pratique de l'examen neurologique entre étudiants

Rencontre avec un patient

---

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Bates B.**, Voir semaine 5
- **Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI, 2015** : les chapitres 7, 8 et 9 seront utilisés au cours de toute la session; particulièrement, cette semaine : p. 159 à 166
- **Boucher A. et alii 2022-2023** : Cahier des habiletés cliniques
  - Fonction motrice
  - ROT et cutané plantaire
- **Caire Fon, N, et al, (2015).** PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - 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
- **Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive** (p. 18-19 Cahier du moniteur; aussi sur ENA)

## SCÉNARIO DU 15-02-2023

---

### 8h30 à 9h30 FONCTION MOTRICE – ROT – CUTANÉ PLANTAIRE

Le moniteur révisé l'innervation et la fonction motrice des muscles des membres supérieurs et inférieurs.

Sous la supervision du moniteur, les étudiants pratiquent entre eux l'examen :

- o de la fonction motrice des membres supérieurs et inférieurs
- o des ROT et du réflexe cutané plantaire.

N. B. Le moniteur démontre aussi comment ces examens s'intègrent habituellement à l'examen physique complet, lorsque nécessaire.

### 9h30 à 11h00 OBSERVATION DIRECTE D'UN GROUPE DE 2 ÉTUDIANTS

#### Objectifs :

- Prise en compte des **INDICES INITIAUX**
- **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- Recueil de la symptomatologie neurologique (attributs des symptômes)
- Antécédents personnels et familiaux + habitudes de vie + médication
- Revue du système hématologique
- Examen des FMS + nerfs crâniens
- **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**
- Habiletés communicationnelles (début de la rencontre, facilitation, clarification, vision de la patiente, résumés internes, fin de la rencontre) (cf. Richard, Lussier p. 159 à 166)

Visite d'un malade hospitalisé en neurologie ou d'un patient externe.

Les étudiants recueillent la **MALADIE ACTUELLE** et effectuent un **examen physique complet** du patient, si possible, en portant attention sur les **FMS et les nerfs crâniens** (sinon les étudiants effectueront les examens entre eux).

Le moniteur qui aura observé la rencontre au moyen de l'outil (Observation directe d'une entrevue et d'un examen physique) fera une **rétroaction descriptive** immédiatement après la rencontre autant sur le **PROCESSUS** (communication) que sur le **CONTENU**.

### 11h00 à 11h30 RETOUR EN GROUPE DISCUSSION SUR LES PATIENTS RENCONTRÉS RÉDACTION MANUSCRITE D'UNE HISTOIRE DE CAS

Partage entre étudiants de l'histoire des patients rencontrés, le moniteur anime une discussion sur les aspects de la rencontre :

- difficultés dans la communication ? techniques communicationnelles utilisées
- **INDICES INITIAUX** (environnement et patient)
- **OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- anamnèse complète ?
- particularités lors de l'examen physique ?
- diagnostic principal et diagnostics différentiels (**CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**)

Révision en groupe des 2 patients visités; retour au chevet si nécessaire et si le temps le permet.

**ATTENTION : Les histoires de cas doivent obligatoirement être manuscrites (i.e. préparation à l'externat) et remises à l'adjointe du CH avant 16h. S'il y a un cours en PM, les étudiants ont jusqu'à 23h59 pour remettre leur histoire de cas (version numérisée de l'histoire de cas manuscrite doit être envoyée à l'adjointe du CH).**

## SÉMIOLOGIE NEUROLOGIQUE ARRÊT DE TRAITEMENT ÉVALUATION FORMATIVE DE MI-SESSION

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS

- L'étudiant connaît les symptômes et les signes du système neurologique.
- L'étudiant connaît la règle d'équivalence.

#### APTITUDES

- L'étudiant recueille l'histoire d'une atteinte neurologique des membres supérieurs et inférieurs.
- L'étudiant démontre de l'empathie et du soutien face à un patient inquiet.

#### ATTITUDES

- L'étudiant est sensibilisé face aux enjeux éthiques de l'arrêt de la ventilation mécanique.
- L'étudiant est sensibilisé aux impacts psycho-sociaux chez le patient occasionnés par la perte d'autonomie.

#### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Lectures dirigées  
Discussion de groupe  
Jeu de rôle  
Rétroaction formative

---

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Bates B.**, Voir semaine 5
- **Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI, 2015** : les chapitres 7, 8 et 9 seront utilisés au cours de toute la session; particulièrement, cette semaine : chap. 5, pp. 99 à 106
- **ALDO-QUÉBEC 2020**, partie II Section C : Les enjeux de fin de vie
- **Dupont-Thibodeau A.** : *Le respirateur de Georges 2022* (pistes de réflexion au Cahier du moniteur)
- **Caire Fon, N, et al, (2015).** PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - 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
- **Bourdy C. et alii**, Jeu de rôle (pour les moniteurs seulement, au Cahier du moniteur)

## SCÉNARIO DU 22-02-2023

---

### 8h30 à 9h00 RÉTROACTION SUR L'HISTOIRE DE CAS

Le moniteur révisé, avec les étudiants, la structure de la rédaction de l'histoire de cas puis discute avec eux de la rédaction de la **MALADIE ACTUELLE** et du recueil des symptômes neurologiques du patient.

Il révisé la **liste des problèmes** rédigée par chaque étudiant et la complète ou la corrige au besoin. Il commente sur le **raisonnement clinique** qui se dégage ou pas de la rédaction de cette histoire de cas.

### 9h00 à 9h45 JEU DE RÔLE – SÉMIOLOGIE NEUROLOGIQUE

Le moniteur anime un jeu de rôle où un étudiant recueille la symptomatologie d'un patient ayant un problème neurologique, rôle joué par le moniteur ou par un autre étudiant.

#### **Objectifs :**

- Prise en compte des **INDICES INITIAUX**
- **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- Perspective et émotions du patient
- Recueil de la symptomatologie neurologique (attributs des symptômes)
- **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**
- **Amorce de raisonnement clinique** : territoire touché (racine ? nerf périphérique ?), syndrome clinique typique ?  
(N.B. : le moniteur aide le groupe à proposer des hypothèses diagnostiques à la suite du jeu de rôle, soit avant l'examen physique. Il souligne, comment l'anamnèse doit orienter l'examen physique qui sera effectué par la suite; recherche spécifique de signes diagnostiques)
- Habilités communicationnelles (début de la rencontre, facilitation, clarification, vision de la patiente, résumés internes, fin de la rencontre)

### 9h45 à 10h30 ÉTHIQUE – ARRÊT DE TRAITEMENT

Discussion sur les aspects éthiques, déontologiques et légaux en regard de l'arrêt de traitement.

Le moniteur précise les notions de **règle d'équivalence** et de **soins proportionnés** à partir du texte de la docteure Amélie Dupont-Thibodeau « Le respirateur de Georges ».

Le moniteur souligne l'existence et le rôle important des associations d'aide pour patients atteints de maladie neurologique (sclérose en plaques, SLA, épilepsie, etc.)

### 10h30 à 11h30 RÉTROACTION FORMATIVE

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. 55*).

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.

## JEU DE RÔLE – PARÉSIES, PARESTHÉSIES

---

### BUTS :

IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants

DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

RECUEIL DE LA SÉMIOLOGIE NEUROLOGIQUE (attributs du symptôme)

RECUEIL DE LA PERSPECTIVE ET DES ÉMOTIONS DU PATIENT

HABILITÉS COMMUNICATIONNELLES (Calgary-Cambridge)

CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION (territoire touché (racine? nerf périphérique?), syndrome clinique typique?)

### CONTEXTE

Bureau avec rendez-vous, fin de soirée.

### CONSIGNES AU (À LA) PATIENT(E)

Vous paraissez inquiet(ète), vous bougez sur votre chaise, vous jouez avec vos mains.

### IDENTIFICATION

Homme ou femme de 30 ans, marié(e), 1 fils de 5 ans, technicien de laboratoire

**RAISON DE CONSULTATION** « *Je sens ma jambe droite faible depuis quelque temps.* »

### MALADIE ACTUELLE

Depuis **2 ou 3 mois**,

Vous avez une sensation de **faiblesse variable à la jambe droite**.

**Une à deux fois par semaine**, sans augmentation de fréquence récemment.

Parfois ça semble être une **faiblesse du mollet** (monter des marches semble plus difficile). (**IMPACT**)

Parfois ça semble être plutôt une **faiblesse de tout le membre inférieur** (« *on dirait que toute ma jambe est trop lourde.* »).

Vous restez quand même **capable de monter un escalier** lors de ces faiblesses.

Ce malaise semble constant mais moins incommodant si vous ne faites pas d'effort.

Rien ne semble déclencher ni soulager ces faiblesses, vous voulez que ça cesse. (**ATTENTES**)

Aucun médicament pris.

Pas de douleur associée, mais parfois il y a des **légers picotements** sur le **dessus du pied** en même temps que la faiblesse.

Aucun symptôme systémique.

Si on vous questionne spécifiquement à ce sujet,

vous vous souvenez finalement que vous avez eu une **douleur au dos il y a 3 mois**, vous avez « barré » et ç'a duré 3 jours. « *Ça doit être à cause de ça.* ». (**CROYANCES**)

Vous n'avez pas eu mal au dos depuis ce temps-là.

Vous êtes **inquiet que ça ne soit le début d'une sclérose en plaques**, car c'est comme ça que ç'a débuté pour votre sœur il y a 2 ans avec une faiblesse qui venait et partait. (**PRÉOCCUPATIONS et ÉMOTIONS**)

### ANTÉCÉDENTS ET HABITUDES DE VIE

**Personnels** : Fracture du tibia droit (accident de ski) il y a 5 ans.

**Familiaux** : Sœur de 22 ans qui souffre de sclérose en plaques depuis 2 ans.

**Médication** : Nil.

### GUIDE POUR L'EXAMEN PHYSIQUE QUI DEVRAIT ÊTRE EFFECTUÉ

Force des membres inférieurs et ROT.

### RAISONNEMENT CLINIQUE

Possible sclérose en plaques, mais début atypique.

Possible atteinte d'origine périphérique.

Discuter des éléments en faveur et en défaveur d'une hypothèse ou l'autre.

# ARRÊT DE TRAITEMENT LE RESPIRATEUR DE GEORGES

(document préalable pour les étudiants)

Yvette Lajeunesse MD  
Révisé décembre 2022 par  
Amélie Du Pont-Thibodeau MD

## **Objectifs**

### **L'étudiant pourra expliquer**

- **les règles qui entrent en considération dans l'arrêt de traitement;**
- **la démarche appropriée lors de la décision d'arrêt de traitement.**

Vous êtes assis au poste à rédiger le rapport de la rencontre que vous venez d'effectuer dans le cadre des sciences neurologiques de l'IMC. Vous êtes attiré par la discussion animée et les éclats de voix juste à côté. Deux infirmières et un médecin échangent sur un cas qui semble assez complexe. Vous comprenez qu'il s'agit d'un patient, monsieur Georges M., atteint d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA, aussi connue sous le nom de « maladie de Charcot » du nom d'un célèbre neurologue pour les Français et de « maladie de Lou Gehrig » du nom d'un célèbre joueur de baseball pour les Américains).

Vous savez déjà que cette maladie consiste en un trouble progressif des neurones moteurs du cortex cérébral, du tronc cérébral et de la moelle conduisant à une amyotrophie et une paralysie généralisées laissant le patient dans un état de dépendance totale. Cette maladie entraîne le plus souvent la mort par des troubles respiratoires dus à l'atteinte bulbaire.

Le groupe discute du patient admis la veille avec des complications respiratoires. En raison des signes d'insuffisance respiratoire sévère et sous la pression de l'épouse, le médecin de garde à l'urgence a procédé à une intubation et le patient est admis en pneumologie. L'infirmier est certain que le patient souhaite qu'on le débranche. Le médecin répond qu'il ne peut pas retirer le tube parce que :

1. il ne sait pas si le patient avait déjà exprimé sa volonté par rapport aux traitements acceptables pour lui dans sa condition et il n'a pas moyen de le connaître, car celui-ci ne peut s'exprimer actuellement;
2. l'épouse qui le connaît quand même mieux demande que l'on fasse tout ce qui est possible pour le sauver, elle doit sûrement exprimer sa volonté;
3. et même si le médecin à l'urgence a hésité longtemps, se demandant s'il s'agissait d'un traitement proportionné, maintenant qu'il est intubé vaut mieux maintenir le traitement pour éviter les poursuites.

La deuxième infirmière soutient qu'il doit exister une autre façon de savoir ce qui serait bien pour ce patient.

## **QUESTIONS**

- 1. Quels sont les aspects problématiques dans cette vignette ?**
- 2. Le médecin de garde a-t-il eu raison de procéder à l'intubation ?**
- 3. Les arguments du médecin « traitant » sont-ils valables ?**
- 4. Comment déterminer et assurer le bien de ce patient ?**

# ARRÊT DE TRAITEMENT LE RESPIRATEUR DE GEORGES

## PISTES DE RÉFLEXION (Document pour les moniteurs)

Yvette Lajeunesse MD  
Révisé décembre 2022 par  
Amélie Du Pont-Thibodeau MD

### **Objectifs**

#### **L'étudiant pourra expliquer**

- **les règles qui entrent en considération dans l'arrêt de traitement;**
- **la démarche appropriée lors de la décision d'arrêt de traitement.**

Vous êtes assis au poste à rédiger le rapport de la rencontre que vous venez d'effectuer dans le cadre des sciences neurologiques de l'IMC. Vous êtes attiré par la discussion animée et les éclats de voix juste à côté. Deux infirmières et un médecin échangent sur un cas qui semble assez complexe. Vous comprenez qu'il s'agit d'un patient, monsieur Georges M., atteint d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA, aussi connue sous le nom de « maladie de Charcot » du nom d'un célèbre neurologue pour les Français et de « maladie de Lou Gehrig » du nom d'un célèbre joueur de baseball pour les Américains).

Vous savez déjà que cette maladie consiste en un trouble progressif des neurones moteurs du cortex cérébral, du tronc cérébral et de la moelle conduisant à une amyotrophie et une paralysie généralisée laissant le patient dans un état de dépendance totale. Cette maladie entraîne le plus souvent la mort par des troubles respiratoires dus à l'atteinte bulbaire.

Le groupe discute du patient admis la veille avec des complications respiratoires. En raison des signes d'insuffisance respiratoire sévère et sous la pression de l'épouse, le médecin de garde à l'urgence a procédé à une intubation et le patient est admis en pneumologie. L'infirmier est certain que le patient souhaite qu'on le débranche. Le médecin répond qu'il ne peut pas retirer le tube parce que :

1. il ne sait pas si le patient avait déjà exprimé sa volonté par rapport aux traitements acceptables pour lui dans sa condition et il n'a pas moyen de le connaître, car celui-ci ne peut s'exprimer actuellement;
2. l'épouse qui le connaît quand même mieux demande que l'on fasse tout ce qui est possible pour le sauver, elle doit sûrement exprimer sa volonté;
3. et même si le médecin à l'urgence a hésité longtemps, se demandant s'il s'agissait d'un traitement proportionné, maintenant qu'il est intubé vaut mieux maintenir le traitement pour éviter les poursuites.

La deuxième infirmière soutient qu'il doit exister une autre façon de savoir ce qui serait bien pour ce patient.

### **QUESTIONS**

1. **Quels sont les aspects problématiques dans cette vignette ?**
2. **Le médecin de garde a-t-il eu raison de procéder à l'intubation ?**
3. **Les arguments du médecin « traitant » sont-ils valables ?**
4. **Comment déterminer et assurer le bien de ce patient ?**

#### **QUESTION 1 : Quels sont les aspects problématiques dans cette vignette ?**

Demander aux étudiants d'énumérer les points qu'ils identifient comme problématiques et discuter chacun d'eux.

Les catégories suivantes devraient avoir été abordées.

#### **L'importance de la communication**

La communication est importante dans toutes les situations, mais encore plus dans des situations complexes et difficiles comme celle décrite dans la vignette. Il est important au sein d'une équipe de pouvoir discuter de ces situations, de poser des questions et de partager son point de vue. Comme médecin, il est important de



participer à créer un environnement sécuritaire et ouvert dans lequel les membres de l'équipe sentent qu'ils peuvent s'exprimer et partager leurs questionnements.

### **La règle du consentement aux soins**

Le processus décisionnel menant à un arrêt de traitement est le même que celui qui a lieu dans un refus de traitement ou dans le consentement à un traitement. Ainsi, les normes et les règles déjà vues à la semaine 3 s'appliquent aussi à la situation décrite dans la vignette cette semaine (cf. matériel Refus de soin).

Procéder à un arrêt de traitement nécessite donc le consentement du patient. Dans le cas présent, le médecin soutient que le patient serait incapable d'exprimer sa volonté. Le patient est-il réellement incapable d'exprimer sa volonté ? Même s'il est impossible verbalement, il faudrait tenter d'explorer les moyens de communication non verbaux. Le contexte clinique décrit ne constitue pas nécessairement une situation d'exception au consentement, soit l'impossibilité d'obtenir un consentement en situation d'urgence vitale.

Si le patient présente une réelle incapacité à exprimer sa volonté, il faudrait vérifier s'il a indiqué ses volontés d'une autre façon, par exemple dans le cadre d'un testament ou d'un mandat de protection. À noter que ces deux exemples sont indicatifs des volontés du patient, mais pas nécessairement contraignants. De plus, depuis 2015, le médecin qui prodigue des soins à un patient inapte à donner un consentement aux soins doit vérifier l'existence de directives médicales anticipées (DMA) au sens de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (Loi 2 ou LCSFV).

Il s'agit d'un formulaire signé par le patient concernant 5 types de soins auxquels il consent ou refuse :

- 1) réanimation cardio-respiratoire
- 2) ventilation assistée par un respirateur ou tout autre support technique
- 3) dialyse
- 4) alimentation forcée ou artificielle
- 5) hydratation forcée ou artificielle

s'il se trouve dans les situations cliniques suivantes :

- a) situation de fin de vie (condition médicale grave et incurable en fin de vie)
- b) situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives (un état comateux irréversible ou état végétatif permanent ou une démence grave sans possibilité d'amélioration)

Si le patient a signé le formulaire des DMA et que la situation correspond aux conditions décrites et aux soins inscrits sur le formulaire, le consentement ou le refus de soins dans ce contexte a un caractère contraignant. Ceci signifie que si le médecin propose un des cinq soins, le consentement ou le refus de ce soin inscrit dans les DMA a la même valeur que si le patient était apte devant lui; ce consentement ou ce refus doit être respecté. Autrement dit, si Georges a indiqué dans ses DMA qu'il ne consentait pas à la ventilation assistée par un respirateur en situation de fin de vie, le médecin doit respecter cette directive si la situation clinique y correspond.

### **La notion de qualité de vie**

La notion de qualité de vie est une notion essentiellement subjective. Il est donc possible et même fréquent que la qualité de vie perçue par le patient diffère de celle perçue par l'équipe ou qu'elle diffère entre différents membres de l'équipe. Par définition, la notion de qualité de vie est de nature multidimensionnelle et ne se limite pas à l'état de santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité de vie comme : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui subit l'influence complexe de la santé physique du sujet, de son état psychologique, de son niveau d'indépendance, de ses relations sociales et de sa relation aux éléments essentiels à son environnement ». Cette définition souligne la nature subjective de la qualité de vie.

## QUESTION 2 : Le médecin de garde a-t-il eu raison de procéder à l'intubation ?

En l'absence des renseignements pertinents, surtout en ce qui a trait au consentement et compte tenu de l'urgence de la situation, le médecin est toujours justifié de débiter un traitement. Débiter un traitement ne crée pas l'obligation de le poursuivre contrairement à ce que croit le médecin de l'étage. D'un point de vue éthique, la **régle de l'équivalence** nous dit qu'il n'y a pas de différence entre ne pas initier un traitement ou le cesser.

Dans son document, *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie*, le Collège des médecins du Québec (CMQ) rappelle que la décision de soins repose sur un processus décisionnel dynamique : « En clinique, le médecin offre, en raison de ses compétences, les soins qu'il juge le plus objectivement possible appropriés d'un point de vue médical. Le patient reste évidemment celui qui décide puisqu'il s'agit de sa vie. Pour des raisons subjectives aussi bien qu'objectives, il accepte, refuse ou demande autre chose que les soins proposés. Face à cette réaction du patient, le médecin demeure toutefois responsable des actes qu'il posera. Il accepte de donner suite à la demande du patient, refuse ou propose autre chose, auquel cas la dynamique reprend son cours ». (Rf. 2)

## QUESTION 3 : Les arguments du médecin traitant sont-ils valables ?

Les arguments mis de l'avant par le médecin traitant ont été précédemment discutés et devraient apparaître insuffisants, compte tenu des réserves émises. Quant à l'argument 3, la crainte de poursuites légales est en soi un mauvais argument pour justifier notre pratique médicale.

De plus, il est important de souligner que cesser un traitement n'est pas répréhensible d'un point de vue légal. Plusieurs cas de jurisprudence reconnaissent que la personne capable peut demander la cessation d'un traitement devenu inutile.

## QUESTION 4 : Comment déterminer et assurer le bien de ce patient ?

**En rassemblant ce qui a été mentionné, aider les étudiants à repérer les éléments suivants :**

1. déterminer la condition du patient (il ne s'agit pas seulement de connaître le diagnostic médical, mais de connaître sa condition globale : état de santé, état fonctionnel, état psychologique, conditions matérielles de vie, relations/ressources sociales et *son plan de vie*, soit ce qu'on appelle la condition bio-psycho-sociale en vue de déterminer ses besoins et ses attentes);
2. déterminer ce que la condition *médicale* du patient requiert au point de vue traitement (ici, l'insuffisance respiratoire causée par sa maladie de base requiert une intubation);
3. déterminer les options de traitement (dans ce cas-ci, l'autre option consiste à extuber, c'est-à-dire à arrêter le respirateur, ce qui implique le décès du patient. Cependant, il faut préciser que cette deuxième option s'accompagne de la mise en place de soins palliatifs pour éviter la douleur et l'inconfort);
4. le patient étant inapte (pour les besoins de la discussion, nous avons postulé l'inaptitude du patient), déterminer qui peut donner un consentement aux soins pour ce patient : un représentant légal a-t-il déjà été désigné ? (rien ne le suggère dans la vignette), sinon le médecin devrait s'adresser à l'épouse en tant que personne autorisée par la Loi (art.15 du C.c.Q);
5. en tenant compte de l'*ensemble* des données précédentes, discuter avec le patient ou son substitut (ici, l'épouse) en vue de déterminer la conduite qui répond le mieux à ses besoins et/ou à son meilleur intérêt (démarche de consentement de type consensuel). Le médecin devrait pouvoir clarifier les divergences d'opinion qu'il peut avoir avec le patient - ou son substitut - à ce moment-ci. La communication devient un outil déterminant pour clarifier la position de l'épouse (entre autres, préciser les raisons qui l'ont poussée à demander l'intubation), souligner la notion de proportionnalité des soins et aider à déterminer ce qui correspond réellement au bien du patient;
6. analyser et discuter toute opinion contradictoire en provenance des proches, des intervenants ou de tout autre individu impliqué dans la démarche;
7. procéder aux mesures nécessaires pour que la décision soit mise en œuvre;
8. apporter le support nécessaire au patient face à la décision quelle qu'elle soit, ainsi qu'à la famille et aux intervenants.

## **Annexe 1**

### **Articles du Code civil du Québec qui fondent le consentement aux soins**

#### *Article 10*

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.

#### *Article 11*

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. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées (DMA) en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer.

#### *Article 12*

Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

#### *Article 15*

Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur.

Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

### **Articles de la Loi concernant les soins de fin de vie au sujet des directives médicales anticipées (DMA)**

#### *Article 51*

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, au moyen de directives médicales anticipées, indiquer si elle consent ou non aux soins médicaux qui pourraient être requis par son état de santé au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

[...]

#### *Article 57*

Le médecin qui constate l'inaptitude d'une personne à consentir aux soins consulte le registre des directives médicales anticipées. Si des directives médicales anticipées concernant cette personne s'y trouvent, il les verse au dossier de cette dernière.

#### *Article 58*

Lorsqu'une personne est inapte à consentir aux soins, les volontés relatives aux soins clairement exprimées dans des directives médicales anticipées qui ont été versées au registre des directives médicales anticipées ou au dossier de la personne ont, à l'égard des professionnels de la santé ayant accès à ce registre ou à ce dossier, la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir aux soins.

[...]

#### *Article 61*

Le tribunal peut, à la demande du mandataire, du tuteur, du curateur ou de toute personne qui démontre un intérêt particulier pour l'auteur des directives médicales anticipées (DMA), ordonner le respect des volontés relatives aux soins exprimées dans ces directives.

Il peut également, à la demande d'une telle personne, d'un médecin ou d'un établissement, invalider en tout ou en partie des directives médicales anticipées (DMA) s'il a des motifs raisonnables de croire que l'auteur de ces directives n'était pas apte à consentir aux soins au moment de leur signature ou que ces directives ne correspondent pas à la volonté de l'auteur dans la situation donnée.

#### *Article 62*

Les volontés relatives aux soins exprimées dans un mandat donné en prévision de l'inaptitude d'une personne ne constituent pas des directives médicales anticipées au sens de la présente loi et demeurent régies par les articles 2166 et suivants du Code civil.

En cas de conflit entre ces volontés et celles exprimées dans des directives médicales anticipées, ces dernières prévalent.

## **Bibliographie**

1. Collège des médecins du Québec, *Le médecin et le consentement aux soins*, septembre 2018
2. Collège des médecins du Québec, *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie*, 2008

# RELÂCHE SCOLAIRE



## LE PATIENT AVEC UNE MALADIE NEUROLOGIQUE FONCTION SENSITIVE – FONCTION CÉRÉBELLEUSE

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIF

- L'étudiant connaît les symptômes et les signes du système neurologique.
- L'étudiant connaît la distribution des dermatomes.
- L'étudiant connaît l'anatomie et la fonction du cervelet.

#### APTITUDE

- L'étudiant évalue la fonction sensitive.
- L'étudiant évalue la fonction cérébelleuse.
- L'étudiant exécute l'anamnèse et l'examen neurologiques.

#### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Pratique de l'examen neurologique entre étudiants  
Examen clinique auprès d'un malade

---

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Bates B.**, Voir semaine 5
- **Richard C., Lussier M.-T.**, **La communication professionnelle en santé, ERPI, 2015 :** Les chapitres 7, 8 et 9
- **Boucher A. et alii 2022-2023, Cahier des habiletés cliniques**
  - Fonction sensitive
  - Fonction cérébelleuse
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - **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
- **Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive** (p. 18-19 Cahier du moniteur; aussi sur ENA)

## SCÉNARIO DU 08-03-2023

---

### 8h30 à 9h30 PRATIQUE ENTRE ÉTUDIANTS DE L'EXAMEN NEUROLOGIQUE FONCTION SENSITIVE – FONCTION CÉRÉBELLEUSE

Démonstration par le moniteur puis pratique entre étudiants de l'examen neurologique : fonction sensitive et cérébelleuse.

N. B. Le moniteur démontre aussi comment ces examens s'intègrent habituellement à l'examen physique complet, lorsque nécessaire.

### 9h30 à 11h00 OBSERVATION DIRECTE D'UN GROUPE DE 2 ÉTUDIANTS

#### Objectifs :

- Prise en compte des **INDICES INITIAUX**
- **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- Recueil de la symptomatologie neurologique (attributs des symptômes)
- Antécédents personnels et familiaux + habitudes de vie + médication
- Revue du système hématologique
- Examen neurologique
- **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**
- Habiletés communicationnelles (début de la rencontre, facilitation, clarification, vision de la patiente, résumés internes, fin de la rencontre) (cf. Richard, Lussier p. 159 à 166)

Visite d'un malade hospitalisé en neurologie ou d'un patient externe.

Les étudiants recueillent la **MALADIE ACTUELLE** du patient et effectuent un **examen physique** du patient, **système hématologique et neurologique**.

Le moniteur qui aura observé la rencontre au moyen de l'outil (Observation directe d'une entrevue et d'un examen physique) fera une **rétroaction descriptive** immédiatement après la rencontre autant sur le **PROCESSUS** (communication) que sur le **CONTENU** (histoire recueillie).

### 11h00 à 11h30 RETOUR EN GROUPE DISCUSSION SUR LES PATIENTS RENCONTRÉS RÉDACTION MANUSCRITE D'UNE HISTOIRE DE CAS

Partage entre étudiants de l'histoire des patients rencontrés, le moniteur anime une discussion sur les aspects de la rencontre :

- difficultés dans la communication ? techniques communicationnelles utilisées
- **INDICES INITIAUX** (environnement et patient)
- **OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- anamnèse complète ?
- particularités lors de l'examen physique ?
- diagnostic principal et diagnostics différentiels (**CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**)

Révision en groupe des 2 patients visités; retour au chevet si nécessaire et si le temps le permet.

**ATTENTION : Les histoires de cas doivent obligatoirement être manuscrites (i.e. préparation à l'externat) et remises à l'adjointe du CH avant 16h. S'il y a un cours en PM, les étudiants ont jusqu'à 23h59 pour remettre leur histoire de cas (version numérisée de l'histoire de cas manuscrite doit être envoyée à l'adjointe du CH).**

# **PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH CONGÉ POUR LES MONITEURS**

**PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH**  
**Examen final MMD1232 (24 mars)**

**CONGÉ POUR LES MONITEURS**



## ÉVALUATION FORMATIVE EXAMEN NEUROLOGIQUE

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS :

- L'étudiant connaît les symptômes et les signes du système neurologique.

#### APTITUDES :

- L'étudiant exécute l'examen neurologique.

### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Lectures dirigées

Rétroaction immédiate par le moniteur

### ÉVALUATION FORMATIVE

---

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Bates B.**, voir semaine 5
- **Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI, 2015** : les chapitres 7, 8 et 9 seront utilisés au cours de toute la session; particulièrement, cette semaine : chap. 5, p. 99-106
- **Boucher A. et alii 2022-2023**, Cahier des habiletés cliniques : examen neurologique complet
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - **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 29-03-2023

---

### 8h30 à 9h00 RÉTROACTION SUR HISTOIRE DE CAS

Le moniteur révisé, avec les étudiants, la structure de la rédaction de l'histoire de cas puis discute avec eux de la rédaction de la **MALADIE ACTUELLE** et du recueil des symptômes neurologiques du patient.

Il révisé la **liste des problèmes** rédigée par chaque étudiant et la complète ou la corrige au besoin. Il commente sur le **raisonnement clinique** qui se dégage ou pas de la rédaction de cette histoire de cas.

### 9h00 à 11h30 EXAMEN NEUROLOGIQUE – ÉVALUATION FORMATIVE

Examen neurologique deux par deux en présence du moniteur.

Le moniteur utilise les scénarios proposés.

Deux par deux, un(e) étudiant(e) jouera le rôle d'un patient(e) et l'autre, le médecin pour le scénario 1 et l'inverse pour le scénario 2.

L'étudiant(e) médecin effectuera l'anamnèse, puis l'examen neurologique ciblé en fonction de l'anamnèse recueillie.

Les autres étudiant(e) attendent à l'extérieur du local; elles/ils reviendront lorsque les premiers/premières étudiant(e)s auront terminé.

Le but de cet exercice est de stimuler le **raisonnement clinique** des étudiants qui doivent relier l'anamnèse avec l'examen clinique qui pourrait les aider à poser un diagnostic.

Le moniteur utilise cette activité pour consolider les acquis des étudiants quant à l'examen neurologique et il souligne le **raisonnement clinique** qui les a guidés vers les examens cliniques qu'ils ont effectués dans chaque cas proposé.

Le moniteur donne une rétroaction descriptive pour chaque situation clinique proposée à chaque groupe d'étudiant(e)s.

Au besoin, les étudiant(e)s pratiqueront ensemble et sous la supervision du moniteur des portions de l'examen neurologique afin de bien maîtriser cet examen clinique.

## L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS :

- L'étudiant connaît les éléments de l'évaluation psychiatrique de dépistage.
- L'étudiant connaît la sémiologie des principaux syndromes psychiatriques.

#### APTITUDES :

- L'étudiant recueille l'anamnèse et effectue un examen psychiatrique de dépistage.
- L'étudiant identifie l'état émotif prédominant et/ou la souffrance psychique du patient.

#### ATTITUDES :

- L'étudiant se sensibilise à divers aspects émotifs de la relation médecin-patient:
  - la réticence à parler devant témoins (chambre où il y a plusieurs malades);
  - les préjugés face aux symptômes de la sphère psychiatrique.
- L'étudiant est sensible à son inconfort face à la souffrance psychique du patient.
- L'étudiant est sensible à l'importance de la perspective du patient dans les pathologies psychiatriques.

### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Visionnement d'une vidéo

Lectures dirigées

Jeux de rôle

---

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Valentine Munoz MD.** Anxiété, stress ou trouble anxieux, *Le médecin du Québec*, numéro 1, janvier 2022
- **Denis Audet PR,** L'interface anxiété dépression, *Le Médecin du Québec*, numéro 1, janvier 2022
- **Boucher A. et alii 2022-2023,** Cahier des habiletés cliniques : Examen psychiatrique de dépistage
- **Bourdy C. et alii,** Jeux de rôle (pour les moniteurs seulement, au Cahier du moniteur)

### 8h30 à 9h00 ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE

Le moniteur discute avec les étudiants de l'examen psychiatrique de dépistage qui consiste à évaluer les **aspects bio-psycho-sociaux** en lien avec le problème de santé du patient. La structure de l'anamnèse reste la même que celle déjà apprise depuis le début du cours IMC.

Lors de l'anamnèse,

1-L'aspect biologique est exploré de la façon habituelle en questionnant les symptômes du patient de façon à susciter des hypothèses précoces en lien avec le problème initial du patient. De plus, l'exploration des symptômes systémiques peut parfois révéler certains impacts psychologiques de la maladie (fatigue, altération de l'appétit, changement du poids, altération du sommeil, etc.), ce qui poussera le clinicien à explorer plus à fond la dimension psychologique.

2-L'aspect psychologique est exploré en vérifiant les préoccupations et les émotions du patient en lien avec le vécu de sa maladie dans cette partie de l'anamnèse. Il pourrait être pertinent à ce moment d'explorer spécifiquement les différents affects potentiellement dysfonctionnels (colère, anxiété, euphorie, tristesse, culpabilité).

3-L'aspect social est exploré en vérifiant le réseau social du patient.

Lorsqu'un affect dysfonctionnel ou un symptôme de la sphère biologique ci-haut mentionnés sont identifiés à l'anamnèse, l'étudiant doit se questionner sur les hypothèses précoces possibles en lien avec ce ou ces symptômes afin de rechercher spécifiquement les critères diagnostiques (incluant l'atteinte fonctionnelle) de la pathologie présumée (trouble anxieux, trouble dépressif, trouble de la personnalité, trouble lié à l'usage de substances, etc.).

Le moniteur révise avec les étudiants les éléments importants des textes en référence concernant deux conditions les plus fréquentes : l'anxiété et la dépression.

Les étudiants doivent pouvoir effectuer une évaluation psychiatrique de dépistage pour tout patient rencontré.

### 9h00 à 11h30 JEUX DE RÔLE – ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE

#### Objectifs :

- Prise en compte des **INDICES INITIAUX**
- **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- Recueil de la symptomatologie du patient (attributs des symptômes)
- Perspectives du patient
- Antécédents personnels et familiaux + habitudes de vie + médication
- Évaluation de dépistage du système psychique
- Revue des systèmes hématologique + neurologique
- **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**
- Habiletés communicationnelles (Calgary-Cambridge)

Le moniteur jouera le rôle des patients.

Il voit à ce que les étudiants saisissent bien les composantes de l'évaluation psychiatrique de dépistage qui seront maintenant intégrées au recueil des données.

# ANXIÉTÉ, STRESS OU TROUBLE ANXIEUX ?

De plus en plus de vos patients se plaignent d'être stressés, anxieux, au bout du rouleau, submergés, en *burnout*. Quelles sont les différences et les similitudes entre ces concepts ? Que se passe-t-il dans la tête de vos patients ? Comment se protègent-ils de cette anxiété ?

Voici des outils pour vous aider à intervenir auprès d'eux !

Valentina Munoz et Camillo Zacchia

## 1. EST-CE QUE MON PATIENT EST STRESSÉ OU ANXIEUX ?

Sur le plan physiologique, il n'y a pas de différence entre le stress et l'anxiété. L'activation du système nerveux sympathique entraîne la réponse à une menace. Ce système d'alarme est géré par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (axe HHS)<sup>1</sup>.

Le stress peut se définir comme une réponse aux menaces. La réponse au stress s'adapte à l'ampleur du danger, mais est modulée par notre capacité à réagir à cette menace ou à la surmonter. Ainsi, le stress augmente en présence d'une menace et diminue lorsqu'il y a une perception de sécurité<sup>2</sup>.

Le stress, comme n'importe quelle émotion, doit entraîner une action. Parfois, le danger est immédiat, comme un tigre qui rôde à proximité, et nous réagissons alors par l'anxiété ou la panique. D'autres fois, la menace n'est pas immédiate ni à court terme, comme quand on fait face à des ennuis financiers, à des périodes d'examen ou à une surcharge de travail. C'est le stress dont on entend parler dans le vocabulaire populaire. Néanmoins, dans les deux cas, la réponse physiologique est la même : de façon intense ou aiguë dans le premier et de façon moins intense ou plus chronique dans le deuxième.

## 2. EST-CE QUE L'ANXIÉTÉ DE MON PATIENT EST NORMALE ?

En général, l'anxiété est normale, voire essentielle. Elle est déclenchée par un danger dans notre environnement. Grâce à ce signal envoyé au cerveau, nous sommes en mesure de réagir à la menace et de nous protéger. C'est ainsi que nous assurons notre survie. Par exemple, quand nous marchons sur un lac gelé et que nous entendons la glace craquer sous nos pieds, nous ressentons de l'anxiété (signal d'alarme) et

retournons sur la terre ferme. Une autre fonction tout à fait normale de l'anxiété est de nous permettre de nous adapter à une nouvelle situation. Par exemple, en cas de séparation conjugale, nous ressentons de l'anxiété qui nous permet de faire de la résolution de problèmes et de passer à l'action pour vivre cette transition de vie. Cette anxiété se résorbe habituellement quand la situation stressante est passée<sup>2</sup>.

Le piège classique de l'anxiété est que notre cerveau ne fait pas toujours la distinction entre une menace réelle et une menace perçue. Par conséquent, votre patient n'a qu'à croire que quelque chose est dangereux, et tout son être réagira de la même façon que si le danger était réel. Lorsque cette réaction devient chronique, la souffrance est présente ou le fonctionnement normal de votre patient en est affecté. L'anxiété est probablement alors dysfonctionnelle. Les patients mentionnent souvent un sentiment de perte de contrôle de leur état et un évitement malsain de ce qui les rend anxieux (tableau 1)<sup>3,4</sup>.

## 3. COMMENT MIEUX COMPRENDRE LE BURNOUT, LE STRESS ET LES TROUBLES D'ADAPTATION ?

Les médecins font face à deux genres de situations lorsqu'ils traitent des problèmes liés au stress. Il y a d'abord les troubles anxieux, comme le trouble panique, l'anxiété sociale, l'anxiété liée à la santé (anciennement connue sous le nom d'hypocondrie), etc. Ces derniers portent sur des menaces spécifiques. Dans plusieurs cas, comme dans le trouble panique, la peur d'avoir peur devient un facteur prédominant. L'aversion des attaques de panique amène les patients à les appréhender et occasionne une hypervigilance par rapport aux sensations somatiques. Le moindre signal de stress, parfois lié seulement à cette peur d'avoir peur, pourra alors déclencher une nouvelle attaque.

La Dr<sup>e</sup> Valentina Munoz est psychologue clinicienne spécialisée dans le traitement des troubles anxieux chez l'adulte par l'approche cognitivo-comportementale. Elle pratique en cabinet privé à Montréal.

Le Dr Camillo Zacchia est psychologue clinicien et pratique à Montréal. Il est conférencier, vice-président de Phobies-Zéro et spécialiste des troubles anxieux et de la dépression.

TABLEAU I | EXEMPLES D'ANXIÉTÉ NORMALE ET PATHOLOGIQUE<sup>3</sup>

Anxiété légère ou modérée	Anxiété pathologique
Inconfort lors d'une présentation orale Mal dormir la veille d'une présentation orale	Insomnie pendant plusieurs jours en anticipation d'une présentation orale Abandon d'un cours qui comporte des présentations orales
Nœud à l'estomac lors du décollage d'un avion	Attaques de panique, stress continu, incapacité à se détendre pendant la totalité du vol Refus d'une promotion qui demande de voyager
Malaise, dégoût passager de ne pas pouvoir se laver les mains après l'utilisation d'une toilette chimique	Ruminations incessantes et recherche effrénée d'un lavabo ou de savon pour se laver les mains

L'autre enjeu lié au stress qu'on observe régulièrement est attribuable à des difficultés dans les activités quotidiennes, au travail ou autres. Ces états sont moins aigus que les troubles anxieux. Ils se caractérisent par des tracas ou l'impression d'être submergé par une accumulation de difficultés. Les symptômes s'estompent habituellement quand les problèmes se résolvent (ex. : changement au travail, résolution d'un conflit familial ou stabilisation d'un problème médical). On posera un diagnostic de trouble de l'adaptation chez ces patients. Dans le langage populaire, les termes « stress » ou « burnout » sont utilisés si ces personnes se retrouvent en arrêt de travail. Ces termes ne constituent pas un diagnostic et ne font qu'illustrer une rupture de fonctionnement. Les causes peuvent être multiples et complexes, nécessitant ainsi plusieurs types d'approches. Il peut s'agir d'un environnement de travail toxique, d'un désir excessif de plaire entraînant une surcharge de travail, des problèmes conjugués ou de santé, etc.<sup>5</sup>.

#### 4. QUE SE PASSE-T-IL DANS LA TÊTE DE MON PATIENT ANXIEUX (DÉTERMINANTS COGNITIFS) ?

Sachez qu'il se passe énormément de choses dans la tête des patients anxieux. Ils sont en mode « alarme », ce qui n'est pas de tout repos ! Les personnes souffrant d'un trouble anxieux ont généralement des inquiétudes dans trois sphères : peur d'une menace au corps, à l'intégrité mentale et à l'image.

Les menaces au corps s'articulent autour des thèmes comme la peur de la maladie, de la mort, des animaux ou d'une attaque de panique. Les inquiétudes excessives par rapport à l'état mental peuvent inclure la peur des pensées intrusives, de la dégradation du fonctionnement, de devenir fou ou de perdre le contrôle. Enfin, l'anxiété sociale est un exemple de la crainte d'avoir l'air ridicule, ce qui constitue donc une atteinte directe à l'image<sup>6</sup>.

Reconnaître la raison qui rend votre patient anxieux est essentiel pour poser le diagnostic. Par exemple, votre patient qui évite de prendre l'avion peut avoir peur de se sentir pris

(agoraphobie), de mourir (thanatophobie), d'avoir l'air ridicule (anxiété sociale) ou de faire une attaque de panique (trouble panique). Il est donc très important de ne pas arrêter votre évaluation à l'objet de la peur. Il est primordial de découvrir pourquoi il a peur (tableau II<sup>7</sup> et encadré<sup>7</sup>).

#### 5. COMMENT MON PATIENT ANXIEUX AGIT-IL (DÉTERMINANTS COMPORTEMENTAUX) ?

La mauvaise habitude la plus fréquente chez les patients anxieux est l'évitement. Cette méthode offre un certain soulagement à court terme, mais renforce plutôt les souffrances à long terme. Cet évitement revêt de multiples formes, mais il est soit comportemental, soit cognitif<sup>8</sup>.

Un piège type dans lequel tombent les patients est d'affirmer qu'ils confrontent leurs peurs sans réaliser qu'ils utilisent plutôt des techniques de distraction ou qu'ils adoptent des comportements sécurisants. Par exemple, ils se forcent à prendre l'ascenseur, tout en pensant de façon effrénée à leurs prochaines vacances dans le Sud afin d'éviter leur anxiété. Ces patients peuvent très bien avoir une phobie des ascenseurs, même si ce n'est pas l'impression qu'ils donnent. Les patients sont très astucieux dans leur évitement et trouvent divers moyens pour ne pas avoir l'air « d'esquiver » ce qui les rend anxieux. En voici quelques exemples : demander à quelqu'un de les accompagner, conduire mais pas sur les autoroutes, aller faire l'épicerie seulement durant les heures non achalandées, faire un exposé oral tout en étant assis ou en portant un col roulé (afin de cacher les tremblements et les rougeurs)<sup>8</sup>.

Voici quelques questions à poser à vos patients afin de déceler l'information clé sur l'évitement : Comment gérez-vous votre peur ? Que faites-vous exactement ? Que faites-vous lorsque vous ne pouvez pas éviter ce qui vous rend anxieux ? Si vous n'aviez pas peur, qu'est-ce qui serait différent ? Est-ce qu'il vous arrive d'annuler, de déléguer ou de demander à quelqu'un de vous accompagner pour mieux gérer votre anxiété (tableau II<sup>7</sup> et encadré<sup>7</sup>) ?

TABLEAU II   DÉTERMINANTS COGNITIFS ET COMPORTEMENTAUX DES TROUBLES ANXIEUX*		
Trouble anxieux (DSM-V)	Déterminants cognitifs	Déterminants comportementaux
Anxiété généralisée	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur de l'incertitude</li> <li>▶ Inquiétudes excessives par rapport à plusieurs événements ou à plusieurs activités</li> <li>▶ Pensées caractéristiques commençant par « et si... »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Planification excessive</li> <li>▶ Besoin d'être rassuré</li> <li>▶ Faible tolérance au risque</li> </ul>
Agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur de rester pris</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Évitement des transports, des endroits ouverts (ponts) ou fermés (métro), des foules</li> </ul>
Trouble panique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur de faire une crise cardiaque</li> <li>▶ Peur de suffoquer</li> <li>▶ Hypervigilance par rapport aux symptômes d'une attaque potentielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Attaque de panique</li> <li>▶ Évitement des situations qui ont provoqué ou peuvent provoquer des attaques de panique</li> <li>▶ Évitement des activités qui provoquent des symptômes semblables à une attaque de panique (ex. : jogging)</li> </ul>
Anxiété sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur d'avoir l'air ridicule</li> <li>▶ Peur d'être jugé négativement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Évitement de situations sociales (ex. : exposés oraux, fêtes, manger en public), préparation excessive, tentative de cacher les signes physiques d'anxiété, de stress (ex. : sueurs, tremblements) lorsque la personne ne peut éviter la situation stressante (ex. : col roulé pour cacher le rougissement)</li> </ul>
Phobie spécifique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur d'un objet ou d'une circonstance en particulier</li> <li>▶ 5 types                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Environnement naturel</li> <li>• Animal</li> <li>• Sang, injection, accident</li> <li>• Situation</li> <li>• Autres</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Évitement de l'objet ou des situations spécifiques (ex. : chiens, sang, orages, vomissements, hauteurs, dentiste, ascenseur)</li> </ul>
Anxiété de séparation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur d'être séparé de la figure d'attachement</li> <li>▶ Peur qu'un malheur arrive à cette personne</li> <li>▶ Peur qu'un malheur m'arrive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Évitement des situations où la personne d'attachement est absente (ex. : coucher chez un ami, aller à un camp de vacances)</li> </ul>
Mutisme sélectif	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur de parler à certaines personnes (commence dans la jeune enfance)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Incapacité à parler dans certaines situations (ex. : à l'école, avec des étrangers)</li> </ul>

## 6. LE STRESS ET LA RUMINATION : COMMENT SONT-ILS LIÉS ?

Lorsqu'un déséquilibre organique se manifeste, nous sommes poussés à le rétablir. Si nous ressentons la soif, nous buvons. Si nous avons faim, nous mangeons. S'il fait froid, nous cherchons la chaleur. Si nous sommes perturbés par un événement du passé ou par un conflit familial, nous sommes, de la même façon, à la recherche d'un équilibre. Quand nous n'arrivons pas à comprendre ou à obtenir une réponse à une question qui n'en a pas, nous pouvons nous mettre à ruminer, c'est-à-dire à rechercher un soulagement par un processus mental répétitif. La rumination peut être conceptualisée comme une forme de « comportement mental répétitif », au

même titre que le lavage excessif des mains chez le patient souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif.

Les traitements visent surtout à amener les patients à mieux prévenir les situations stressantes ou à répondre aux défis liés au stress. Toutefois, les situations échappent souvent à leur contrôle. Ils n'ont alors d'autre choix que l'acceptation, malgré la souffrance. Cette capacité d'acceptation diffère beaucoup d'une personne à l'autre. Celles qui en sont dépourvues s'enlisent dans la recherche de réponses qui n'existent pas : Pourquoi mon ex ne veut-il plus de moi ? Pourquoi mon fils n'a-t-il pas survécu ?

- ▶ Le trouble d'anxiété liée à la maladie (300.7) et le trouble de symptôme somatique (300.82) (anciennement regroupés sous le chapeau de l'hypocondrie) font partie des troubles de symptômes somatiques. Les patients s'inquiètent excessivement des symptômes qu'ils ressentent ou ont une peur démesurée d'avoir ou de contracter une maladie.
- ▶ Le trouble obsessionnel-compulsif (300.3) (anciennement considéré comme un trouble anxieux) est maintenant inclus dans la catégorie des troubles obsessionnels-compulsifs. Les patients atteints font des compulsions (comportements) afin de gérer leurs pensées intrusives (obsessions). Par exemple, un patient a peur de laisser la porte débarrée et qu'un voleur entre chez lui; il développe un rituel où il doit vérifier sept fois si la porte est verrouillée avant de quitter la maison.
- ▶ L'état de stress post-traumatique (TSPT) (309.81), l'état de stress aigu (308.3) (anciennement classé dans les troubles anxieux) et le trouble d'adaptation (*burnout*) (309.28) font partie des troubles liés aux traumatismes et au stress. Dans le cas du stress aigu, le patient mentionne généralement qu'il vit de l'anxiété qui inclut certaines formes de reviviscence ou de réactivité à l'événement traumatique. Si cette réponse dure plus d'un mois, il faut envisager un diagnostic de trouble de stress post-traumatique. Le patient qui souffre du trouble d'adaptation présente des symptômes émotionnels et comportementaux en réaction à un ou à plusieurs facteurs de stress connus.

\* Selon le DSM-5<sup>7</sup>, ces troubles ne sont pas des troubles anxieux. Par contre, ils sont souvent perçus comme en faisant partie par les professionnels de la santé et le public.

## 7. ET SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS CLAIR ?

Le diagnostic est primordial en médecine. Sa précision contribue à communiquer des entités cliniques entre professionnels, à orienter la recherche et à établir des protocoles de traitement.

Les diagnostics psychiatriques nécessitent la même rigueur que ceux d'autres domaines de la médecine, sans toutefois les données objectives que le laboratoire ou l'imagerie apportent<sup>9</sup>. Le clinicien fait ainsi souvent face à des symptômes vagues et doit se faire une idée de leur gravité. Des émotions normales, comme l'anxiété ou une humeur dépressive, sont mentionnées dans les critères diagnostiques de plusieurs problèmes psychiatriques, mais le clinicien doit exercer son jugement quant à la souffrance ou au fonctionnement de l'individu dans différentes sphères de sa vie. Il peut en résulter un désaccord sur un diagnostic précis entre différents médecins. Cette apparente incohérence n'est pas critique pour les problèmes liés au stress, qui sont de nature bio-psycho-sociale et peuvent être pris en charge selon la même approche sans égard à la spécificité du diagnostic. On peut rechercher les facteurs biologiques qui influencent l'humeur, la variabilité dépendant de l'interaction entre les facteurs situationnels et le construit de la personnalité et du tempérament de la personne. L'approche psychologique cognitivo-comportementale permet au patient d'apprendre à gérer les pensées et les comportements qui diminuent ou

augmentent son degré de stress, comme des exigences trop élevées, le manque de confiance, le besoin de plaire à tout prix ou l'incapacité à reconnaître ses limites.

Dans les cas plus graves, les antidépresseurs peuvent s'avérer fort utiles. La réponse à ces derniers peut varier, mais on observe le plus souvent une atténuation de la réactivité émotionnelle à des déclencheurs. Les antidépresseurs sont déjà employés pour traiter la dépression, les troubles anxieux et la gestion de la colère. Des diagnostics plus spécifiques changent peu leur indication pour les problèmes causés par le stress<sup>10</sup>. C'est la gravité qui détermine en premier lieu cette indication. Dans les cas légers ou modérés, l'approche non pharmacologique est conseillée. Si la réponse est inadéquate ou s'il s'agit d'un cas plus grave, l'ajout d'un médicament est fortement recommandé. L'antidépresseur favorise alors l'équilibre émotionnel et permet au patient de mieux bénéficier des interventions psychologiques.

## CONCLUSION

L'anxiété est normale et utile à notre survie. Nous espérons que vous comprenez maintenant mieux les différences et les ressemblances entre les troubles anxieux et les troubles apparentés où l'anxiété est au premier plan. Néanmoins, quel que soit le diagnostic, lorsqu'elle nuit au fonctionnement de votre patient ou que la détresse de ce dernier est importante, l'anxiété devient pathologique. Comme méde-

## POUR EN SAVOIR PLUS

- ▶ Pour de plus amples informations sur le stress au travail, consultez Mammouth Magazine au <https://bit.ly/mammouth-magazine-vol4-2017>.



## CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ L'anxiété est problématique lorsqu'elle nuit au fonctionnement du patient ou lorsque la détresse est excessive.
- ▶ Les déterminants cognitifs et comportementaux constituent de bons indicateurs pour poser le diagnostic juste.
- ▶ Même si le diagnostic n'est pas clair, le traitement pharmacologique reste souvent le même pour tous les troubles anxieux.

cin, la capacité à reconnaître les déterminants cognitifs et comportementaux des divers troubles anxieux vous aidera à poser un diagnostic et ainsi à favoriser le bien-être de votre patient. //

Date de réception : le 18 mai 2021  
Date d'acceptation : le 10 juin 2021

La D<sup>re</sup> Valentina Munoz et le D<sup>r</sup> Camillo Zacchia n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol* 2009; 5 (7) : 374-81. DOI : 10.1038/nrendo.2009.106.
2. Marchand A, Letarte A, Seidah A. *La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique et de l'agoraphobie*. 4<sup>e</sup> éd. Montréal : Éditions du Trécaré; 2018. 264 pages.
3. Clark DA, Beck AT. *The anxiety and worry workbook: the cognitive behavioral solution*. New York : The Guilford Press; 2011. 294 pages.
4. Lupien S. *Par amour du stress*. 2<sup>e</sup> éd. Côte-Saint-Luc : Éditions Va Savoir; 2020. 330 pages.
5. Zacchia C. Je suis en burnout : suis-je en dépression ? *Mammoth Magazine*; 2007 ; 4 : 8-10.
6. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. 2<sup>e</sup> éd. New York : The Guilford Press; 2004. 704 pages.
7. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*. 5<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson; 2015. 991 pages.
8. Hofmann SG, Hay AC. Rethinking avoidance: toward a balanced approach to avoidance in treating anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2018 ; 55 : 14-21. DOI : 10.1016/j.janxdis.2018.03.004.
9. Kendell R, Jablenski A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 (1) : 4-12. DOI : 10.1176/appi.ajp.160.1.4.
10. Bandelow B, Sher L, Benevicius R et coll. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012 ; 16 (2) : 77-84. DOI : 10.3109/13651501.2012.667114.



FORMATION CONTINUE  
fmoq.org

## LA CARDIOLOGIE

10 ET 11 MARS 2022

CENTRE MONT-ROYAL, MONTRÉAL



## VOUS N'ÊTES PAS ENCORE INSCRIT À CE CONGRÈS ?

VOUS AVEZ JUSQU'AU  
8 MARS 2022 POUR LE FAIRE.



NOMBRE DE PARTICIPANTS  
SUR PLACE LIMITÉ  
SELON LES DIRECTIVES  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE

## L'INTERFACE ANXIÉTÉ-DÉPRESSION L'ŒUF ET LA POULE

Pendant vos vacances, votre collègue a vu M<sup>me</sup> Gagnon. Voici ce qu'elle lui a dit : « Depuis quelques semaines, je suis épuisée, je fais des erreurs et je me suis mise à pleurer devant les clients. Rien ne m'allume ! Je tourne en rond et je mange seulement parce qu'il le faut. La nuit, je me lève plusieurs fois pour vérifier si mon garçon et mon mari respirent toujours. J'ai peur de devenir folle. »

Denis Audet

Voyant votre porte entrouverte, Dominique, votre jeune collègue, frappe.

- ▶ Maxime, je ne m'attendais pas à te voir à la clinique aujourd'hui. Si tu as quelques minutes, j'aimerais bien obtenir ton avis sur M<sup>me</sup> Gagnon que tu as vue en dépannage durant mes vacances.
- ▶ Oui bien sûr Dominique, j'ai fini ma paperasse. Prenons le temps d'ouvrir le dossier. Je crois qu'elle a rendez-vous avec toi la semaine prochaine.
- ▶ Je la suivais déjà pour un trouble anxieux, mais j'ai lu dans ta note que tu parlais de « dépression avec détresse anxieuse ». Ce n'est pas un diagnostic vraiment familier pour moi.

**Maxime :** On pourra revenir sur le trouble anxieux pour lequel tu traitais M<sup>me</sup> Gagnon. Au début de la quarantaine, un tableau de dépression non équivoque venait effectivement d'apparaître chez elle. Ça va être plus facile de clarifier les liens entre l'anxiété et la dépression avec un peu de recul.

On sait depuis une trentaine d'années que l'anxiété alourdit considérablement le tableau clinique de la dépression. La notion de « dépression anxieuse » nourrissait alors bien des controverses. Les critères diagnostiques des troubles anxieux ont évolué depuis tandis que ceux de la dépression ont peu ou pas changé entre la troisième (1980) et l'actuelle cinquième édition (2013) du DSM<sup>1</sup>. À part une agitation possible (ou un ralentissement), aucun des symptômes affectifs, physiques ou cognitifs requis pour poser un diagnostic de dépression ne fait mention de l'anxiété (tableau I<sup>1</sup>). Faute de consensus conceptuel sur la manière de les relier et de les décrire, l'anxiété et la dépression sont demeurées dans des catégories diagnostiques étanches. Même la terminologie utilisée pour en préciser les symptômes n'est pas toujours équivalente.

**Dominique :** C'est un peu comme la tour de Babel ?

Le Dr Denis Audet est professeur de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval.

**Maxime :** Tout de même pas à ce point-là, mais les mots n'ont pas exactement la même signification dans chacune des catégories. Par exemple, on mentionne des « difficultés de concentration » parmi les symptômes possibles tant de la dépression que du trouble d'anxiété généralisée. Toutefois,

TABLEAU I | SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION<sup>1</sup>

### Affectifs

- ▶ Humeur dépressive
- ▶ Perte d'intérêt, anhédonie
- ▶ Sentiments de culpabilité ou dévalorisation
- ▶ Goût de mourir, idées ou plans suicidaires

### Physiques

- ▶ Perte de poids ou d'appétit ou augmentation de l'appétit
- ▶ Fatigue\* ou manque d'énergie
- ▶ Insomnie\* ou hypersomnie
- ▶ Ralentissement psychomoteur ou agitation\* observables

### Cognitifs

- ▶ Difficultés de concentration\*

\* Symptômes aussi présents dans le trouble d'anxiété généralisée ou dans la détresse anxieuse

TABLEAU II | DESCRIPTION DIFFÉRENTE DE SYMPTÔMES COMMUNS À LA DÉPRESSION ET À L'ANXIÉTÉ<sup>2</sup>

Anxiété généralisée	Dépression
Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)	Insomnie ou hypersomnie
Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision	Difficultés de concentration ou trous de mémoire
Fatigue ou perte d'énergie	Fatigabilité

TABLEAU III

INTERFACE ANXIÉTÉ-DÉPRESSION : PLUSIEURS HYPOTHÈSES<sup>4,8</sup>

- ▶ Prédilection et expression génétiques communes
- ▶ Compréhension imparfaite de la psychopathologie
- ▶ Fiabilité des critères diagnostiques
- ▶ Effets de l'hypercorticisme, de l'hypervigilance prolongée et de la neuro-inflammation
- ▶ Démoralisation conséquente aux répercussions psychosociales résultant d'un trouble anxieux

lorsqu'on lit bien la définition de chacun, on constate que ces difficultés ne sont pas décrites de la même façon (tableau II<sup>2</sup>).

**Dominique :** Je me rends bien compte que l'anxiété et la dépression sont très souvent présentes chez les mêmes patients, parfois en même temps, mais parfois aussi à des périodes différentes, un peu comme si l'une conduisait à l'autre. Selon ce que tu en sais, c'est l'œuf ou la poule ?

**Maxime :** Le fermier en moi te dirait que c'est l'œuf et la poule. La concomitance de l'anxiété et de la dépression est effectivement estimée entre 45 % et 68 %, selon les données du recensement<sup>3</sup>. Le trouble anxieux apparaît autour de 15 ans (âge médian) alors que, selon les données populationnelles, le premier diagnostic d'épisode dépressif survient en majorité autour de 25 ans<sup>4-7</sup>. Ces chiffres ne veulent pas nécessairement dire que tous nos adolescents anxieux deviendront des adultes dépressifs. Néanmoins, lorsqu'un individu est atteint des deux, le trouble anxieux a le plus souvent précédé la dépression. Cette évolution semble s'observer plus particulièrement dans le trouble anxieux généralisé et le trouble d'anxiété sociale<sup>4,5</sup>.

**Dominique :** Comment explique-t-on ce qui se passe entre le moment où le trouble anxieux est diagnostiqué chez un adolescent et l'apparition du tableau dépressif plusieurs années plus tard ? La dépression ne pourrait-elle être que le prolongement naturel du trouble anxieux généralisé ?

**Maxime :** Notre compréhension de la psychopathologie n'est pas suffisante pour se prononcer avec certitude. En général, les troubles psychiatriques tendent à se différencier, puis à se cristalliser avec l'âge, mais ce n'est pas absolu. En fait, plusieurs hypothèses (tableau III<sup>4,8</sup>) pourraient expliquer la trajectoire de l'anxiété vers la dépression. Tiller parle d'« épiphénomènes » réciproques<sup>9</sup>. On peut évoquer entre autres l'effet d'une prédisposition génétique ou de facteurs environnementaux communs, de la neurotoxicité de l'hypercorticisme prolongé ou des préjudices psychosociaux à long terme liés à l'anxiété, comme l'évitement ou le sous-

TABLEAU IV

## DIAGNOSTIC ET INDICE DE GRAVITÉ DE LA DÉTRESSE ANXIEUSE

## Spécificateur de la détresse anxieuse

≥ 2

1. Énervernement ou tension
2. Sentiment d'agitation
3. Difficulté de concentration due à des soucis
4. Peur catastrophique
5. Sentiment de perte de contrôle

## Gravité de la détresse anxieuse

## Selon le nombre de symptômes

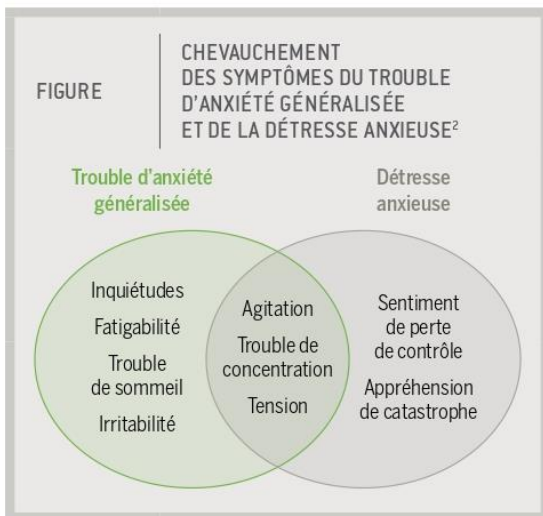
- 2 Légère
- 3 Moyenne
- 4-5 Moyennement grave
- 4-5 Avec agitation motrice (grave)

Source : American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD et coll. *Mini DSM-5 critères diagnostiques*. 3<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2016. 408 pages. Adaptation autorisée par Elsevier.

accomplissement dans diverses sphères de la vie<sup>4,8</sup>. Même la façon dont le DSM-5 définit les critères diagnostiques risque de nous jouer des tours. En effet, quand une personne présente déjà les symptômes requis pour poser un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée, il peut lui manquer seulement un ou deux symptômes affectifs pour répondre aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif.

**Dominique :** Mais tu ne m'as pas encore parlé de la « détresse anxieuse ».

**Maxime :** J'y arrive. Partons du principe que la présence de certaines caractéristiques (ex. : atypique, saisonnier, mixte ou avec éléments psychotiques) peut aider à préciser le diagnostic d'un épisode dépressif<sup>1</sup>. Ça, tu le sais déjà. Par contre, le spécificateur « avec détresse anxieuse » est apparu dans le DSM-5. Toutefois, cette caractéristique ne constitue pas un diagnostic en soi. En effet, elle doit forcément être rattachée à un épisode dépressif en cours. Elle regroupe une liste de symptômes précis (tableau IV<sup>2</sup>) qui font penser à ceux du trouble d'anxiété généralisée (figure<sup>2</sup>) et à ceux du trouble panique. Même si l'un ou l'autre de ces deux diagnostics était souvent présent avant l'épisode dépressif en cours, ils ne sont pas pris en compte dans la reconnaissance de la détresse anxieuse. En fait, un trouble d'anxiété généralisée peut facilement passer inaperçu si une personne croit que ses multiples inquiétudes ne sont que de la prévoyance liée à son tempérament. C'est moins susceptible de se produire avec la détresse anxieuse, car la personne reconnaîtra que son état n'est pas normal. On



utilise le nombre de symptômes présents pour stratifier la gravité de la détresse anxieuse.

De 56 % à 78 % des patients suivis pour une dépression présentent cette caractéristique de détresse anxieuse<sup>10,11</sup>. Il y a deux bonnes raisons de s'en préoccuper. D'une part, la morbidité de l'épisode dépressif est alors plus élevée, et, d'autre part, la détresse anxieuse est fréquemment associée à la maladie bipolaire.

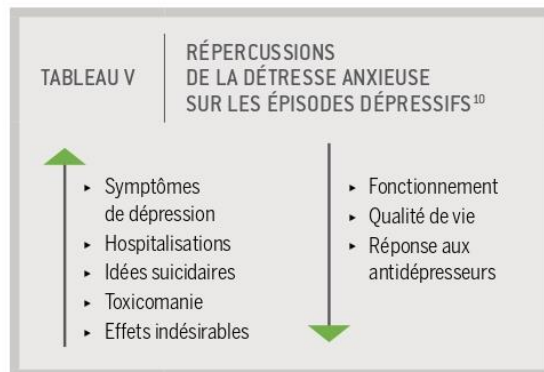
**Dominique:** En quoi ces patients sont-ils plus malades ?

**Maxime:** Ils ont plus d'idées suicidaires, souffrent de troubles de l'usage de substances psychoactives et présentent une incapacité fonctionnelle. Leur épisode dépressif dure plus longtemps et s'avère souvent résistant aux traitements pharmacologiques de première intention (tableau V<sup>10</sup>)<sup>11</sup>. Et c'est sans compter les patients chez qui on finira par diagnostiquer une maladie bipolaire.

**Dominique:** Un tel tableau risque d'être lourd pour M<sup>me</sup> Gagnon.

**Maxime:** Pas obligatoirement. Tu la suis depuis quelques années. Peux-tu me rappeler comment elle fonctionnait avant et ce qui a été fait jusqu'à maintenant ? Ça va nous orienter pour la suite.

**Dominique:** Lorsque je l'ai connue, elle m'a raconté qu'elle souffrait d'attaques de panique depuis son adolescence. Elle percevait la moindre sensation physique inhabituelle comme un danger, tout comme quand elle était exposée à une situation inconnue ou imprévue. Vers 18 ans, son médecin de l'époque lui a prescrit de la paroxétine. Elle a ainsi réussi à fonctionner pendant ses études et par la suite au travail dans le domaine des assurances. Son enfance et son histoire sont



peu marquantes, si ce n'est que sa mère était « nerveuse », mais sans diagnostic formel. Vu sa prise de poids probablement attribuable à la paroxétine, je lui ai proposé de changer pour la venlafaxine qu'elle tolère toujours très bien. Elle avait aussi déjà eu un bref suivi en psychologie.

**Maxime:** Était-ce une thérapie de type cognitivo-comportementale ?

**Dominique:** Je me souviens seulement qu'elle avait bénéficié de quelques rencontres en passant par le programme d'aide de son travail. Le thérapeute lui a également recommandé des lectures. Je n'ai pas d'information exacte quant au type de psychothérapie.

**Maxime:** Tenons pour acquis qu'une thérapie cognitivo-comportementale aurait été indiquée en première intention, idéalement du moins, mais nous ne savons pas si c'est ce qu'elle a eu. Il serait bon de clarifier ce point avec elle. Elle devrait bien se rappeler d'avoir fait des exercices de restructuration cognitive pour s'entraîner à repérer et à remettre en question les pensées qui amplifiaient ses symptômes. Le thérapeute aurait aussi pu lui demander de s'exposer de façon progressive à ses sensations dans les contextes associés à son anxiété. Par ailleurs, qu'en est-il de ses habitudes de vie et de sa santé en général ?

**Dominique:** À part l'excès de poids que tu as pu constater et une hypertriglycémie que tu as vue au bilan sanguin, son état général est bon et sa fonction thyroïdienne est normale. Elle n'a réussi à mener une grossesse à terme qu'après plusieurs tentatives, ce qui l'aurait stressée, mais son anxiété était présente bien avant. Son degré d'activité physique est très moyen, elle ne fume pas, ne consomme pas de drogue. Elle et son conjoint prennent toutefois un bon repas arrosé d'alcool quelques fois par semaine. Ils le faisaient bien avant la pandémie, ce qui brouille un peu les cartes. J'ai beau lui expliquer que l'alcool peut nuire à son sommeil et à l'effet de son médicament, elle insiste pour dire qu'un ou deux verres de vin l'aident plutôt à s'endormir. Depuis quelques mois, l'habitude tend à s'installer.

**Maxime :** C'est cohérent avec un tableau de détresse anxieuse. Si on pouvait rayer aisément et complètement l'alcool de l'équation, ce serait assurément plus facile d'espérer une réponse convaincante au traitement antidépresseur. Je te suggérerais de revenir régulièrement sur ce point avec elle, tout en l'informant de l'aide disponible lorsqu'elle te paraîtra réceptive.

**Dominique :** Je vais lui demander de profiter du fait qu'elle est en arrêt de travail pour faire plus d'activité physique et se remettre en forme, ce qui ne pourrait qu'améliorer son sommeil et son humeur. Par contre, le traitement médicamenteux m'embête un peu étant donné que deux antidépresseurs à dose optimale lui ont déjà été prescrits.

**Maxime :** Ça tombe bien, il y a un bon article de M<sup>me</sup> Julie Poulin et du D<sup>r</sup> Jean-Phillip Paquet-Demers intitulé : « La pharmacothérapie de l'anxiété : pas de quoi paniquer ! », dans le numéro de janvier 2022 du *Médecin du Québec*. Je t'invite à le lire. Avant ton entrée en pratique, la majorité des molécules approuvées pour traiter l'anxiété avaient d'abord reçu leur indication comme antidépresseur. Dans le cas de M<sup>me</sup> Gagnon, le problème se présente de deux façons. Comme on le voit parfois, ta patiente a développé un tableau de dépression même si elle prenait déjà un antidépresseur à dose efficace contre le trouble anxieux. En même temps, la présence d'une détresse anxieuse rend la dépression résistante aux traitements de première intention. Il faut donc recourir assez rapidement aux algorithmes que tu connais pour la dépression résistante, entre autres l'association de deux antidépresseurs ou plus souvent la potentialisation d'un antidépresseur par un antipsychotique de deuxième ou de troisième génération<sup>12</sup>.

Des protocoles ont révélé l'efficacité de plusieurs de ces antipsychotiques dits atypiques contre la dépression résistante, mais les profils de tolérabilité variaient beaucoup. Il existe en particulier des données probantes sur l'efficacité de l'aripiprazole, du brexpiprazole et de la quétiapine contre la dépression résistante accompagnée ou non de symptômes d'anxiété ou de détresse anxieuse<sup>13-15</sup>. Le brexpiprazole a été testé comme traitement d'appoint de la dépression avec détresse anxieuse, mais trop tard pour que les recommandations du CANMAT (2016) en tiennent compte. On a observé une réponse à raison de 2 mg, 1 f.p.j. Pour l'aripiprazole (2 mg-15 mg) et la quétiapine (150 mg-300 mg), toujours en traitement d'appoint, c'était avant 2013. À cette époque, la détresse anxieuse n'était pas encore incluse dans la dépression avec symptômes d'anxiété.

**Dominique :** C'est ce que je comptais aborder avec elle à sa prochaine visite, du moins si je constate que son tableau clinique ne s'est pas amélioré de façon notable. Par contre, son profil métabolique est déjà limite, et je ne pourrai pas lui

cacher que ce genre de médicament peut lui faire prendre davantage de poids.

**Maxime :** Voyons ça comme une occasion de plus de lui rappeler la pertinence de faire de l'activité physique et de s'abstenir de boire de l'alcool. Tu pourras aussi lui proposer une molécule dont l'effet métabolique est moins marqué et en faire le suivi si elle devait la prendre pendant une longue période.

**Dominique :** Il y aurait peut-être un autre moyen de maîtriser la détresse anxieuse sans se soucier des aspects métaboliques. Je ne suis pas du tout chaud à l'idée, mais elle m'a demandé ce que je pensais d'un anxiolytique qu'une amie lui a recommandé et dont le nom commence par A.

**Maxime :** Personne n'écoute, la porte est fermée. On a beau avoir diabolisé les benzodiazépines, ce n'est pas leur manque d'efficacité contre l'anxiété qui est remise en question. Cependant, on a peu de données dans le traitement de la dépression accompagnée d'anxiété, si ce n'est une amélioration limitée dans la toute première phase du traitement<sup>16</sup>. Ce qui est certain, c'est que nous sommes ici en présence d'une personne qui cherche à faciliter son sommeil par une prise d'alcool modérée mais régulière. À moins de vouloir courir après le trouble, cet élément particulier du tableau vient de répondre à la question. On risquerait de voir une dépendance s'installer chez elle sans observer pour autant d'amélioration du sommeil. Avec une autre personne, nous aurions peut-être une discussion différente.

**Dominique :** C'est pas mal ce que je me dis aussi. Je vais la laisser exprimer ses craintes et ses attentes, puis je prévoirai un suivi plus rapproché durant l'ajustement d'un potentialisateur dont le profil lui paraîtra acceptable. Même si elle devait bien répondre au traitement, j'anticipe un risque de rechute. Je vais répéter les messages sur les habitudes de vie et lui demander à quelle approche psychologique elle a eu recours et, si elle a accès à une psychothérapie appropriée. J'apprécie ton opinion Maxime. Ne te surprend pas si je t'en reparle en cours de suivi. Merci ! Et bonnes vacances à ton tour ! //

---

Date de réception : le 21 avril 2021

Date d'acceptation : le 3 juin 2021

---

Le D<sup>r</sup> Denis Audet a été membre d'un comité consultatif chez Eisai en 2020.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*. 5<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015. 1114 pages.
2. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD et coll. *Mini DSM-5 critères diagnostiques*. 3<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2016. 408 pages.

### CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Bien que classées dans des catégories diagnostiques différentes, l'anxiété et la dépression demeurent très intimement liées dans la réalité clinique.
- ▶ Par différents facteurs, la préexistence d'un trouble anxieux constitue une toile de fond propice à l'apparition de la dépression.
- ▶ La dépression caractérisée par la détresse anxieuse s'avère le plus souvent résistante aux traitements de première intention.

3. Bui E, Fava M. From depression to anxiety, and back. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 136 (4) : 341-2. DOI : 10.1111/acps.12801.
4. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K et coll. Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci* 2010; 2 : 21-35.
5. Beesdo-Baum K, Knappe S, Asselmann E et coll. The early developmental stages of psychopathology (EDSP) study: a 20-year review of methods and findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50 (6) : 851-66. DOI: 10.1007/s00127-015-1062-x.
6. Park SC, Hahn SW, Hwang TY et coll. Does age at onset of first major depressive episode indicate the subtype of major depressive disorder? The Clinical Research Center For Depression Study. *Yonsei Med J* 2014; 55 (6) : 1712-20. DOI: 10.3349/ymj.2014.55.6.1712.
7. Belzer K, Schneier FR. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *J Psychiatr Pract* 2004; 10 (5) : 296-306. DOI: 10.1097/00131746-200409000-00003.
8. Lacerda-Pinheiro SF, Pinheiro Junior RF, Pereira de Lima MA et coll. Are there depression and anxiety genetic markers and mutations? A systematic review. *J Affect Disord* 2014; 168 : 387-98. DOI: 10.1016/j.jad.2014.07.016.
9. Tiller JW. Depression and anxiety. *Med J Aust* 2013; 199 (S6) : S28-S31. DOI: 10.5694/mja12.10628.
10. Zimmerman M, Martin J, McGonigal P et coll. Validity of the DSM-5 anxious distress specifier for major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2019; 36 (1) : 31-8. DOI: 10.1002/da.22837.
11. McIntyre RS, Woldeyohannes HD, Soczynska JK et coll. The prevalence and clinical characteristics associated with Diagnostic and Statistical Manual Version-5-defined anxious distress specifier in adults with major depressive disorder: results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *Ther Adv Chronic Dis* 2016; 7 (3) : 153-9. DOI: 10.1177/2040622315627805.
12. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological treatments. *Can J Psychiatry* 2016; 61 (9) : 540-60. DOI: 10.1177/0706743716659417.
13. Trivedi MH, Thase ME, Fava M et coll. Adjunctive aripiprazole in major depressive disorder: analysis of efficacy and safety in patients with anxious and atypical features. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (12) : 1928-36.
14. McIntyre RS, Weiller E, Zhang P et coll. Brexpiprazole as adjunctive treatment of major depressive disorder with anxious distress: Results from a post-hoc analysis of two randomised controlled trials. *J Affect Disord* 2016; 201 : 116-23. DOI: 10.1016/j.jad.2016.05.013.
15. Bandelow B, Bauer M, Vieta E et coll. Extended release quetiapine fumarate as adjunct to antidepressant therapy in patients with major depressive disorder: pooled analyses of data in patients with anxious depression versus low levels of anxiety at baseline. *World J Biol Psychiatry* 2014; 15 (2) : 155-66. DOI: 10.3109/15622975.2013.842654.
16. Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y et coll. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 6 (6) : CD001026. DOI: 10.1002/14651858.CD001026.pub2.

**Lussier Dale Parizeau**  
Cabinet de services financiers



Nous sommes heureux d'annoncer le lancement de la seconde édition des **Bourses FMOQ-LDP.**

Les Bourses sont des aides financières octroyées aux étudiants / résidents en médecine dont le projet de développement de la médecine familiale aura été jugé le plus inspirant.

Bourse de **2 500 \$**

Étudiants en préclinique de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> année\*

Bourse de **5 000 \$**

Étudiants en externat de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année\*

Bourse de **7 500 \$**

Médecins résidents\* se destinant à la pratique en médecine de famille.

**Vous avez des étudiants ou des résidents dans votre entourage ?**

Faites passer le mot !

Détails et conditions

[lussierdaleparizeau.ca/boursesfmoq](http://lussierdaleparizeau.ca/boursesfmoq)

\* Dans l'une des quatre facultés de médecine du Québec (Montréal, McGill, Sherbrooke et Laval à Québec)

# ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE

## JEU DE RÔLE no 1

**BUTS** : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants  
DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE + PERSPECTIVES DU PATIENT  
RECUEILLIR LA MALADIE ACTUELLE AVEC L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE  
CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

### CONTEXTE

Salle d'urgence d'un hôpital, patient ambulant vu après 3 heures d'attente; il est arrivé vers 6h00  
Sa glycémie est élevée (12,1 mmol/L) (N : 3,9 à 6,1)

### CONSIGNES AU PATIENT

Vous êtes irrité d'avoir attendu si longtemps et vous le montrez d'emblée par votre ton.  
Vous serez **parfois irrité avec le médecin** s'il insiste sur la nécessité de mieux suivre votre diète, de faire vos glucométries régulièrement.

### IDENTIFICATION

Vous avez 30 ans, êtes célibataire vivant seul et travaillant comme menuisier depuis 5 ans

**RAISON DE CONSULTATION** : « *Je viens vous voir parce que ma main droite est rouge et enflée. Je pense que c'est infecté. Ça fait 3 heures que je vous attends et mon boss va me crier après...* »

### MALADIE ACTUELLE

**Il y a 1 semaine**, vous vous êtes blessé en travaillant chez vous

Votre coupure a pris du temps à guérir et ça s'est infecté, votre main est devenue enflée, rouge et chaude; vous avez donc décidé de consulter ce matin, car vous ne pouvez plus travailler. (**IMPACT**)

Vous vous sentiez plus fatigué depuis 2 ou 3 jours, vous aviez plus soif, vous uriniez plus souvent

Vous croyez avoir perdu 2 ou 3 kg livres depuis une semaine même si votre appétit n'a pas changé, « ça doit être mon diabète... » (**CROYANCES**)

Vous n'avez pas eu de frisson.

Votre sommeil reste bon (7 heures par nuit)

Pas de sudation nocturne

Pas d'autre symptôme

Lorsque questionné à ce sujet, vous direz **trouver difficile de vivre seul et d'avoir à surveiller votre diète à tous les jours (PRÉOCCUPATIONS)**.

Vous avez peu d'amis et mangez le plus souvent seul chez vous ou au restaurant.

Votre famille vit à Québec.

Vous êtes **parfois triste et vous vous ennuyez**, mais vous ne pleurez pas et n'êtes **pas découragé** (pas d'idée suicidaire). (**ÉMOTIONS**)

Vous êtes **frustré** d'être diabétique de ne pas pouvoir manger ce que vous aimez; vous n'aimez pas avoir à vous préparer des repas. (**ÉMOTIONS**)

Vous êtes **tanné** de faire vos glucométries et vous les faites plutôt irrégulièrement. (**ÉMOTIONS**)

### ANTÉCÉDENTS, HABITUDES DE VIE ET MÉDICATION

**Personnels** : Diabétique non insulino-dépendant depuis 5 ans; Aucune chirurgie ni antécédent psychiatrique

**Familiaux** : Père et mère en bonne santé, pas de fratrie; pas de diabète dans la famille

**Habitudes de vie** :

Alcool (1 à 2 bières par jour); 10 cigarettes par jour et aucun sport.

Diète non suivie, 1 à 2 liqueurs douces par jour, assez souvent du « *junk food* ».

**Médication** : Metformine 500 mg BID et glyburide 5 mg BID

**RAISONNEMENT CLINIQUE** : patient diabétique débalancé qui a une cellulite avec un affect de révolte et de tristesse quant à son diabète.

# ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE

## JEU DE RÔLE no 2

**BUTS** : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants  
DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE + PERSPECTIVES DE LA PATIENTE  
RECUEILLIR LA MALADIE ACTUELLE AVEC L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE  
CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

### CONTEXTE

Clinique sans- rendez-vous, heure du lunch, 4 patients dans la salle d'attente  
Elle y est depuis 30 minutes et devra retourner à son travail par la suite

### CONSIGNES À LA PATIENTE

Vous êtes anxieuse, vous craignez de revenir en retard de votre heure lunch et votre poste est menacé

### IDENTIFICATION

Patiente de 35 ans, mariée, mère de 3 enfants (10, 8 et 6 ans), vivant avec son conjoint depuis 15 ans, travaillant comme vendeuse en informatique

**RAISON DE CONSULTATION** : « *Je suis plus essoufflée depuis 1 semaine* ».

### MALADIE ACTUELLE

**Il y a 3 semaines**, petit rhume durant lequel vous avez toussé un peu sans expectorations.  
La toux persiste surtout la nuit et vous ne crachez pas. Vous n'êtes plus enrhumée.

**Depuis 1 semaine**, vous vous sentez **plus facilement essoufflée** parfois en montant un escalier ou une côte, mais aussi au repos (**IMPACT**). C'est « *comme si je n'arrivais pas à remplir complètement mes poumons* » (**CROYANCES**), « *je ressens le besoin de prendre des grandes inspirations et ça me soulage* »  
Vous ne voyez pas de circonstances qui aggravent cet essoufflement; Pas de silement.  
Pas de frisson ni fièvre; appétit normal, poids stable; vous ne vous sentez pas plus fatiguée.

Votre **sommeil est plus fragile**, réveils fréquents depuis 1 semaine et de la difficulté à vous rendormir.  
Vous **jonglez beaucoup**, car vous **pourriez être congédiée sous peu** à cause des coupures de poste dans l'entreprise (**PRÉOCCUPATIONS**), ce qui vous rend plus anxieuse. (**ÉMOTIONS**)  
Vous en avez parlé avec votre conjoint qui vous soutient dans cette période difficile.

**Depuis 2 semaines**, vous avez **tendance à éviter les foules et les endroits publics**.

**Depuis 3 semaines**, vous avez diminué vos activités sportives (natation, vélo, etc..) et ça vous **décourage un peu**, car le sport vous relaxe.

Vous n'êtes pas franchement déprimée, mais parfois un peu triste et surtout inquiète devant la perte possible de votre emploi.

### ANTÉCÉDENTS, HABITUDES DE VIE ET MÉDICATION

**Personnels** : Asthmatique depuis l'âge de 10 ans (nombreuses crises pendant 10 premières années)  
Aucune chirurgie; **Déjà eu des épisodes d'anxiété importante**, mais vous n'avez jamais consulté de psychiatre ni de psychologue

**Familiaux** : Mère décédée à 35 ans d'un accident d'automobile (patiente avait 5 ans)  
Père 65 ans en bonne santé; Un frère de 40 ans qui serait de « type nerveux »

**Habitudes de vie** ; 10 cigarettes par jour depuis l'âge de 25 ans; pas d'alcool ni drogue

**Médication** : 2 pompes (fluticasone et salbutamol au besoin)

### RAISONNEMENT CLINIQUE

Patiente asthmatique avec un affect d'anxiété et une humeur dépressive face à un congédiement prochain possible (agoraphobie ?).



# ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE

## JEU DE RÔLE no 3

**BUTS** : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants  
DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE + PERSPECTIVES DU PATIENT  
RECUEILLIR LA MALADIE ACTUELLE AVEC L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE  
CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

### CONTEXTE

Bureau, début de matinée, 10 patients dans la salle d'attente  
Patient bien connu de son médecin depuis une dizaine d'années, mais non rencontré depuis 1 an.  
Le médecin a pris une trentaine de minutes de retard

### CONSIGNES AU PATIENT

Vous êtes abattu, ralenti; vous restez parfois silencieux pendant la rencontre.  
Vous avez peur de mourir à cause du cancer qu'on vous a trouvé récemment, vous avez besoin de vous confier à un médecin. (ATTENTES RÉELLES)

### IDENTIFICATION

Patient de 45 ans, divorcé, père de 2 filles (20 et 10 ans), vivant seul, travaillant comme comptable

**RAISON DE CONSULTATION** : « *J'ai des brûlements d'estomac, je veux quelque chose pour me soulager* »  
(ATTENTE MANIFESTE).

### MALADIE ACTUELLE

**Il y a 3 mois**, on vous a découvert un cancer d'estomac. (PRÉOCCUPATIONS)

**Depuis plus d'un an**, vous aviez des brûlements d'estomac que vous traitiez avec des antiacides.

Il y a 3 mois, vous avez vomi du sang et vous êtes allé consulter et c'est là que le diagnostic est tombé.

Vous avez été opéré et on vous a proposé de la chimiothérapie que vous recevez régulièrement.

Vous vous inquiétez, car les brûlements persistent malgré tout, sans hémorragie digestive cependant.

(ÉMOTIONS)

Vous aviez perdu un bon 10 kg et vous croyez en avoir repris 1 ou 2 au cours du dernier mois.

Votre appétit est assez bon, votre sommeil est entrecoupé; vous vous sentez fatigué en fin de journée.

(IMPACT)

Vous n'avez pas d'idée suicidaire.

Vous vous sentez très coupable d'avoir abusé de café, mais surtout d'alcool et de drogues dans le passé.

(CROYANCES)

Vous avez eu une vie très mouvementée (vous couchant tard, travaillant dans des clubs pendant 20 ans).

Vos relations amoureuses furent de courte durée et chaotiques.

### ANTÉCÉDENTS ET HABITUDES DE VIE

**Personnels** : dépression il y a 10 ans et plusieurs tentatives de suicide avec des médicaments (aspirine)

**Familiaux** : adopté, vous ne connaissez pas vos parents ni fratrie

**Habitudes de vie** : alcool pendant 20 ans (5 à 10 bières /jour), cocaïne inhalée (pendant 5 ans); 30 à 40 cigarettes/jour pendant 25 ans; 10 cafés/jour pendant 25 ans;

Toute consommation cessée depuis 3 mois

### RAISONNEMENT CLINIQUE

Ce patient est inquiet et a besoin de se confier.

Il a une néoplasie gastrique, un affect de culpabilité (d'avoir trop abusé de la vie avant sa maladie) et des symptômes dépressifs

Possible trouble d'adaptation avec humeur dépressive secondaire à son cancer récent

Possible trouble de personnalité (re nombreuses tentatives de suicide, toxicomanie, relations amoureuses chaotiques).

# ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE

## JEU DE RÔLE no 4

**BUTS** : IDENTIFIER LES INDICES INITIAUX dès les premiers instants  
DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE + PERSPECTIVES DU PATIENT  
RECUEILLIR LA MALADIE ACTUELLE AVEC L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE  
CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

### CONTEXTE

Clinique sans- rendez-vous, samedi matin, 15 patients dans la salle d'attente  
Il y est depuis 2 heures

### CONSIGNES AU PATIENT

Vous êtes irritable avec le médecin.  
Vous avez tendance à parler beaucoup et vite.

### IDENTIFICATION

Patient de 40 ans, divorcé, père de 3 garçons (20, 18 et 6 ans), vivant seul, travaillant comme représentant syndical pour une centrale provinciale

**RAISON DE CONSULTATION** : « *J'ai mal à la tête, je veux des médicaments* ». (ATTENTES)

### MALADIE ACTUELLE

**Depuis 2 semaines**, vous avez mal « *partout dans la tête* »

C'est continu, cela a débuté progressivement; d'abord en fin de journée, puis depuis 1 semaine vous l'avez dès le réveil. Ça devient difficile de débuter vos journées et ça vous préoccupe. (PRÉOCCUPATIONS)

Environ 4 à 5 / 10 quand c'est pire, puis 1 à 2 / 10 quand c'est mieux.

Pas de trouble visuel, ni nausée, ni vomissements.

Aucun autre symptôme.

Vous venez de terminer hier une ronde de négociations ayant duré près d'une semaine.

Vous avez peu dormi durant cette semaine-là, votre appétit est plus ou moins bon.

Vous avez inhalé de la cocaïne à 2-3 reprises comme vous le faites souvent dans ces circonstances.

Vous vous dites que vous êtes « *juste trop fatigué* » (CROYANCES)

« *Je suis parfois perdu dans mes dossiers, je crois avoir égaré des papiers importants* » (IMPACT)

Vous vous êtes présenté à une séance de négociations en pantalons courts, en T-shirt et avec un chapeau de cowboy; vous banalisez le tout disant que c'était « *pour détendre l'atmosphère* ».

### ANTÉCÉDENTS, HABITUDES DE VIE ET MÉDICATION

**Personnels** : HTA depuis 5 ans; il nie tout antécédent psychiatrique.

**Familiaux** : père serait bipolaire mais il ne l'a pas vu depuis au moins 20 ans.

**Habitudes de vie** : alcool (2 à 3 bières/jour depuis 5 ans environ); 1 joint de marijuana le soir avant de se coucher depuis 5 ans; 15 cigarettes/jour depuis 10 ans.

**Médication** : Moins bien pris ses antihypertenseurs durant la dernière semaine.

### RAISONNEMENT CLINIQUE

Patient hypertendu avec un affect euphorique

Possible abus de stimulants

Possible maladie bipolaire

## ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE RENCONTRE DE PATIENTS

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS :

- L'étudiant connaît les éléments de l'évaluation psychiatrique de dépistage de l'adulte.
- 

#### APTITUDES :

- L'étudiant effectue une évaluation psychiatrique de dépistage chez un patient hospitalisé en médecine ou chirurgie.
- L'étudiant identifie l'état émotif prédominant et/ou la souffrance psychique du patient.

#### ATTITUDES :

- L'étudiant se sensibilise aux préjugés face aux maladies psychiatriques.

### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Discussion de groupe

Rencontre de patient

---

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Boucher A et alii 2022-2023.**, Cahier des habiletés cliniques : Examen psychiatrique de dépistage
- **Bourdy, C.** Comment s'y retrouver avec les symptômes d'un patient somatisant, *Le Médecin du Québec*, Volume 56, numéro 7, juillet 2021.
- **Mercille, L., Filteau, M-J,** Anxiété et dépression riment avec action, *Le Médecin du Québec*, Volume 56, numéro 12, décembre 2021.
- **Caire Fon, N, et al,** (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - 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
- **Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive** (p. 18-19 cahier du moniteur; aussi sur ENA)

## SCÉNARIO DU 12-04-2023

---

### 8h30 à 9h00 LE PATIENT SOMATISANT L'IMPACT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EN PSYCHIATRIE

Le moniteur anime une discussion sur les textes en référence concernant l'approche du patient somatisant et l'impact de l'activité physique sur les symptômes anxieux et dépressifs.

### 9h00 à 10h30 OBSERVATION DIRECTE D'UN GROUPE DE 2 ÉTUDIANTS

#### Objectifs :

- Prise en compte des **INDICES INITIAUX**
- **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- Recueil de la symptomatologie du patient (attributs des symptômes)
- Antécédents personnels et familiaux + habitudes de vie + médication
- Revue du système hématologique, neurologique et psychique
- **Évaluation psychiatrique de dépistage**
- Examen physique complet ou un examen neurologique complet, si cela est pertinent
- **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**
- Habiletés communicationnelles (début de la rencontre, facilitation, clarification, vision de la patiente, résumés internes, fin de la rencontre) (cf. Richard, Lussier p.175 à 183)

Visite de malades hospitalisés en médecine ou en chirurgie pour effectuer une anamnèse et une évaluation psychiatrique de dépistage (2 étudiants/1 patient) ou avec un patient externe.

Les étudiants recueillent la **MALADIE ACTUELLE** du patient et effectuent un **examen physique complet** du patient, si possible (ou neurologique complet).

Le moniteur qui aura observé la rencontre au moyen de l'outil (Observation directe d'une entrevue et d'un examen physique donnera une **rétroaction descriptive** immédiatement après la rencontre autant sur le **PROCESSUS** (communication) que sur le **CONTENU** (histoire recueillie).

### 10h30 à 11h30 RETOUR EN GROUPE DISCUSSION SUR LES PATIENTS RENCONTRÉS RÉDACTION MANUSCRITE D'UNE HISTOIRE DE CAS

Partage entre étudiants de l'histoire des patients rencontrés, le moniteur anime une discussion sur les aspects de la rencontre :

- difficultés dans la communication ? techniques communicationnelles utilisées
- **INDICES INITIAUX** (environnement et patient)
- **OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- anamnèse complète ?
- particularités lors de l'examen physique ?
- diagnostic principal et diagnostics différentiels (**CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**)

Révision en groupe des 2 patients visités; retour au chevet si nécessaire et si le temps le permet.

**ATTENTION : Les histoires de cas doivent obligatoirement être manuscrites (i.e. préparation à l'externat) et remises à l'adjointe du CH avant 16h. S'il y a un cours en PM, les étudiants ont jusqu'à 23h59 pour remettre leur histoire de cas (version numérisée de l'histoire de cas manuscrite doit être envoyée à l'adjointe du CH).**

## COMMENT S'Y RETROUVER AVEC LES SYMPTÔMES D'UN PATIENT SOMATISANT ?

De nombreux patients présentent un tableau clinique complexe, car difficile à catégoriser avec précision lors d'une consultation au cabinet. Est-ce un diagnostic somatique ou psychiatrique ou les deux en même temps ? Devant ceux-ci, le médecin omnipraticien est réellement mis au défi.

Christian Bourdy

Une approche systématique est encore plus essentielle pour le cheminement diagnostique et thérapeutique. Tentons d'y voir plus clair ! Vous serez témoin au premier plan du raisonnement du médecin traitant lors de la rencontre avec sa patiente, comme si vous étiez dans sa tête.

### CAS CLINIQUE

Madame Léa F., 26 ans, mariée, sans enfants, occupe un poste d'assistante de direction dans une agence gouvernementale. Sa belle-sœur lui a suggéré d'aller voir, à son cabinet, le médecin qu'elle a rencontré le mois précédent pour son asthme.

— **Médecin** : Bonjour, que puis-je faire pour vous aujourd'hui ?

— **Patiente** : Je viens vous voir, car je suis étourdie. Surtout depuis les deux dernières semaines.

*Ce symptôme peut être somatique ou psychique. Cette possibilité sera à explorer. Je dois surtout bien écouter comment elle décrit son problème.*

— **Médecin** : Pouvez-vous me décrire vos étourdissements ?

*Je dois la laisser décrire son symptôme dans ses mots et être attentif à son langage non verbal.*

— **Patiente** : Ça peut arriver n'importe quand. Quand je marche et même quand je suis assise tranquille. Parfois, j'ai aussi mal au cœur sans vomir. Je ne veux pas vomir. J'hais ça, vomir.

*Tiens, on dirait une peur de vomir. Crainte d'une perte de contrôle ? Anxiété sous-jacente ?*

— **Médecin** : Avez-vous noté d'autres symptômes ?

*Est-ce un tableau unique (ORL, neurologie ou cardiologie) ou y a-t-il plusieurs symptômes touchant divers systèmes en même temps ?*

— **Patiente** : J'ai des problèmes de constipation depuis mon enfance. Ma mère me donnait régulièrement des lavements quand j'étais jeune. Là, ça va un peu mieux, mais je suis quand même souvent constipée. Mais, ces étourdissements, ça me rend plus nerveuse ; déjà que je le suis pas mal tout le temps.

*Tiens, elle parle spontanément de symptômes somatiques de longue date et mentionne qu'elle est nerveuse.*

— **Médecin** : Vous dites que vous êtes nerveuse. Pouvez-vous m'en parler ? Est-ce récent ?

*Tentons de voir comment s'est passée son enfance et aussi sa relation avec sa mère, puisqu'elle en parle spontanément.*

— **Patiente** : En fait, je me sens nerveuse en dedans depuis que je suis petite. Ma mère était professeure de 3<sup>e</sup> année et elle était vraiment exigeante avec mon frère, ma sœur et moi. Parfois, elle criait fort, et ça me faisait peur. Je perdais connaissance des fois tellement j'avais peur. Les médecins n'ont jamais rien trouvé.

*Tiens, il semble y avoir eu de la violence verbale. Y a-t-il aussi eu de la violence physique ?*

Le Dr Christian Bourdy, médecin omnipraticien, exerce au sein du programme de médecine psychosomatique de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est aussi professeur agrégé PTG sous contrat au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.

— **Médecin** : Est-ce que votre mère pouvait s'impatienter au point de vous frapper, de vous donner des claques ?

*C'est une question délicate à poser, mais elle m'a un peu ouvert la porte.*

— **Patiente (silence de quelques secondes)** : Non, pas elle. Elle parlait à mon père, et c'est lui qui nous frappait avec sa ceinture. J'avais tellement peur de lui. Il parlait fort aussi. Ça me donnait mal au ventre.

*Tiens, ce silence, je viens possiblement de toucher une zone sensible.  
Je vais devoir être prudent pour ne pas la brusquer, ne pas reproduire un traumatisme.*

— **Médecin** : S'est-il passé quelque chose de particulier il y a deux semaines quand vous avez commencé à être étourdie ?

*Je vais essayer de diminuer un peu l'intensité affective issue de ce passé et tenter de voir si un événement actuel aurait ravivé sa peur et créé ses symptômes.*

— **Patiente** : Non, je ne vois pas. Tout va bien dans ma vie.

*Bon, retour au symptôme principal (étourdissements). Je verrai plus tard si je peux explorer ce passé qui semble avoir été traumatisant.*

Au cours de cette première rencontre, le médecin a exploré à fond les symptômes liés aux étourdissements (ORL, neurologiques, cardiaques, métaboliques). Tout était négatif. Toutefois, quand il a complété la revue des systèmes, la patiente lui a parlé de ses problèmes menstruels de longue date. En outre, elle a mentionné spontanément sa nervosité présente depuis longtemps. Le médecin a alors abordé la sphère psychiatrique. La patiente n'est pas dépressive, mais a révélé une absence de libido, n'ayant eu que de très rares relations sexuelles en cinq ans de vie commune avec son époux. Elle a précisé : « Ça ne fait pas partie de ma vie. » Cette situation ne semble pas entraîner de difficultés conjugales. Un examen physique attentif à la recherche de signes neurologiques ou de la sphère ORL n'a montré aucun signe pouvant évoquer une cause organique.

*Le médecin lui a prescrit un bilan sanguin, mais n'a pas cru bon à ce moment-là de demander un examen d'imagerie (tomodensitométrie ou échographie). Il lui a signifié sa disponibilité au cas où elle souhaiterait le revoir pour explorer un peu plus ses nombreux symptômes, dont certains présents depuis longtemps, et son absence de libido. Elle ne semblait pas désireuse de pousser plus loin. Le bilan sanguin de base s'est révélé négatif. La secrétaire l'a avisée.*

## PLANIFIER UNE DÉMARCHÉ DIAGNOSTIQUE FACE À UN PATIENT SOMATISANT

Le début de la rencontre clinique avec cette patiente illustre la complexité d'une telle situation pour un médecin. Comment écouter les symptômes somatiques et les explorer systématiquement pour ne pas « passer à côté » d'une maladie organique sérieuse ? C'est souvent une inquiétude, ou du moins une préoccupation, des médecins omnipraticiens<sup>1</sup>. Leur formation les a très bien préparés à détecter et à diagnostiquer des maladies somatiques. En outre, ils sont habituellement capables de reconnaître les maladies psychiatriques (anxiété et dépression). Néanmoins, lorsque les deux aspects sont intimement liés, le diagnostic devient plus complexe. Comment départager l'apport de l'un et de l'autre dans la catégorie des symptômes médicalement inexpliqués ? (voir l'article des D<sup>rs</sup> Pierre Verrier et Victoria Lanvin intitulé : « La somatisation et ses avatars : pour un GPS intégratif », dans le présent numéro)

Les symptômes somatiques doivent être révisés de façon minutieuse à l'aide d'une anamnèse rigoureuse. Toutefois, il est souhaitable que le médecin reste attentif au discours manifeste et latent du patient, au sous-texte (ex. : indices non verbaux, comme une certaine agitation, une expression faciale, le contact visuel lors de certains sujets, et indices paraverbaux, comme le débit et les intonations de la voix)<sup>2</sup>. Un examen physique tout aussi minutieux et ciblé doit être effectué à la recherche spécifique de signes qui pourraient confirmer ou infirmer un diagnostic somatique, surtout s'il est morbide ou pire, mortel.

Pour ce qui est des examens paracliniques, comme ces patients mentionnent souvent des symptômes qui vont alerter le médecin omnipraticien, ce dernier pourrait être porté à demander plus fréquemment des analyses. Ces dernières pourraient être coûteuses, révéler des éléments difficiles à interpréter ou, pire, entraîner des problèmes (iatrogénie). Le médecin doit arriver à trouver la position la plus confortable possible quant à son diagnostic afin de ne pas « succomber » à une surévaluation qui pourrait, de surcroît, inquiéter le patient (« si mon médecin demande cette analyse, c'est qu'il doit penser à une maladie... »).

---

### CAS CLINIQUE

*Un an plus tard, Madame Léa F. revient au cabinet du médecin. Elle dit être fatiguée et ressentir des étourdissements, des nausées et des engourdissements dans les deux jambes [de nouveaux malaises vagues et inconstants].*

---



— **Médecin** : Bonjour, que puis-je faire pour vous, aujourd'hui ?

— **Patiente** : Ça ne va plus. Je cours après mon souffle, je suis étourdie, j'ai mal au cœur et je suis toujours fatiguée.

*Bon, plusieurs symptômes touchant plusieurs appareils et systèmes.*

*Ces manifestations peuvent être organiques. Je dois rester prudent, même si j'ai l'impression que le tableau semble psychiatrique. J'ai lu un article sur les symptômes médicalement inexpliqués<sup>1</sup>. C'est peut-être le cas ici ?*

— **Médecin** : Depuis quand êtes-vous ainsi ? La dernière fois que nous nous sommes vus, vous étiez également étourdie.

*Je lui signifie ainsi que je me souviens d'elle, en espérant renforcer notre lien, car il n'y a pas eu de suivi après la première rencontre.*

*Je veux aussi vérifier la chronologie de tous ses symptômes.*

— **Patiente** : Ça ne va pas bien depuis plusieurs mois ; en fait presque depuis notre rencontre. Je ne comprends pas pourquoi je suis comme ça. Pourtant, au travail, j'ai moins de dossiers. Avec Éric, mon mari, tout va bien.

*Le tableau semble avoir persisté, du moins en partie, et d'autres symptômes se sont ajoutés.*

*Le tableau reste vague. Toutefois, il comporte une couleur psychique, car je ne vois pas d'emblée ce qui expliquerait tous ces symptômes un peu éparés d'un point de vue physiologique.*

— **Médecin** : La dernière fois, vous aviez des symptômes un peu semblables. Mes questions et mon examen physique n'avaient rien révélé. Le bilan sanguin que nous avons effectué, non plus. Par contre, il y a un aspect de votre vie que j'ai retenu. C'est votre absence de libido. Peut-être qu'il y a un lien ? Qu'en pensez-vous ?

*Je vais lui tendre une perche et voir ce qu'elle en fera.*

*Elle ne mentionne pas son absence de libido dans ses symptômes cette fois-ci, mais la banalisation qu'elle en a faite la dernière fois me pousse à me poser des questions.*

— **Patiente** : Ça ne fait pas partie de moi. Ça me rend agressive quand on en parle à la télévision ou à la radio. On n'entend que ça. Ça m'avait bouleversée lorsque vous aviez abordé ça l'an dernier. Je ne veux pas parler de ça. Il n'y a pas de problème de ce côté-là !

*Je remarque le ton irrité qui me signale que ce sujet est sensible. Elle s'exprimait à voix basse au début, puis elle a haussé le ton lorsque j'ai abordé ce sujet. Elle ne me regarde pas lorsqu'elle en parle.*

*Son attitude révèle deux aspects : elle ne veut pas en parler, et il semble y avoir là une tension en elle.*

*Je ne suis pas certain du tout que c'est la cause de ses symptômes, mais cette tension doit y contribuer.*

*Comment continuer sans qu'elle se referme ? (voir l'article du Dr André Lelièvre, intitulé : « Quels mots utiliser avec ces patients qui somatisent ? », dans ce numéro)*

— **Médecin** : Il est en effet possible que votre absence de libido n'ait pas de lien avec vos symptômes, mais je crois que l'exploration pourrait en partie nous aider à comprendre pourquoi vous éprouvez de tels symptômes, car vous n'avez aucune maladie physique connue. Vous semblez avoir des symptômes semblables depuis de nombreuses années, mais aucun diagnostic n'a pu être établi par le passé pour les expliquer. Je vais vous poser des questions précises et vous examiner de nouveau. Je vous demanderai fort probablement de passer de nouveaux tests.

*Je reconnais et valide l'existence de ses symptômes.*

*Je veux créer avec elle une alliance qui me permettra d'aller le plus loin possible dans la compréhension de son tableau clinique.*

*Je veux explorer les deux axes (somatique et psychique), comme dans le cas d'un trouble fonctionnel où les deux s'influencent mutuellement.*

L'anamnèse et l'examen physique ne révèlent aucun problème cardiaque, pulmonaire ou neurologique et n'expliquent pas non plus sa fatigue. Le médecin n'a pas l'impression qu'elle souffre du syndrome de fatigue chronique (voir l'article de la Dr<sup>e</sup> Monique Desjardins intitulé : « Fibromyalgie ou fatigue chronique : quand le corps n'en fait qu'à sa tête », dans ce numéro). Il lui prescrit un autre bilan sanguin, un peu plus étendu. Il ne voit toutefois pas la pertinence, à ce moment, de la diriger vers un spécialiste.

## UN MOIS PLUS TARD, LE MÉDECIN LA REVOIT AVEC LES RÉSULTATS DE SON BILAN

### CAS CLINIQUE

*Madame Léa F. dit être fatiguée et présenter les mêmes malaises vagues et inconstants (étourdissements, nausées, engourdissement des deux jambes).*

— **Médecin** : Bonjour, alors, on se revoit à la suite de vos tests sanguins. Comment vous êtes-vous sentie ces dernières semaines ?

*Je tente toujours de montrer aux patients qu'il y a une continuité entre les rencontres. Je commence toujours la rencontre par une question ouverte.*

*Je la laisse exposer ce qui lui paraît le plus important. Je reste attentif à la façon dont elle décrit ses symptômes (indices non verbaux et paraverbaux).*

*Quelle est la teneur affective sous-jacente ?*

- **Patiente** : Ah, ça ne va pas bien. Je suis tellement fatiguée. Puis les étourdissements ne sont pas disparus, vous savez. Qu'est-ce que mes tests ont donné ?

*Elle paraît quelque peu exaspérée et semble espérer que les tests auront révélé la cause de ses malaises. J'ai l'impression qu'elle est encore sur le versant somatique et qu'elle souhaite que ses symptômes se résolvent rapidement sans autres examens plus approfondis ni exploration psychique de ma part. Je la sens un peu déprimée. N.B. Ce type de patients préfère rester dans la sphère somatique et ne désire pas une exploration du monde affectif trop poussée.*

- **Médecin** : On a trouvé une légère anémie. Vous manquez un peu de fer, ce qui pourrait expliquer votre fatigue et possiblement votre souffle court. Par contre, ça me semble peu probable que l'anémie puisse être la cause de tous vos symptômes. Avez-vous vomi du sang ou vu du sang dans vos urines ou dans vos selles ?

*Je reconnais qu'il pourrait y avoir une cause en partie organique, mais je n'écarte pas que d'autres causes puissent être à la base de tous ses symptômes.*

*J'explore la spoliation sanguine, tout en me souvenant qu'elle m'avait parlé de constipation à la première rencontre.*

*Pourrait-il s'agir d'un problème intestinal sous-jacent (maladie cœliaque ou syndrome de l'intestin irritable) ?*

- **Patiente** : J'ai beaucoup de problèmes avec mes règles depuis mon adolescence. J'ai des douleurs très fortes chaque mois quand j'ai mes règles et je saigne vraiment beaucoup.

*Tiens, elle m'apporte un nouveau symptôme qu'elle avait tu jusqu'à maintenant.*

*C'est une possible cause de son anémie, évidemment, mais j'ai de la difficulté à relier tous ses symptômes à cette légère carence martiale.*

*S'agit-il de symptômes gynécologiques, de symptômes somatiques flous de longue date ? Est-ce que l'absence de libido est liée à des violences sexuelles passées ?*

- **Médecin** : Avez-vous été évaluée en gynécologie depuis votre adolescence ? Si oui, l'origine de ces douleurs et de ces saignements abondants a-t-elle été trouvée ?

*Je reste pour le moment sur le terrain somatique. Je verrai si j'aborderai plus tard la possibilité de violences sexuelles, car c'est une cause très fréquente de symptômes médicalement inexpliqués chez certaines patientes<sup>3</sup>.*

Madame Léa F. a finalement eu un diagnostic d'endométriose et a été dirigée en gynécologie où elle a reçu un traitement adéquat. C'était la première orientation en spécialité. Sa carence martiale a été corrigée, mais ses autres symptômes ont persisté. Le médecin lui a alors proposé de la voir une fois par mois<sup>4</sup> pour suivre l'évolution de ses symptômes, ce qu'elle a accepté. Plusieurs rencontres mensuelles plus tard, et avec une grande prudence, il a évoqué la possibilité d'un lien entre ses douleurs abdominales, sa constipation chronique et la violence qu'elle a subie durant son enfance (physique de son père et psychologique de sa mère). Elle était réticente à approfondir le sujet, même si elle avait abordé ces événements d'elle-même à la première rencontre. Elle a fini par admettre que le climat familial était très difficile. Elle a souvent eu peur, ce qui lui occasionnait des maux de ventre. Sa mère mettait ces douleurs sur le compte de sa constipation et lui donnait fréquemment des lavements, qui étaient douloureux pour elle (voir l'article de la D<sup>re</sup> Rahele Wolde-Giorghis intitulé : « Syndrome de douleur pelvienne chronique : est-ce possible ? », dans ce numéro).

## CONCLUSION

Devant une patiente comme Madame Léa F. qui éprouve de nombreux symptômes depuis plusieurs années sans diagnostic précis, le médecin omnipraticien doit faire preuve d'une très grande prudence. Il doit rester alerte devant tous les symptômes somatiques et rechercher une cause organique, surtout si elle est traitable. Cependant, devant un tel tableau clinique, le médecin doit aussi vérifier l'existence d'une maladie psychiatrique concomitante (voir l'article des D<sup>rs</sup> Pierre Verrier et Victoria Lanvin) très souvent présente, soit de nature anxieuse ou dépressive<sup>5</sup>. Une toxicomanie doit également être soupçonnée.

Aborder une cause psychique sous-jacente nécessite une écoute attentive et un décodage fin des indices non verbaux et paraverbaux dans le discours du patient. Une « palpation émotionnelle », comme dirait Abbass<sup>6</sup>. C'est ce qu'on pourrait nommer la « psychothérapie du médecin omnipraticien ». Naviguer sur les deux tableaux (organique et psychiatrique) est possible pour tout médecin omnipraticien, mais comporte un potentiel inconfort. La peur de rater un diagnostic s'ajoute à la frustration de ne pas découvrir ce dont souffre le patient. Ces patients peuvent d'ailleurs être demandants (« trouvez ce que j'ai, docteur ! »), voire revendicateurs. Si le médecin arrive à éprouver un relatif confort à ne pas savoir précisément la cause exacte des symptômes après son évaluation minutieuse (symptômes



### CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Une écoute attentive des symptômes permet de considérer une cause organique et psychiatrique devant un tableau clinique complexe.
- ▶ Une évaluation ciblée et, au besoin, une orientation en spécialité viendront consolider l'impression diagnostique.
- ▶ Une tolérance à l'incertitude et à l'ambiguïté facilitera le maintien du lien thérapeutique avec le patient somatisant.

médicalement inexplicables), il peut alors garder un lien thérapeutique avec son patient et ainsi créer un espace de travail qui sera aussi rassurant pour ce dernier. //

Date de réception : le 18 janvier 2021

Date d'acceptation : le 31 janvier 2021

Le Dr Christian Bourdy n'a signalé aucun conflit d'intérêts.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Gol J, Terpsta T, Lucassen P et coll. Symptom management for medically unexplained symptoms in primary care. *Br J Gen Pract* 2019 ; 69 (681) : e254-e261.
2. Roter DL, Frankel RM, Hall JA et coll. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med* 2006 ; 21 (suppl. 1) : S28-S34.
3. Duncan R, Mulder R, Wilkinson SH et coll. Medically unexplained symptoms and antecedent sexual abuse: an observational study of a birth. *Psychosom Med* 2019 ; 81 (7) : 622-8.
4. Servan-Schreiber D, Kolb R. Somatizing patients: Part II. Practical management. *Am Fam Physician* 2000 ; 61 (5) : 1423-8.
5. Hüsing P, Löwe B, Piontek K et coll. Somatoform disorder in primary care: The influence of co-morbidity with anxiety and depression on health care utilization. *J Eval Clin Pract* 2018 ; 24 (4) : 892-900.
6. Abbass A, Schubiner H. Psychodiagnostic evaluation. Dans : Abbass A, Schubiner H, Kroenke K, rédacteurs. *Hidden from view: a clinician's guide to psychophysiological disorders*. Pleasant Ridge : Psychophysiology Press ; 2018. p. 81-3.

### PROGRAMME D'ASSURANCE EXCLUSIF AUX MEMBRES DE LA FMOQ



### Découvrez notre Compendium des assurances !

L'outil de référence pour vous accompagner dans la protection de votre patrimoine personnel et professionnel.

Téléchargez votre copie ici

[LussierDaleParizeau.ca/fmoq](https://LussierDaleParizeau.ca/fmoq)

 Lussier  
Dale Parizeau  
Cabinet de services financiers

1 877 807-3756



# ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION RIMENT AVEC ACTION

## LE RÔLE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Madame Marchand, 35 ans, est traitée par un ISRS pour son anxiété. Elle vous consulte aujourd'hui pour de la fatigue et une anhédonie. Elle a de la difficulté à accomplir ses tâches de préposée aux bénéficiaires. Vous diagnostiquez une dépression et lui prescrivez un arrêt de travail. Elle préfère ne pas ajouter de médicaments à celui qu'elle prend déjà. Et si l'activité physique était une option?

Louis Mercille et Marie-Josée Filteau

Selon l'OMS, la dépression est désormais la première cause d'incapacité dans le monde, tandis que les troubles anxieux arrivent au troisième rang en Amérique<sup>1</sup>. Ces problèmes sont de plus en plus fréquents, leur prévalence ayant augmenté (18,4 % et 14,9 %, respectivement) partout sur la planète entre 2005 et 2015<sup>1</sup>. Par ailleurs, la moitié des patients ayant reçu un de ces diagnostics sont également atteints de l'autre problème<sup>1</sup>.

Plus récemment, une étude de l'INSPQ auprès des travailleurs de la santé durant la deuxième vague de COVID-19 a révélé une détresse psychologique élevée ou très élevée chez 48,1 % des participants (contre 16,9 % en 2014-2015)<sup>2</sup>. Outre les effets directs de cette détresse sur leur qualité de vie et les répercussions majeures sur le système de santé, les patients aux prises avec des troubles de l'humeur et des troubles anxieux voient leur risque cardiovasculaire et de mortalité prématurée s'accroître grandement<sup>3</sup>.

Les données probantes appuyant l'efficacité de l'activité physique dans ces cas sont de plus en plus nombreuses. Dans les plus récentes recommandations canadiennes sur le traitement des troubles anxieux et de l'humeur, l'activité physique est maintenant considérée comme un traitement de première intention en monothérapie (preuve de niveau 1) pour la dépression légère ou modérée<sup>4</sup>. Pour les cas de modérés à graves, l'activité physique est considérée comme un ajout important au traitement usuel. Selon plusieurs études, l'activité physique pratiquée de façon régulière aurait un effet comparable à la psychothérapie ou aux médicaments pour lutter contre la dépression légère ou modérée<sup>5</sup> et pour diminuer les symptômes d'anxiété chez les adultes avec ou sans trouble d'anxiété chronique<sup>6</sup>.

M. Louis Mercille, kinésologue, pratique à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. La D<sup>re</sup> Marie-Josée Filteau, psychiatre, exerce au même endroit.

L'activité physique peut également jouer un rôle en prévention primaire des troubles anxiodépressifs. Ainsi, la pratique régulière d'une activité physique dans l'enfance serait associée à une réduction du risque de dépression à l'âge adulte<sup>7</sup>.

Selon une large étude populationnelle, une heure d'exercice par semaine, sans égard à l'intensité, pourrait éviter 12 % des nouveaux cas de dépression<sup>8</sup>. L'exercice devrait possiblement être poursuivi pendant six mois pour modifier durablement les symptômes et la structure des régions clés dans le cerveau<sup>9</sup>. Par ailleurs, les personnes sédentaires seraient plus susceptibles de souffrir de maladies cardiovasculaires et de dépression et les personnes dépressives ou anxieuses sont souvent peu actives physiquement<sup>9</sup>.

Dans notre cas, nous explorerons les principaux modes d'actions biologiques et psychologiques par lesquels l'activité physique diminue les symptômes anxiodépressifs. Nous verrons également les composantes importantes d'une prescription adéquate d'exercice, ainsi que des trucs concrets pour arriver à motiver ses patients à faire davantage d'activité physique.

### 1. CONCRÈTEMENT, COMMENT L'ACTIVITÉ PHYSIQUE M'AIDERA-T-ELLE À RÉDUIRE MES SYMPTÔMES ANXIODÉPRESSIFS ?

L'activité physique peut modifier l'évolution de la dépression et du trouble anxieux et contribuer à la guérison en agissant sur certains aspects biologiques et psychologiques en cause dans ces maladies.

Le cerveau contient 100 milliards de neurones qui possèdent chacun 10 000 connexions avec d'autres neurones. Les neurones communiquent entre eux notamment à l'aide de messagers chimiques, appelés neurotransmetteurs. La dépression et les troubles anxieux sont associés à un déséquilibre dans le fonctionnement de plusieurs de ces neurotransmetteurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine et glutamate). De plus, plusieurs personnes déprimées, mais pas toutes, présentent de l'inflammation dans le cerveau et

TABLEAU I

BIENFAITS BIOLOGIQUES  
ET PSYCHOLOGIQUES DE L'ACTIVITÉ  
PHYSIQUE SUR LES SYMPTÔMES  
ANXIODÉPRESSIFS<sup>9-12</sup>

## Aspects biologiques

- ▶ Optimisation des taux de neurotransmetteurs
  - Sérotonine
  - Dopamine
  - Noradrénaline
  - Glutamate
- ▶ ↑ cytokines anti-inflammatoires
- ▶ ↑ neurogenèse

## Aspects psychologiques

- ▶ ↑ estime de soi
- ▶ Amélioration de l'image corporelle
- ▶ ↑ sentiment d'efficacité personnelle
- ▶ ↑ concentration
- ▶ ↑ interactions sociales, ↓ isolement
- ▶ ↑ énergie
- ▶ Amélioration du sommeil

ailleurs dans l'organisme. On constate des concentrations élevées de certaines protéines, les cytokines, qui jouent un rôle important dans l'inflammation cérébrale. Ainsi, une quantité élevée de cytokines pro-inflammatoires entraîne une baisse de certains neurotransmetteurs responsables de la dépression et de l'anxiété (sérotonine et dopamine) et une diminution de la formation de nouveaux neurones par le cerveau (neurogenèse). On sait également que la dépression et les troubles anxieux sont souvent associés à d'autres problèmes de santé, comme les maladies cardiovasculaires et le diabète qui comportent aussi une composante inflammatoire aggravante. L'activité physique peut alors avoir un effet intéressant sur ces aspects biologiques en optimisant les taux de neurotransmetteurs, en augmentant la neurogenèse, en permettant une meilleure régulation du stress et en stimulant la production de cytokines anti-inflammatoires<sup>9,10</sup>.

L'activité physique peut, de plus, avoir des effets positifs sur certains autres éléments, comme le sommeil, l'anxiété, l'énergie et la concentration. Elle améliorerait aussi l'image corporelle et l'estime de soi, indépendamment des changements dans la composition corporelle<sup>11</sup>. Par ailleurs, le fait de s'engager dans un comportement favorisant la santé accroît le sentiment d'efficacité personnelle, ce qui peut inciter le patient à poursuivre l'activité physique. En outre, l'exercice augmente souvent les interactions sociales, ce qui peut briser l'isolement dont souffrent fréquemment les personnes déprimées ou anxieuses (tableau I<sup>9-12</sup>)<sup>12</sup>.

2. QUEL TYPE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE  
DEVRAIS-JE CHOISIR ET COMBIEN DEVRAIS-JE  
EN FAIRE POUR QUE CE SOIT EFFICACE ?

Sauf pour certains patients présentant des limitations physiques particulières, presque tous les types d'activité physique, peu importe les modalités choisies, peuvent être bénéfiques. Les personnes anxieuses ou dépressives ne font pas exception. Selon la littérature (et les cliniciens), il n'existe pas de recommandations applicables à tous lorsque vient le temps de prescrire de l'activité physique. Les recommandations destinées à la population générale (ex. : 150 minutes d'activité physique par semaine) sont également valables pour les patients déprimés ou anxieux, mais ne sont généralement pas applicables de façon concrète en clinique<sup>13</sup>.

La plupart des études sur la dépression et l'anxiété ont recours à des séances d'activité physique aérobique, comme la marche rapide, la course ou le vélo stationnaire, à raison de 25 à 40 minutes, deux ou trois fois par semaine pendant seize semaines ou moins. Cependant, ces modalités sont rarement adaptées à la réalité du patient et seront souvent insuffisantes.

Les interventions doivent correspondre aux préférences individuelles et au contexte de vie du patient afin d'améliorer la capacité de ce dernier à amorcer des changements<sup>14,15</sup>. La meilleure est celle qui intéressera la personne, la notion de plaisir étant très importante pour l'adhésion et la poursuite à long terme d'un programme d'entraînement. Ainsi, toute activité physique, quelles qu'en soient les modalités (fréquence, intensité, temps, type), aura potentiellement plus de bienfaits sur la santé mentale et physique que l'absence totale d'activité physique. Au bout du compte, l'activité choisie n'a que très peu d'importance sur le plan de l'efficacité, tant qu'elle est significative et réaliste pour la personne.

Le principe de progression sera habituellement fondamental chez une personne sédentaire voulant entreprendre un programme d'activité physique. Concrètement, si cette personne entrevoit la tâche à accomplir comme une montagne imposante à gravir, elle abandonnera rapidement. L'établissement d'une série de petits objectifs réalistes constitue donc généralement une stratégie gagnante. La même logique s'applique à la prévention des blessures musculosquelettiques. L'activité physique peut être perçue comme plus exigeante que la prise de médicament ou la psychothérapie pour certains patients qui manquent d'énergie et de motivation. Toutefois, elle est facile à intégrer au quotidien, est moins coûteuse que les autres options et est accessible sans délai d'attente comme la psychothérapie. Il est primordial de se rendre compte qu'on ne réussira jamais à mettre tous les effets positifs de l'activité physique dans une pilule à prescrire. Il convient donc d'encourager le plus de patients possibles à en faire.



TABLEAU II	PARAMÈTRES D'ENTRAÎNEMENT OPTIMAUX <sup>4,8,12,15-21</sup>
<b>Fréquence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aucun minimum requis</li> <li>▶ Idéale : de 3 à 5 fois par semaine</li> </ul>
<b>Intensité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dépression : intensité légère ou modérée</li> <li>▶ Anxiété : intensité élevée pour des bienfaits supplémentaires</li> </ul>
<b>Durée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Très courte (5–10 min) : très bon départ</li> <li>▶ Idéale : de 30 à 60 minutes</li> <li>▶ Plus longue (60–90 min et plus) : peu de bienfaits supplémentaires</li> </ul>
<b>Type d'exercices</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bienfaits de l'exercice aérobique &gt; musculation</li> <li>▶ Combinaison des deux types pour des bienfaits supplémentaires</li> <li>▶ Le yoga et le tai-chi sont des compléments intéressants</li> <li>▶ Activités en groupe pour des bienfaits supplémentaires</li> <li>▶ Tout type d'exercice compte, diversifier les types est encore mieux</li> </ul>
<b>+</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'entraînement « optimal » est, d'abord et avant tout, celui qui plaira au patient et qui sera adapté à son contexte.</li> </ul>

En somme, les recommandations cliniques devraient toujours être adaptées à la réalité du patient et à ses intérêts. Avec cette notion en tête, certains paramètres pour optimiser l'efficacité d'un programme d'entraînement pourraient y être intégrés (tableau II<sup>4,8,12,15-21</sup>).

#### FRÉQUENCE

Il n'existe pas de nombre minimal de séances d'exercice par semaine pour en tirer des bienfaits. Cependant, certaines études préconisent une fréquence d'au moins trois fois par semaine, mais il ne semble pas nécessaire d'aller au-delà de cinq fois par semaine<sup>15,16</sup>.

#### INTENSITÉ

Les données sont hétérogènes quand le tableau clinique de la maladie l'est également. Néanmoins, de courtes périodes d'exercice d'intensité légère perçues comme agréables et réalisables permettent d'améliorer l'estime de soi et d'augmenter le sentiment de maîtrise, ce qui constitue un bon départ dans le traitement de la dépression<sup>15</sup>. Pour provoquer des changements dans la neuroplasticité du cerveau, des exercices d'intensité modérée à élevée pourraient être plus efficaces (voir le tableau I de l'article de M<sup>me</sup> Noémie Ancil et du D<sup>r</sup> Paul Poirier, intitulé : « Faire bouger un patient sédentaire au cabinet : en avoir le cœur net ! », dans le présent numéro)<sup>21</sup>. Une activité d'intensité légère à modérée, comme la marche, serait toutefois suffisante pour en tirer la grande majorité des bienfaits<sup>8,17</sup>. Dans les troubles anxieux, une intensité élevée engendrerait toutefois possiblement des bienfaits supplémentaires<sup>18</sup>.

#### TEMPS

Une durée d'au moins trente minutes augmenterait possiblement les bienfaits. Par conséquent, de plus longues séances (ex. : 60–90 minutes) ne seraient pas nécessaires<sup>15</sup>.

Cependant, une très courte séance (5–10 minutes) peut suffire pour amorcer l'activation comportementale, une approche efficace dans le traitement de la dépression<sup>19</sup>. Cette approche pourrait également être intéressante contre les troubles anxieux en distrayant la personne de ses pensées anxieuses.

#### TYPE D'EXERCICE

Certaines études semblent indiquer que l'exercice aérobique serait supérieur aux exercices de résistance musculaire (force) seuls contre les troubles anxiodépressifs<sup>20</sup>. La combinaison de ces deux types d'interventions produirait probablement encore plus de bienfaits<sup>20</sup>. Bien que les données probantes soient moins fortes, les activités de relaxation active comme le yoga et le tai-chi auraient des effets positifs intéressants, principalement en complément du traitement usuel<sup>3</sup>. Les personnes isolées pourraient bénéficier d'exercices nécessitant des interactions sociales ou qui se pratiquent en groupe, des bienfaits supplémentaires ayant été obtenus pour ce type d'intervention<sup>12,15</sup>.

### 3. J'AI DÉJÀ ESSAYÉ DE ME REMETTRE EN FORME, ET ÇA N'A JAMAIS DURÉ PLUS DE QUELQUES SEMAINES. QUE DOIS-JE FAIRE POUR NE PAS REVIVRE ÇA ?

L'approche motivationnelle constitue un outil de communication qui a fait ses preuves pour favoriser le changement de comportement<sup>22</sup>. Cette méthode place le patient au centre de la discussion en lui permettant de faire ses propres choix et de prendre ses décisions. Le professionnel agit comme guide et oriente son intervention afin de susciter une réflexion. Bien que cette approche exige normalement plus de temps que celui dont dispose le clinicien pendant une consultation médicale, certains points importants peuvent tout de même être abordés en très peu de temps.

1. Amener le patient à se fixer des objectifs réalistes et significatifs et à trouver un type d'activité physique qui lui plaît et est accessible.
2. Demander au patient de nommer les bienfaits potentiels que lui procurerait l'activité physique. Dans un cas de manque de connaissance, demander à la personne si elle souhaite recevoir de l'information supplémentaire (ex. : consulter un kinésologue).
3. Commencer par une prescription d'activité physique ayant une chance de réussite élevée. La personne sédentaire qui se met à faire de l'exercice doit se sentir capable et être convaincue que l'exercice peut l'aider à améliorer son état.
4. Viser un enchaînement de petits succès au début. C'est souvent grâce à l'accumulation des petites victoires que l'habitude prendra racine.
5. Exemple de prescription de base : faire le tour du pâté de maisons à la marche une fois tous les deux jours (environ 5 minutes) pendant les deux premières semaines, puis passer à une marche de 10 minutes ou augmenter la fréquence à une fois par jour.

Encadré des auteurs.

Une intervention de courte durée pourrait avoir comme objectif initial de déterminer si la personne se sent prête à changer de comportement (stades de Prochaska). Ensuite, le médecin pourrait questionner le patient sur les avantages qu'il perçoit à modifier ses habitudes (établir le degré de motivation) et les éléments qui lui donnent confiance dans sa capacité à accomplir le changement. Le professionnel guidera le patient à l'aide de questions ouvertes qui l'amèneront à réfléchir concrètement sur des éléments déterminants de son processus de changement de comportement.

Dans un article sur l'entretien motivationnel paru en septembre 2018 dans *Le Médecin du Québec* (<https://bit.ly/Entretien-motivationnel>), le Dr Jacques Bédard, sommité en la matière, explique la méthode qu'il préconise. Il propose trois questions ouvertes (Pourquoi avez-vous l'intention de... ? Quels seraient les avantages pour vous de... ? Comment pensez-vous être capable de... ?) permettant d'évaluer le degré de motivation et de confiance du patient.

Dans le cas d'un patient qui veut accroître son volume d'activité physique, mais éviter la déception de l'échec, quelques conseils de base pourraient favoriser la réussite (encadré).

Lorsque le patient a besoin d'un encadrement supplémentaire pour augmenter ses chances de réussite, il serait pertinent de le diriger vers un kinésologue, le professionnel de la santé le mieux outillé pour prendre en charge le processus de changement d'habitudes de vie (principalement l'activité physique). Lorsque c'est applicable, l'entraînement supervisé (directement et indirectement) pourrait procurer des bienfaits supplémentaires aux personnes anxiodépressives<sup>15,16</sup>. Devant un patient moins motivé, le kinésologue prendra le temps d'explorer en profondeur ses motivations individuelles et de trouver avec lui des stratégies pour éviter les obstacles potentiels. Si le médecin n'a pas

accès à un kinésologue dans son réseau, il peut consulter le répertoire des kinésologues de la province sur le site Internet de la Fédération des kinésologues du Québec (<https://www.kinesiologue.com/fr/>).

*Maintenant plus outillé pour aborder avec Madame Marchand le sujet de l'activité physique, vous avez été en mesure de lui faire des recommandations concrètes et pertinentes pour son problème.*

## CONCLUSION

Le plus important à retenir est que la prescription d'activité physique doit en tout temps être adaptée au problème, à la réalité psychosociale et aux préférences individuelles. La meilleure prescription sera celle qui durera dans le temps, en étant significative et réaliste pour la personne. //

Date de réception : le 21 avril 2021

Date d'acceptation : le 14 mai 2021

M. Louis Mercille n'a signalé aucun conflit d'intérêts. La Dr<sup>re</sup> Marie-Josée Filteau a été conférencière pour l'AMQ, la FMOQ et le Département de pharmacie de l'Université Laval en 2020.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. *Depression and other common mental disorders – Global health estimates*. Genève : OMS ; 2017. 24 pages.
2. Pelletier ME, Carazo S, Jauvin N et coll. *Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique*. Québec : INSPQ ; 2021. 58 pages.
3. Correll CU, Solmi M, Veronese N et coll. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017 ; 16 (2) : 163-80.
4. Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *Can J Psychiatry* 2016 ; 61 (9) : 576-87.
5. Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH et coll. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2016 ; 202 : 67-86.

### CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Les bienfaits de l'activité physique sur les troubles anxiodépressifs sont importants et appuyés par des données probantes.
- ▶ La prescription d'activité physique doit être adaptée en tout temps à la réalité et aux préférences du patient.
- ▶ Tout type d'activité physique, quelles qu'en soient les modalités, peut être bénéfique.

6. Herring MP, Lindheimer JB, O'Connor PJ. The effects of exercise training on anxiety. *Am J Life Med* 2014; 8 (6) : 388-403.
7. Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN et coll. Habitual physical activity and the risk for depressive and anxiety disorders among older men and women. *Int Psychogeriatrics* 2011; 23 (2) : 292-8.
8. Harvey SB, Overland S, Hatch SL et coll. Exercise and the prevention of depression: results of the HUNT cohort study. *Am J Psychiatry* 2018; 175 (1) : 28-36.
9. Kandola A, Ashdown-Franks G, Stubbs B et coll. The association between cardiorespiratory fitness and the incidence of common mental health disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2019; 257 : 748-57.
10. Phillips C, Fahimi A. Immune and neuroprotective effects of physical activity on the brain in depression. *Front Neurosci* 2018; 12 : 1-22.
11. Campbell A, Hausenblas HA. Effects of exercise interventions on body image: a meta-analysis. *J Health Psychol* 2009; 14 (6) : 780-93.
12. McNeill LH, Kreuter MW, Subramanian SV. Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Soc Sci Med* 2006; 63 (4) : 1011-22.
13. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2014; 75 (9) : 964-74.
14. Bernard P, Romain AJ, Esseul E et coll. Barrières et motivation à l'activité physique chez l'adulte atteint de schizophrénie : revue de littérature systématique. *Sci Sports* 2013; 28 (5) : 247-52.
15. Nyström MBT, Neely G, Hassmén P et coll. Treating major depression with physical activity: a systematic overview with recommendations. *Cogn Behav Ther* 2015; 44 (4) : 341-52.
16. Stanton R, Reabum P. Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. *J Sci Med Sport* 2014; 17 (2) : 177-82.
17. Kelly P, Williamson C, Niven AG et coll. Walking on sunshine: scoping review of the evidence for walking and mental health. *Br J Sports Med* 2018; 52 (12) : 800-6.
18. Aylett E, Small N, Bower P. Exercise in the treatment of clinical anxiety in general practice – A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2018; 18 (1) : 559.
19. Soucy Chartier I, Blanchet V, Provencher MD. Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle. *Sante Ment Que* 2013; 38 (2) : 175-94.
20. Oftedal S, Smith J, Vandelanotte C et coll. Resistance training in addition to aerobic activity is associated with lower likelihood of depression and comorbid depression and anxiety symptoms: a cross sectional analysis of Australian women. *Prev Med* 2019; 126 : 105773. DOI : 10.1016/j.ypmed.2019.105773.
21. Andrews S, Curtin D, Hawi Z et coll. Intensity matters: high-intensity interval exercise enhances motor cortex plasticity more than moderate exercise, cerebral cortex. *Cereb Cortex* 2020; 30 (1) : 101-12.
22. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3<sup>e</sup> éd. New York : Guilford Press ; 2012. 482 pages.

### PROGRAMME D'ASSURANCE EXCLUSIF AUX MEMBRES DE LA FMOQ



## Découvrez notre Compendium des assurances !

L'outil de référence pour vous accompagner dans la protection de votre patrimoine personnel et professionnel.

Téléchargez votre copie ici

[LussierDaleParizeau.ca/fmoq](https://LussierDaleParizeau.ca/fmoq)

 Lussier  
Dale Parizeau  
Cabinet de services financiers

1 877 807-3756

**PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH**  
**CONGÉ POUR LES MONITEURS**



# PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH

## Examen final MMD1233 (28 avril)

# CONGÉ POUR LES MONITEURS

N.B. :

### CAMPUS MONTRÉAL

Les étudiants rencontreront les **physiothérapeutes à l'École de réadaptation** le 16 mai PM pour l'apprentissage de l'examen locomoteur de la colonne cervicale et du membre supérieur.

Puis, le 17 mai PM pour l'apprentissage de l'examen locomoteur de la colonne lombaire et du membre inférieur.

Le 24 mai PM pour une intégration des examens locomoteurs par des vignettes cliniques.

### CAMPUS MAURICIE

Les étudiants rencontreront les **physiothérapeutes** le 9 mai PM pour l'apprentissage de l'examen locomoteur de la colonne cervicale et du membre supérieur.

Puis, le 15 mai PM pour l'apprentissage de l'examen locomoteur de la colonne lombaire et du membre inférieur.

Le 24 mai PM pour une intégration des examens locomoteurs par des vignettes cliniques.

### OBJECTIFS COGNITIFS

- L'étudiant connaît les principaux repères anatomiques de la colonne cervicale et du membre supérieur.
- L'étudiant connaît les principales étapes de l'examen de la colonne cervicale et du membre supérieur.
- L'étudiant connaît les principaux repères anatomiques de la colonne lombaire et du membre inférieur.
- L'étudiant connaît les principales étapes de l'examen de la colonne lombaire et du membre inférieur.

### APTITUDES

- L'étudiant effectue l'examen de la colonne cervicale
- L'étudiant effectue l'examen du membre supérieur.
- L'étudiant effectue l'examen de la colonne lombaire.
- L'étudiant effectue l'examen du membre inférieur.

## SÉMIOLOGIE DU SYSTÈME LOCOMOTEUR COLONNE CERVICALE, LE MEMBRE SUPÉRIEUR COLONNE LOMBAIRE, LE MEMBRE INFÉRIEUR

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS :

- L'étudiant connaît la sémiologie du système locomoteur (mécanique et inflammatoire).

#### APTITUDES :

- L'étudiant effectue l'anamnèse d'un patient avec un problème locomoteur

### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Discussion de groupe

---

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Bates B.**,  
Système locomoteur
- **Tremblay, Jean-Luc**, Anamnèse d'une douleur articulaire, adapté de *L'examen musculosquelettique. Les presses de l'Université de Montréal. 2009*
- **Boucher A. et alii 2022-2023**, Cahier des habiletés cliniques : Colonne cervicale et membre supérieur (principalement l'épaule)
- **Ratté F., Thériault J., Frémont P.**, Démarche clinique : Examen locomoteur 1 (colonne cervicale et épaule), Université Laval; avec la permission d'utilisation par docteur Julie Thériault à l'adresse web suivante <https://www.demarcheclinique.ulaval.ca/> (pour y accéder il faut créer un code d'utilisateur et un mot de passe)
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - 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
- **Bourdy C.** Vignettes cliniques (pour les moniteurs seulement, au Cahier du moniteur)
- **Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive** (p. 18-19 cahier du moniteur; aussi sur ENA)

## SCÉNARIO DU 03-05-2023

---

### 8h30 à 9h00 RÉTROACTION SUR HISTOIRE DE CAS

Le moniteur révise, avec les étudiants, la structure de la rédaction de l'histoire de cas puis discute avec eux de la rédaction de la **MALADIE ACTUELLE** et du recueil des symptômes du patient.

Il révise la **liste des problèmes** rédigée par chaque étudiant et la complète ou la corrige au besoin. Il commente sur le **raisonnement clinique** qui se dégage ou pas de la rédaction de cette histoire de cas

### 9h00 à 9h30 ANAMNÈSE D'UNE DOULEUR ARTICULAIRE

À l'aide du texte du docteur Jean-Luc Tremblay, le moniteur révise l'anamnèse du système musculosquelettique : les particularités d'une présentation mécanique vs une présentation inflammatoire.

### 9h30 à 11h30 EXERCICES DE RAISONNEMENT CLINIQUE ET EXAMENS PHYSIQUES APPROPRIÉS

Le moniteur propose des vignettes cliniques de cervicalgie, de cervico-brachialgie et de brachialgie afin de réviser la démarche clinique (anamnèse et examen physique) qui sous-tend le raisonnement clinique.

Il insiste sur l'importance de porter attention aux **INDICES INITIAUX**, de **DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE** afin de **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**.

Le moniteur propose des vignettes cliniques de lombalgie, de lombosciatalgie et douleur à la hanche afin de réviser la démarche clinique (anamnèse et examen physique) qui sous-tend le raisonnement clinique.

Il insiste sur l'importance de porter attention aux **INDICES INITIAUX**, de **DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE** afin de **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**

**N.B. : LES ÉTUDIANTS N'ONT PAS ENCORE PRATIQUÉ L'EXAMEN PHYSIQUE LOCOMOTEUR, CET ATELIER EST DONC ORIENTÉ SUR L'ANAMNÈSE DU PATIENT AVEC UN PROBLÈME LOCOMOTEUR.**

### CAMPUS MONTRÉAL

Les étudiants rencontreront les **physiothérapeutes à l'École de réadaptation** le 16 mai PM pour l'apprentissage de l'examen locomoteur de la colonne cervicale et du membre supérieur.

Puis, le 17 mai PM pour l'apprentissage de l'examen locomoteur de la colonne lombaire et du membre inférieur.

Le 24 mai PM pour une intégration des examens locomoteurs par des vignettes cliniques.

### CAMPUS MAURICIE

Les étudiants rencontreront les **physiothérapeutes** le 9 mai PM pour l'apprentissage de l'examen locomoteur de la colonne cervicale et du membre supérieur.

Puis, le 15 mai PM pour l'apprentissage de l'examen locomoteur de la colonne lombaire et du membre inférieur.

Le 24 mai PM pour une intégration des examens locomoteurs par des vignettes cliniques.

## ANAMNÈSE D'UNE DOULEUR ARTICULAIRE

---

Les maladies du système musculosquelettique affectent une part importante de la population. On estime qu'une consultation sur quatre auprès d'un médecin de première ligne est liée à ces problèmes. Quarante pourcent de la population de plus de 65 ans est touchée.

C'est une des principales causes d'atteinte fonctionnelle des activités quotidiennes et d'invalidité au travail. L'anamnèse et l'examen d'un patient présentant une douleur articulaire sont des étapes essentielles pour poser un bon diagnostic différentiel et amorcer une investigation et un traitement appropriés.

À l'anamnèse, on doit évaluer :

- Âge et sexe du patient
- Description spontanée des symptômes
- Localisation des sites douloureux
- Distribution des douleurs
- Chercher à préciser s'il s'agit d'une douleur inflammatoire ou mécanique
- Intensité des symptômes
- Chronologie des symptômes
- Durée des symptômes
- Impact de la douleur sur les activités quotidiennes
- Interprétation par le sujet de ses malaises

### IDENTIFICATION : ÂGE, SEXE, OCCUPATION

- Certaines pathologies affectent particulièrement des personnes plus jeunes (lupus, spondylarthropathie, etc.), d'autres se retrouvent surtout chez les personnes plus âgées (goutte, pseudogoutte, arthrose, etc.).
- Occupation (mouvements répétitifs)
- Antécédents de traumatisme

### DESCRIPTION DES SYMPTÔMES

Laisser le patient décrire ses symptômes spontanément puis compléter l'anamnèse par des questions plus pointues, plus fermées.

Faire préciser les termes utilisés par le patient.

- localisation
- irradiation
- caractéristiques de la douleur (brûlure, élancement, paresthésie)
- intensité
- chronologie des symptômes (apparition, évolution, constants, intermittents, diurnes, nocturnes, premier épisode ?)
- facteurs déclenchants ou atténuants
- symptômes systémiques associés
- impact sur le quotidien

### LOCALISATION DES SITES DOULOUREUX

Demander au patient de préciser le site de douleur maximale en indiquant avec un doigt, puis vérifier l'irradiation et l'existence de douleurs aux articulations adjacentes

### DISTRIBUTION DES DOULEURS

- une ou plusieurs articulations
- atteinte symétrique ou non ?
- types d'articulations atteintes
  - grosses : épaule, genou, hanche
  - petites : interphalangiennes, métacarpo-phalangiennes, etc.
- atteinte du rachis ou non ?
- atteinte migratoire ou additive

## CARACTÉRISTIQUES INFLAMMATOIRES OU MÉCANIQUES

Symptômes inflammatoires	Symptômes mécaniques
Douleur principalement nocturne ou matinale Éveil le patient à la fin de la nuit	Principalement dans la journée, maximum en après-midi ou en soirée. Si douleur nocturne, elle est plus légère et associée aux changements de position
Raideur matinale > 1 heure	Raideur matinale non significative
Raideur diminue à la mobilisation	Douleur augmente à la mobilisation
Réapparaît au repos	Soulagée par le repos
Gonflement articulaire	Peu ou pas de gonflement
Rougeur (surtout dans les affections très inflammatoires)	Pas de rougeur
Symptômes systémiques (fatigue, asthénie)	Pas de symptômes systémiques associés

Certaines conditions douloureuses ne présentent pas de caractères particulièrement mécaniques ni inflammatoires (fibromyalgie, polyneuropathie, etc.)

### INTENSITÉ DES SYMPTÔMES

Une arthrite septique ou microcristalline sera rapidement très intense.

Une douleur osseuse récalcitrante, tenace, en absence de signes inflammatoires ou de notion de traumatisme fera suspecter une douleur cancéreuse.

Une douleur démesurée par rapport aux autres manifestations cliniques et l'absence de signes francs à l'examen clinique laisse supposer une composante psychogénique.

### CHRONOLOGIE DES SYMPTÔMES

Une installation aiguë (< 3 jours) suggère une affection traumatique, infectieuse ou microcristalline.

Une symptomatologie chronique (> 6 semaines) évoque une pathologie inflammatoire ou dégénérative.

### DURÉE DES SYMPTÔMES

Le diagnostic différentiel sera différent s'il s'agit d'une polyarthrite aiguë (< 6 semaines) ou chronique (> 6 semaines).

Les polyarthropathies inflammatoires chroniques ne peuvent être diagnostiquées avec certitude si les malaises sont apparus depuis moins de 6 semaines.

### IMPACT SUR LE QUOTIDIEN

Malgré ses douleurs, le patient peut-il vaquer à ses activités de la vie quotidienne ?

Peut-il conserver son emploi ?

### INTERPRÉTATION PAR LE PATIENT DE SES MALAISES

Bien des conditions peuvent paraître anodines pour le médecin, mais le patient, devant une douleur nouvelle peut craindre de développer une maladie grave ou une incapacité fonctionnelle importante.

Ces craintes non verbalisées peuvent mener le patient au découragement, à l'impression d'être incompris et affecter l'observance au traitement.

Adapté de :

*Tremblay, Jean-Luc. L'examen musculosquelettique.*

*Les presses de l'Université de Montréal. 2009*

## VIGNETTES CLINIQUES

### Colonne cervicale et membre supérieur (Cahier du moniteur)

---

1. Homme de 40 ans, comptable qui travaille à l'ordinateur toute la journée. Il se plaint de douleur cervicale droite depuis la veille. Son cou est « bloqué » vers la droite.

#### **Suggestions de recueil de données cliniques (N. B. : vous pouvez ajouter des éléments si vous le désirez)**

À rechercher durant l'anamnèse :

- Localisation exacte de la cervicalgie
- Irradiation dans les membres supérieurs ? Paresthésies ? Parésies ?
  - Si tous deux négatifs => moins probable qu'il y ait une radiculopathie cervicale
  - Si positifs => radiculopathie possible
- Position lors du travail (position ergonomique ?)
- Traumatisme ?
  - Si on découvre un antécédent d'entorse cervicale lors d'un accident d'automobile il y a 5 ans, que doit-on penser ? (arthrose secondaire ?)
- Autres ?

À effectuer lors de l'examen physique

- **Pour toute douleur locomoteur, il est important d'examiner l'articulation proximale et distale à la douleur ainsi que l'examen neurologique associé**
- Position antalgique, raideur évidente de la colonne cervicale (**INDICES INITIAUX**)
- Palpation des muscles paravertébraux à la recherche d'un spasme et/ou de douleur
- Mouvements actifs et passifs de la colonne cervicale
- Autres ?

Diagnostiques différentiels

- Entorse cervicale (d'origine osseuse ?)
- Arthrose cervicale ?
- Torticolis ?
- Mauvaise hygiène posturale au travail ?
- Autres ?

2. Homme de 25 ans, menuisier, qui a fait un effort important durant son travail, hier matin, en déplaçant un poids lourd. Il a ressenti une douleur immédiatement à la base de son cou à gauche.

#### **Suggestions de recueil de données cliniques (N.B. vous pouvez ajouter des éléments si vous le désirez)**

À rechercher durant l'anamnèse :

- Localisation exacte de la cervicalgie
- Irradiation dans les membres supérieurs ? Paresthésies ? Parésies ?
  - Si tous deux négatifs => moins probable qu'il y ait une radiculopathie cervicale
  - Si positifs => radiculopathie possible
- Antécédents de cervicalgie ? Trauma ?
- Autres ?

À effectuer lors de l'examen physique

- **Pour toute douleur locomoteur, il est important d'examiner l'articulation proximale et distale à la douleur ainsi que l'examen neurologique associé**
- Position antalgique, raideur évidente de la colonne cervicale (**INDICES INITIAUX**)
- Palpation des muscles paravertébraux à la recherche d'un spasme et/ou de douleur
- Mouvements actifs et passifs de la colonne cervicale
- Examen des forces segmentaires, ROT, sensibilité des membres supérieurs (pour déterminer si une racine est atteinte)
- Autres ?

Diagnostiques différentiels

- Discopathie cervicale ? Si oui, quelle racine atteinte ?
- Entorse cervicale (d'origine musculaire)
- Autres ?

## VIGNETTES CLINIQUES

### Colonne cervicale et membre supérieur (Cahier du moniteur)

---

3. Femme de 30 ans, violoniste professionnelle, se plaint d'une douleur à l'épaule droite depuis 3 semaines. Elle a eu des concerts aux deux jours depuis les deux derniers mois et elle a pratiqué 8 heures par jour les jours sans concert.

#### **Suggestions de recueil de données cliniques (N.B. vous pouvez ajouter des éléments si vous le désirez)**

À rechercher durant l'anamnèse :

- Localisation exacte de la douleur à l'épaule
  - Si face antérieure => possible tendinite long tendon bicipital
  - Si face latérale => possible atteinte de la coiffe des rotateurs
  - Si diffus => possible origine cervicale
- Traumatismes ?
- Autres ?

À effectuer lors de l'examen physique

- **Pour toute douleur locomoteur, il est important d'examiner l'articulation proximale et distale à la douleur ainsi que l'examen neurologique associé**
- Position antalgique, raideur évidente de l'épaule (**INDICES INITIAUX**)
- Palpation de l'épaule à la recherche de douleur
- Évaluation des tendons bicipitaux
- Évaluation de la coiffe des rotateurs
- Mouvements actifs et passifs de la colonne cervicale
- ROT
- Autres ?

Diagnostics différentiels

- Tendinite bicipitale ?
- Tendinite de la coiffe des rotateurs ?
- Syndrome d'accrochage (abutement) ?
- Autres ?

4. Femme de 40 ans, skieuse professionnelle, se plaint de douleur dans son bras gauche et d'engourdissements à la main gauche, surtout au niveau des I<sup>er</sup> et II<sup>e</sup> doigt.

#### **Suggestions de recueil de données cliniques (N.B. vous pouvez ajouter des éléments si vous le désirez)**

À rechercher durant l'anamnèse :

- Trajet de la douleur
  - Si face médiane => possible atteinte de C<sub>8</sub> ou T<sub>1</sub>
  - Si face latérale => possible atteinte de C<sub>6</sub>
  - Si diffus => difficile à préciser le dermatome
- Traumatismes ?
- Autres ?

À effectuer lors de l'examen physique

- **Pour toute douleur locomoteur, il est important d'examiner l'articulation proximale et distale à la douleur ainsi que l'examen neurologique associé**
- Position antalgique, raideur évidente de la colonne cervicale ou position du bras (**INDICES INITIAUX**)
- Palpation de la colonne cervicale à la recherche de douleur ou de spasme
- Évaluation de la sensibilité au niveau des dermatomes C<sub>6</sub>, C<sub>7</sub>, C<sub>8</sub> et T<sub>1</sub>
- Évaluation de la force au niveau des myotomes C<sub>6</sub>, C<sub>7</sub>, C<sub>8</sub> et T<sub>1</sub>
- ROT

Diagnostics différentiels

- Discopathie cervicale ? Si oui, quelle racine atteinte ?
- Cervico brachialgie d'autre origine (masse) ?
- Autres ?

## VIGNETTES CLINIQUES

### Colonne lombaire et membre inférieur (Cahier du moniteur)

---

- 1) Homme de 50 ans, avec un surplus de poids et un ventre proéminent, chauffeur de camion au long cours depuis 25 ans. Il se plaint de douleur lombaire basse depuis 1 mois irradiant dans la fesse et la cuisse droite. La pire position est lorsqu'il est assis longtemps. Il n'a pas noté de faiblesse de son membre inférieur droit, mais ressent parfois des picotements sous le pied.

#### **Suggestions de recueil de données cliniques (N.B. vous pouvez ajouter des éléments si vous le désirez)**

À rechercher durant l'anamnèse :

- Trajet de la douleur
  - Si face antérieure de la cuisse => possible atteinte de L<sub>2</sub> ou L<sub>3</sub>
  - Si face postérieure de la cuisse => possible atteinte de S<sub>2</sub>
  - Si face antérieure de la jambe => possible atteinte de L<sub>4</sub>
  - Si face latérale de la jambe + dessus du pied => possible atteinte de L<sub>5</sub>
  - Si face postérieure de la jambe + plante du pied => possible atteinte de S<sub>1</sub>
- Traumatismes ?
- Autres ?

À effectuer lors de l'examen physique

- **Pour toute douleur locomoteur, il est important d'examiner l'articulation proximale et distale à la douleur ainsi que l'examen neurologique associé**
- Position antalgique, raideur évidente de la colonne lombaire (**INDICES INITIAUX**)
- Palpation de la colonne lombaire à la recherche de douleur ou de spasme
- Évaluation de la sensibilité au niveau des dermatomes L<sub>3</sub>, L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub> et S<sub>1</sub>
- Évaluation de la force au niveau des myotomes L<sub>3</sub>, L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub> et S<sub>1</sub>
- ROT

Diagnostics différentiels

- Radiculopathie par discopathie possiblement de S<sub>1</sub>
- Arthrose avec ostéophytes sans pincement discal (moins probable)
- Autres ?

- 2) Femme de 70 ans, frêle de stature, sans antécédents, qui a chuté ce matin dans les dernières marches de son escalier de maison. Elle a glissé sur une marche mouillée. Elle ressent une douleur à la hanche gauche sans irradiation, son dos est un peu raide depuis ce temps. Elle peut à peine mettre son poids sur son membre inférieur gauche. Elle se dit incapable de marcher.

#### **Suggestions de recueil de données cliniques (N.B. vous pouvez ajouter des éléments si vous le désirez)**

À rechercher durant l'anamnèse :

- Site de la douleur
  - Grand trochanter ?
  - Muscles fessiers ?
  - Coccyx ?
- Antécédents de fractures ?
- Prise de calcium ?
- Autres ?

À effectuer lors de l'examen physique

- **Pour toute douleur locomoteur, il est important d'examiner l'articulation proximale et distale à la douleur ainsi que l'examen neurologique associé**
- Position antalgique, raideur évidente du membre inférieur gauche (**INDICES INITIAUX**)
- Palpation de la hanche à la recherche de douleur ou de spasme (bourse trochantérienne)
- Évaluation de la mobilité de la hanche

Diagnostics différentiels

- Contusion à la hanche (bursite traumatique) ?
- Fracture du col du fémur

Autres ?



## SÉMIOLOGIE DU SYSTÈME LOCOMOTEUR

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS :

- L'étudiant connaît la séméiologie du système locomoteur (mécanique et inflammatoire).

#### APTITUDES :

- L'étudiant effectue l'anamnèse d'un patient avec un problème locomoteur

### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Jeu de rôle entre étudiants

Rencontre de patients

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Vidéos Équipement de Protection Individuelle (EPI) dans « Ressources » de l'ENA**
- **Bates B.**,  
Système locomoteur
- **Tremblay, Jean-Luc**, Anamnèse d'une douleur articulaire, adapté de *L'examen musculosquelettique. Les presses de l'Université de Montréal. 2009*
- **Boucher A. et alii 2022-2023**, Cahier des habiletés cliniques : Colonne lombaire et membre inférieur (principalement hanche et genou)
- **Ratté F., Thériault J., Frémont P.**, Démarche clinique : Examen locomoteur 2 (hanche et genou) et 3 (colonne lombaire et cheville), Université Laval; avec la permission d'utilisation par docteur Julie Thériault à l'adresse web suivante <https://www.demarcheclinique.ulaval.ca/> (pour y accéder il faut créer un code d'utilisateur et un mot de passe)
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - 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
- **Fiche d'observation directe et de rétroaction descriptive** (p. 18-19 cahier du moniteur; aussi sur ENA)

**N.B. : REMETTRE AUX MONITEURS LES GRILLES POUR L'ÉVALUATION FINALE QUI SERONT À COMPLÉTER LA SEMAINE DU 24 MAI.**

## SCÉNARIO DU 10-05-2023

### 8h30 à 9h15 JEU DE RÔLE – SÉMILOGIE LOCOMOTEUR

Le moniteur anime un jeu de rôle où un étudiant recueille la symptomatologie d'un patient ayant un problème locomoteur, rôle joué par le moniteur ou par un autre étudiant.

#### Objectifs :

- Prise en compte des **INDICES INITIAUX**
- **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- Perspective et émotions du patient
- Recueil de la symptomatologie locomoteur (attributs des symptômes)
- **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**
- **Amorce de raisonnement clinique**
- (N.B. : le moniteur aide le groupe à proposer des hypothèses diagnostiques à la suite du jeu de rôle, soit avant l'examen physique. Il souligne, comment l'anamnèse doit orienter l'examen physique qui sera effectué par la suite; recherche spécifique de signes diagnostiques)
- Habiletés communicationnelles (début de la rencontre, facilitation, clarification, vision de la patiente, résumés internes, fin de la rencontre)

### 9h15 à 10h30 OBSERVATION DIRECTE D'UN GROUPE DE 2 ÉTUDIANTS

#### Objectifs :

- Prise en compte des **INDICES INITIAUX**
- **DÉTERMINATION DES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- Recueil de la symptomatologie locomoteur (attributs des symptômes)
- Antécédents personnels et familiaux + habitudes de vie + médication
- Revue des systèmes hématologique, neurologique et psychique de dépistage
- Examen locomoteur (colonne cervicale et membres supérieurs) et neurologique pertinent
- **CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**
- Habiletés communicationnelles (début de la rencontre, facilitation, clarification, vision de la patiente, résumés internes, fin de la rencontre) (cf. Richard, Lussier p. 159 à 166)

#### Visite d'un malade hospitalisé ou d'un patient externe.

Les étudiants recueillent la **MALADIE ACTUELLE** du patient et effectuent un **examen physique complet** du patient, si possible, en portant attention à l'examen neuro-locomoteur.

Le moniteur qui aura observé la rencontre au moyen de l'outil (Observation directe d'une entrevue et d'un examen physique) fera une **rétroaction descriptive** immédiatement après la rencontre autant sur le **PROCESSUS** (communication) que sur le **CONTENU** (histoire recueillie).

### 10h30 à 11h00 RETOUR EN GROUPE

#### **DISCUSSION SUR LES PATIENTS RENCONTRÉS**

#### **RÉDACTION MANUSCRITE D'UNE HISTOIRE DE CAS**

Partage entre étudiants de l'histoire des patients rencontrés, le moniteur anime une discussion sur les aspects de la rencontre :

- difficultés dans la communication ? techniques communicationnelles utilisées
- **INDICES INITIAUX** (environnement et patient)
- **OBJECTIFS DE LA RENCONTRE**
- anamnèse complète ?
- particularités lors de l'examen physique ?
- diagnostic principal et diagnostics différentiels (**CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION**)

Révision en groupe des 2 patients visités; retour au chevet si nécessaire et si le temps le permet.

**ATTENTION : Les histoires de cas doivent obligatoirement être manuscrites (i.e. préparation à l'externat) et remises à l'adjointe du CH avant 16h. S'il y a un cours en PM, les étudiants ont jusqu'à 23h59 pour remettre leur histoire de cas (version numérisée de l'histoire de cas manuscrite doit être envoyée à l'adjointe du CH).**

## JEU DE RÔLE

---

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

### CONTEXTE

Bureau, sans rendez-vous

### CONSIGNES À LA PATIENTE

Vous paraissez un peu inquiète, un peu fatiguée.

### IDENTIFICATION

Patiente de 55 ans, enseignante, vivant avec son conjoint et ses deux enfants adolescents

### RAISON DE CONSULTATION

« *Docteur, je viens vous voir, car j'ai des douleurs au genou droit* ».

### MALADIE ACTUELLE

- Cette douleur est présente depuis deux semaines.
- Elle est localisée à la face interne du genou sans irradiation.
- Elle est apparue progressivement, au début de façon intermittente puis de façon plus constante depuis 3 jours.
- Intensité 3/10.
- Elle est augmentée lorsque vous marchez ou restez debout, améliorée si assise au repos ou couchée
- La douleur vous réveille la nuit seulement si le genou gauche touche au genou droit en se retournant, donc vous utilisez un oreiller pour éviter le contact.
- Vous ne croyez pas avoir perdu de poids. Votre appétit est comme d'habitude.
- Vous n'avez ni fatigue, ni fièvre.
- Vous n'avez pas fait de chute, ni reçu de coup à cet endroit.
- Il n'y a aucun gonflement ni rougeur à cet endroit
- Vous n'avez aucune douleur articulaire autre, ni douleur à la colonne vertébrale, ni de raideur matinale
- Tout le reste est normal.

### PERSPECTIVES DE LA PATIENTE

**Préoccupations** : « *J'espère que je n'ai pas un cancer des os, ma mère est décédée de cela à l'âge de 70 ans* »

**Impact** : « *C'est difficile lorsque je dois rester debout pour donner mes cours* »

**Croyances** : « *J'ai peur que ce soit un cancer des os, mais je ne sais pas ce que ça peut être d'autre.*»

**Attentes** : « *J'aimerais savoir la cause de ma douleur et une solution pour la résoudre* ».

### ANTÉCÉDENTS, HABITUDES DE VIE ET MÉDICATION

Diabète type 2, traité par metformine

Obésité, vous êtes suivie par une nutritionniste sur recommandation de votre médecin

Vous ne fumez pas, rarement de l'alcool, jamais de drogue

### GUIDE POUR L'EXAMEN PHYSIQUE QUI DEVRAIT ÊTRE EFFECTUÉ

Apparence générale

Hanche

Genou

Cheville

NB. La règle de base est d'examiner l'articulation proximale et distale au problème et la partie neurologique associée si pertinente

### RAISONNEMENT CLINIQUE

IDENTIFIER LES INDICES DÈS LES PREMIERS INSTANTS (INDICES INITIAUX)

DÉTERMINER LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

CATÉGORISER POUR DÉCIDER DE L'ACTION

Patiente inquiète d'avoir une maladie néoplasique

Probable tendinite de la patte d'oie ou bursite ansérine

Gonarthrose ou lésion méniscale possibles, néoplasie osseuse peu probable

### INDICATIONS POUR LE MONITEUR

L'objectif du jeu de rôle est de **procéder à un recueil de données complet**, en s'assurant que l'histoire de la maladie actuelle est bien complétée avec la recherche des **attributs de chaque symptôme**.

Les étudiants intègrent les questions de la revue du système locomoteur, et toute autre information pertinente eu égard au problème.

**Vous posez des questions pour susciter le raisonnement clinique de la part des étudiants :**

- **Est-ce une douleur d'allure inflammatoire ou mécanique ?**
- **Monoarticulaire ou polyarticulaire ?**
- **Quelle structure anatomique peut être atteinte ?**
- **Quels éléments à l'histoire, négatifs ici, auraient pu orienter vers une lésion néoplasique osseuse tel que craint par la patiente ?**
- **Etc.**

**PAS D'ACTIVITÉ DANS LES CH**

**CONGÉ POUR LES MONITEURS**

**(ECOS IDC)**

## JEU DE RÔLE LOCOMOTEUR EXAMEN PHYSIQUE ÉVALUATION DE FIN DE SESSION PAR LE MONITEUR

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

#### COGNITIFS :

- L'étudiant connaît la séméiologie du système locomoteur (mécanique et inflammatoire)
- L'étudiant connaît les principales étapes de l'examen du système musculosquelettique

#### APTITUDES :

- L'étudiant effectue l'anamnèse d'un patient avec un problème locomoteur
- L'étudiant effectue un examen physique complet et y intègre les examens spécifiques nécessaires (hématologique, neurologique, psychiatrique de dépistage et locomoteur)

### MOYENS D'APPRENTISSAGE

Pratique entre étudiants

---

### PRÉPARATION À EFFECTUER

- **Bates B.**,  
Système locomoteur
- **Tremblay, Jean-Luc**, Anamnèse d'une douleur articulaire, adapté de *L'examen musculosquelettique. Les presses de l'Université de Montréal. 2009*
- **Boucher A. et alii 2022-2023**, Cahier des habiletés cliniques : Colonne lombaire et membre inférieur (principalement hanche et genou)
- **Ratté F., Thériault J., Frémont P.**, Démarche clinique : Examen locomoteur 2 (hanche et genou) et 3 (colonne lombaire et cheville), Université Laval; avec la permission d'utilisation par docteure Julie Thériault à l'adresse web suivante <https://www.demarcheclinique.ulaval.ca/> (pour y accéder il faut créer un code d'utilisateur et un mot de passe)
- **Caire Fon, N, et al**, (2015). PRC - Processus de raisonnement clinique [MOOC]. Université de Montréal (Producteur) – ENA
  - 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
- **Bourdy C.** : Plan de développement clinique sur ENA
- **Bourdy C.** Vignettes cliniques (pour les moniteurs seulement, au Cahier du moniteur)

## SCÉNARIO DU 24-05-2023

---

### 8h30 à 9h00 RÉTROACTION SUR HISTOIRE DE CAS

Le moniteur révise, avec les étudiants, la structure de la rédaction de l'histoire de cas puis discute avec eux de la rédaction de la **MALADIE ACTUELLE** et du recueil des symptômes du patient.

Il révise la **liste des problèmes** rédigée par chaque étudiant et la complète ou la corrige au besoin. Il commente sur le **raisonnement clinique** qui se dégage ou pas de la rédaction de cette histoire de cas

### 9h00 à 9h30 JEU DE RÔLE

Le moniteur anime un jeu de rôle où il joue le patient et aussi anime la discussion sur le diagnostic différentiel d'arthrite psoriasique possible.

### 9h30 à 11h00 PRATIQUE DE L'EXAMEN PHYSIQUE

Le moniteur révise avec les étudiants les examens physiques appris en cours de session : hématologique, neurologique, psychiatrique de dépistage et locomoteur (pour les portions déjà apprises).

L'examen physique appris à la première session peut aussi être révisé (cœur, poumons, abdomen, ORL)

Le moniteur insiste sur l'intégration à l'examen complet des divers examens physiques appris en cours de session.

Il rappelle que la démarche clinique, toujours pertinente lors de l'anamnèse doit guider l'étudiant afin qu'il sache repérer quels examens physiques pertinents il aura à effectuer chez son patient, lors de l'examen physique complet.

### 11h00 à 11h30 ÉVALUATION FINALE

Le moniteur rencontre chaque étudiant individuellement pour lui donner une rétroaction descriptive de son fonctionnement au cours de la session (à partir de la grille de *l'Évaluation de l'étudiant par le moniteur*) et il lui suggère des objectifs d'apprentissage et des moyens pour les atteindre, au besoin.

L'étudiant aura rempli son « *Plan de développement clinique* » disponible sur l'ENA et en discutera avec son moniteur.

Le cas échéant, il commente sur les améliorations apportées ou pas par l'étudiant à la suite de l'évaluation formative de la mi-session.

# JEU DE RÔLE

---

## Identification

35 ans, conjoint(e) de fait, 2 enfants (10 et 12 ans)  
Professeur de mathématiques au secondaire

## Raison de la consultation

Douleur dans la fesse droite, irradiant derrière la cuisse, mais ne dépassant pas le genou  
Depuis 2 semaines  
Intensité 5/10  
Pire vers la fin de la nuit : ça peut réveiller le patient  
Raideur le matin surtout (> 1 heure)  
Partiellement soulagée par ibuprofène 200 mg 2 co aux 6 heures et par la mobilisation  
Incommodant à la marche, inquiet, car un voyage est prévu prochainement

**Dans la dernière année** : douleur aux genoux (2 fois à gauche)

Avec un peu de rougeur, 1 à 2 semaines à chaque fois  
Ibuprofène et acétaminophène pour soulager  
Douleur de 3 à 4/10

**À l'occasion**, douleur et raideur des doigts (interphalangiennes distales)

Pas au niveau des poignets, pas IPP  
Rougeur locale lors des épisodes douloureux

Pas de fièvre  
Pas de perte de poids  
Pas d'atteinte oculaire

## Antécédents personnels

Pas d'histoire de traumatisme  
Appendicectomie à 17 ans  
Léger psoriasis depuis une dizaine d'années (petites lésions aux coudes et aux genoux)

## Antécédents familiaux

Père : 70 ans, HTA contrôlée  
Mère : 65 ans, psoriasis sévère, arthrose

## Médication

Rx : ibuprofène, acétaminophène, glucosamine (ça l'aide un peu)  
ROH : à l'occasion 1-2 verres de vin la fin de semaine  
Tabac/drogue : un peu à l'adolescence

## NOTE AU MONITEUR

### Tableau d'arthrite psoriasique

(Histoire de psoriasis, oligoarthritis asymétrique affectant des grosses articulations, sacro-iléite asymétrique, synovite des IPD)

Évidemment, l'étudiant n'a pas à poser ce diagnostic, mais il serait important que sa démarche démontre un certain raisonnement clinique

- Possibilité d'atteinte sciatique? vs sacro-iléite ?
- Mono ? vs poly arthralgie ? distribution ?
- Processus inflammatoire ? Mécanique ?

Révisé C. Bourdy MD 2017



# **ECOS à l'UdeM, CHUM (?) et Mauricie**

**31 MAI AM + PM**

**N.B. :**

**Tous les moniteurs seront invités à s'y inscrire pour être évaluateur**