

GUIDE DU PROGRAMME ACADÉMIQUE

ANNÉE ACADÉMIQUE 2016-2017

PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE



*fier de soutenir
l'enseignement de* LA

M MÉDECINE

UM

Table des matières

99 keys features.....	3
ORGANIGRAMME DU PROGRAMME ACADÉMIQUE	4
SITUATIONS D'URGENCE EN MÉDECINE INTERNE.....	5
COURS D'URGENCE.....	12
PABP.....	16
➤ Horaire PABP 2016-2017	16
➤ Les ateliers du Programme d'Apprentissage Basé sur la Pratique (PABP)	17
➤ Outil individuel de pratique réflexive.....	19
➤ Suivi de la réflexion.....	20
➤ Outil de pratique réflexive en groupe.....	21
Journée Académique	22
➤ Horaire	22
➤ Description.....	24
PARCOURS ÉTHIQUE	25
➤ Description.....	25
FORMATIONS OBLIGATOIRES (R1).....	26
➤ Description.....	26
COMMUNICATION	27
ÉRUDITION	32
➤ Gestion critique de la littérature	32
➤ Projets académiques.....	32
CONTENU FORMEL AUTRE EN UMF.....	33
➤ CSST (coordonnées)	33
➤ ABCdaire.....	34
➤ Capsules pharmacologiques	34
➤ Préparation aux examens	34
➤ Ateliers de locomoteur	34
➤ Activités de bien-être des résidents	34
➤ DPJ.....	34
➤ Psynéma/cinécuré (optionnel).....	34
➤ DSM5.....	35
➤ EMP/prévention clinique	35
➤ Loi 2.....	52

<http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Sujets%20prioritaires.pdf>

ORGANIGRAMME DU PROGRAMME ACADÉMIQUE

Comité du programme académique

Isabelle Tardif
Isabelle Gosselin

Responsable de
l'enseignement de
l'éthique

**François
Bertrand**

Responsable des
journées
académiques

**Guillaume
Voghel**

Responsable de
l'enseignement de
la communication

**Sophie
Galarneau**

Responsable de
l'enseignement des
modules liés à la
pratique

Muoy Ung

Responsable de
l'érudition

Martin Potter

SITUATIONS D'URGENCE EN MÉDECINE INTERNE

DATE	CONFÉRENCIER	SITE	TITRE DE LA PRÉSENTATION
Lundi, 4 juillet			Pas de cours
Mardi, 5 juillet	Obligatoire pour les R1	UdeM	ACLS – formation théorique
Mercredi, 6 juillet-8h	Dr Jean Diodati	SC	Angine instable / nstemi Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> Évaluer le risque thrombotique chez AI/NSTEMI; Initier le traitement.
9h	Dr Yannick Beaulieu	SC	Complications mécaniques de l'infarctus Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> Connaître les complications potentielles de l'infarctus; Savoir reconnaître les signes et symptômes associés aux complications mécaniques de l'infarctus; Apprendre comment prendre en charge le patient instable suite aux divers types de complications mécaniques de l'infarctus.
Jeudi, 7 juillet 8h	Dre Anne Bhéreur	SC	Principales urgences en contexte de soins palliatifs Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> Reconnaître et intervenir dans : dyspnée, détresse respiratoire, détresse hémorragique, douleur intense, surdosage médicamenteux, agitation sévère, convulsions.
9h	Dr Tarik Slaoui	SC	AVC Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> Savoir diagnostiquer un AVC et un accident ischémique transitoire (AIT); Connaître les mesures à prendre en urgence devant un AVC et un AIT; Savoir les examens diagnostiques à prescrire en urgence devant un AIT et un AVC.
Vendredi, 8 juillet	Dr Éric Schampaert	SC	Stemi / thrombolyse / PCI primaire
Lundi, 11 juillet	Dre Céline Bard	HD	Neuro-radiologie Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> Revoir les notions de base des différents types d'imagerie : indications et contre-indications; Apprendre à prescrire l'examen adéquat selon la région touchée; Savoir quand et pourquoi répéter ces examens; Identifier les principaux diagnostics se présentant en urgence : tête, cou, colonne.

DATE	CONFÉRENCIER	SITE	TITRE DE LA PRÉSENTATION
Mardi, 12 juillet	Dr Jean-Claude Bertrand	HSC	Delirium Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiquer correctement un délirium; • Comprendre les causes (facteurs prédisposant, facteurs précipitants et facteurs perpétuant); • Élaborer un plan de traitement adéquat qui tient compte des causes spécifiques; • Avoir à sa disposition des sources d'information pour compléter ses connaissances.
Mercredi, 13 juillet	Dr Paolo Costi	HD	Fibrillation auriculaire Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Revoir les divers traitements disponibles pour ralentir et/ou convertir la FA; • Identifier la meilleure stratégie thérapeutique (contrôle de la fréquence et du rythme); • Reconnaître les situations d'urgence en présence de FA; • Déterminer le risque embolique et les choix de traitements.
Jeudi, 14 juillet	8h Dr Alex Desautels Dr Vincent Jobin Dr Martin Michaud	ND	Fatigue et insomnie – comment survivre aux perturbations du sommeil et des rythmes biologiques pendant la résidence Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Définir la fatigue, le sommeil et les rythmes biologiques; • Discuter des conséquences physiques et cognitives de la fatigue; • Appliquer des stratégies compensatrices aux perturbations de sommeil.
	9h Dre Lorraine Legrand Westfall, ACPM	ND	Les méandres de l'interprétation – comment améliorer la communication entre les médecins Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les enjeux pertinents à la gestion des risques; • Discuter des solutions pertinentes à la gestion des risques.
Vendredi, 15 juillet	Dr Karl Weiss	MR	Urgences en infectiologie Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître rapidement les conditions urgentes en maladies infectieuses; • Savoir quel traitement antibiotique amorcer rapidement dans le contexte des infections sévères menaçant le pronostic vital.

DATE	CONFÉRENCIER	SITE	TITRE DE LA PRÉSENTATION
Lundi, 18 juillet	Dre Catherine Vincent	SL	Urgences en hépatologie Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer la prise en charge optimale des hémorragies digestives hautes par rupture de varices; • Prescrire le bilan étiologique en cas de décompensation de la fonction hépatique chez un patient cirrhotique (incluant la ponction d'ascite); • Prescrire un bilan étiologique et prendre en charge une insuffisance hépatique aigüe.
Mardi, 19 juillet	Dre Jeannine Kassis	MR	Urgences en hématologie Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Établir l'approche d'un patient qui présente une anémie; • Établir l'approche d'un patient qui présente une thrombocytopénie; • Établir l'approche d'un patient qui présente une fièvre neutropénique; • Établir l'approche d'un patient qui présente une manifestation hémorragique sous un anticoagulant.
Mercredi, 20 juillet	Dr Vincent Jobin	HD	Status asthmaticus Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Détecter l'asthmatique sévère qui se présente à l'urgence et dont il faut se méfier; • Prescrire un traitement de l'asthme efficace à l'urgence; • Savoir assurer le suivi clinique du patient.
Jeudi, 21 juillet	Dre Josée Bouchard	SC	Insuffisance rénale Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les urgences en IRA; • Établir un diagnostic différentiel et prescrire les tests appropriés; • Élaborer la prise en charge du patient.
Vendredi, 22 juillet	Dre Agnès Rakel	SL	Acido-cétose diabétique Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître une acidocétose et un état hyperosmolaire; • Comprendre la physiopathologie de l'ACD et de l'ÉHH; • Prescrire les solutés et les investigations appropriées dans la prise en charge de l'ACD et de l'ÉHH.

DATE	CONFÉRENCIER	SITE	TITRE DE LA PRÉSENTATION
Lundi, 25 juillet	Dr TT Minh Vu	ND	Le patient agité : une urgence médicale Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître l'urgence d'évaluer un patient agité; • Développer une approche systématique à l'investigation et au traitement du patient âgé agité; • Identifier les éléments particuliers au delirium chez la personne âgée.
Mardi, 26 juillet 8h	Dre Michèle Mahone	SL	Urgences obstétricales Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Décrire la physiologie cardiovasculaire normale chez la femme enceinte; • Évaluer et traiter une patiente enceinte ou en post-partum avec une condition médicale aiguë, telle que la pré-éclampsie, l'éclampsie et la dyspnée.
9h	Dr Louis Legault	SL	Anomalies électrolytiques Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Maîtriser une approche diagnostique pour les anomalies du Na et du K; • Être compétent pour initier les traitements pour les anomalies de Na et de K.
Mercredi, 27 juillet	Dr André Gagnon	MR	Hémodynamie : notions de base
Vendredi, 29 juillet	Dre Céline Chayer	MR	Coma Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Être capable de faire un examen complet chez le comateux; • Dédire la localisation neuro-anatomique (coma lésionnel ou non-lésionnel); • Demander les investigations appropriées selon le diagnostic différentiel.
Lundi, 1 ^{er} août	Dr Marc-Jacques Dubois	ND	États de choc Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître la variété des présentations cliniques des patients en choc; • Initier la prise en charge initiale des patients en choc avant même d'en connaître l'étiologie; • Prévenir l'installation de la dysfonction d'organes des patients en choc; • Revoir brièvement quelques traitements de support spécifiques des patients en choc.
Mardi, 2 août	Dre Lynne Sénécal	MR	Intoxications

DATE	CONFÉRENCIER	SITE	TITRE DE LA PRÉSENTATION
Mercredi, 3 août	Dr Benjamin Rioux-Massé	ND	Produits sanguins et indications transfusionnelles Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance des produits sanguins; • Produit sanguins labiles – description; • Indications cliniques des produits sanguins labiles – révision.
Jeudi, 4 août	Dr Pierre Mayer	HD	Insuffisance respiratoire
Vendredi, 5 août	Dre Erika Stumpf	MR	Épilepsie
Lundi, 8 août	Dr Michael Laskine	HD	HTA Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Crise HTA et atteintes d'organes cibles; • Traitement d'une crise HTA.
Mardi, 9 août	8h Dr Carl Chartrand-Lefebvre	HD	Radiographies pulmonaires Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Révision rapide de l'anatomie; • Les cathéters aux soins intensifs; • Embolie pulmonaire; • Dissection aortique; • Pneumonie; • Épanchements et pneumothorax.
	9h Dre Chantal Bolduc	SL	Urgences dermatologiques Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Connaître les différentes réactions médicamenteuses et dermatoses potentiellement dangereuses; • Connaître les mesures de bases de la prise en charge des différentes réactions médicamenteuses et dermatoses potentiellement dangereuses.
Mercredi, 10 août	Dr Francis Bernard	SC	HSA Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître la présentation clinique d'une HSA et son diagnostic différentiel; • Être capable de lire sommairement un scan cérébral de HSA et identifier les situations critiques; • Entamer la prise en charge initiale de la HSA.
Jeudi, 11 août	Dr François Beaucage	SC	Infections pulmonaires
Vendredi, 12 août	Dre Odile Prosmagne	HD	PSA

DATE	CONFÉRENCIER	SITE	TITRE DE LA PRÉSENTATION
Lundi, 15 août	Dre Martine Leblanc	MR	Dialyse
Mardi, 16 août	Dr Samer Mansour	HD	OAP Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre la physiopathologie de l'OAP; • Faire la différence entre l'OAP cardiogénique et non cardiogénique; • Discuter la prise en charge des patients en OAP.
Mercredi, 17 août	Dr Benjamin Rioux-Massé	ND	Réactions transfusionnelles et transfusion massive Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic différentiel et prise en charge des réactions transfusionnelles; • Transfusion massive – prise en charge et protocole de transfusion massive; • Diagnostic différentiel et prise en charge des réactions transfusionnelles; • Transfusion massive – prise en charge et protocole de transfusion massive.
Jeudi, 18 août	Dre Gidej Durivage	MR	Hémorragies digestives hautes Objectifs : Classier les hémorragies digestives; Discuter de l'investigation et du traitement.
Vendredi, 19 août	Dr Jean-Hugues Brossard	SL	Urgences en endocrinologie
Lundi, 22 août	Dr Guy Lalonde	SC	ECG 1 Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Distingue les anomalies de la repolarisation des variantes de la normale; • Identifie les anomalies de la repolarisation caractéristiques de l'ischémie et de l'infarctus; • Élabore un diagnostic différentiel.
Mardi, 23 août	Dr Guy Lalonde	SC	ECG 2 Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaît les principales anomalies électrocardiographiques rencontrées dans différentes situations d'urgence.
Mercredi, 24 août	Dr Éric Rich	ND	Mono-arthrite Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Connaître le diagnostic différentiel; • Procéder à une investigation efficace; • Instaurer un traitement approprié.
Jeudi, 25 août	8h Dr Patrick Bellemare	SC	Ventilation effractive et non-effractive

DATE	CONFÉRENCIER	SITE	TITRE DE LA PRÉSENTATION
9h	Dr Alain Desjardins	SC	<p>Diagnostic et traitement de l'embolie pulmonaire</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimer la probabilité clinique pré-test d'embolie pulmonaire; • Reconnaître les indices de sévérité et leur valeur prédictive; • Sélectionner l'investigation pertinente et interpréter les examens en fonction de leur valeur prédictive; • Savoir choisir le type d'anticoagulothérapie et sa durée; • Connaître les indications de thrombolyse dans l'EP.



Les cours sont donnés dans l'ordre ci-dessous dans un cycle de 2 ans – les 7 premiers cours, la première année et les 7 derniers cours, dans la seconde année. Tous les cours s'adressent à tous les R1 et R2 du programme de médecine de famille.

COURS	OBJECTIFS
Urgences environnementales 1 , par Dr François Bertrand, HSC (2010) a) Hypothermie b) Engelures	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître et reconnaître les différentes blessures associées à l'exposition au froid (gelures, engelures, pied des tranchées); • Connaître le traitement de ces conditions et leurs complications; • Connaître et reconnaître l'hypothermie et ses différents degrés; • Connaître le traitement de l'hypothermie et ses complications.
Urgences environnementales 2 , par Dr François Bertrand, HSC (2010) a) Coup de chaleur b) Brûlures c) Électrisation	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître et reconnaître les blessures associées à l'exposition à la chaleur (crampes, œdème, syncope, épuisement, brûlures de différents degrés); • Connaître le traitement de ces conditions; • Connaître et reconnaître le coup de chaleur et son traitement; • Connaître et reconnaître les blessures associées à l'électricité; • Connaître l'algorithme proposé par Hydro-Québec pour le monitoring des patients exposés à l'électricité.
Intoxications , par Dre Isabelle Ledoux, St-Eustache (2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les toxidromes; • Connaître les principes de traitement, les ABCs; • Connaître les ressources (CAPQ); • Connaître quelques intoxications classiques (ASA, acétaminophène, les alcools, les BCC, les bêtabloqueurs, quelques drogues de rue).
Intoxications – Prise en charge du patient intoxiqué , par Dr Alexandre Larocque, HDM-CHUM	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les grands principes de la toxicologie; • Réanimation, gestion du risque; • Décontamination; • Traitement de soutien et monitoring; • Antidotes.
Réactions allergiques et anaphylaxie , par Dre Chloé Moussaoui, HSC (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les signes et symptômes et reconnaître rapidement une réaction allergique / anaphylactique; • Connaître le diagnostic différentiel; • Connaître le management initial; • Connaître tous les traitements pharmacologiques et leur importance (particularité b-bloqueurs, etc); • Connaître le management secondaire et les précautions au congé.

COURS	OBJECTIFS
<p>Voies aériennes – Intubation en séquence rapide adulte, par Dre Catherine Bonin, St-Eustache (2014)</p> <p>Voies aériennes – Intubation en séquence rapide pédiatrique, par Dr Oliver Karam et Dre Marisa Tucci, HSJ (2009)</p> <p>ISR et sédation consciente démystifiées, par Dre Myriam Champagne CHPL Rimouski</p> <p>a) Intubation en séquence rapide b) Sédation consciente</p>	<p><u>Sédation procédurale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Énumérer toutes les complications potentielles liées à la sédation procédurale; • Bien évaluer le niveau de risque de son patient; • Nommer tout le matériel nécessaire avant de débiter; • Énumérer les médicaments usuels selon les circonstances et leurs effets indésirables. <p><u>Intubation en séquence rapide</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Énumérer les indications de l'ISR; • Énumérer toutes les complications potentielles liées à l'ISR; • Nommer les phases de l'ISR; • Bien évaluer le niveau de risque de son patient; • Nommer tout le matériel nécessaire avant de débiter; • Énumérer les médicaments usuels selon les circonstances, leurs contre-indications et leurs effets indésirables; • Organiser son plan B.
<p>Trauma crânien, facial, cervical – parties 1 et 2, par Dre Sabrina Polletta et Dre Costa Patry, St-Hubert (2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître et comprendre l'importance d'une bonne évaluation initiale du traumatisé facial, cervical et crânien; • Connaître la classification des TCC (trivial, léger, complexe); • Savoir quand référer ces patients et connaître les modalités de suivi; • Savoir reconnaître certaines fractures (base du crâne, plancher de l'orbite, maxillaire, nez) et leur management; • Savoir reconnaître les blessures à risque pour le rachis cervical; • Connaître son examen neurologique pour dépister des lésions médullaires – vs – de nerfs périphériques.
<p>Épistaxis à l'urgence, par Dre Tania Decobellis, HMR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître et traiter les saignements antérieurs et postérieurs du nez; • Reconnaître et savoir que faire pour les abcès rétropharyngés, péri-amygdaliens, odontogéniques, les épiglottites, les cellulites orbitaires et périorbitaires; • Reconnaître et gérer les corps étrangers dans les différentes cavités (nez, oreilles, yeux, bouche) chez les enfants et les adultes; • Savoir quoi faire avec des dents avulsées et cassées.

COURS	OBJECTIFS
<p>Le choc et son traitement, par Dre Nadine Cassiani, HMR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Définir l'état de choc; • À l'aide des paramètres cliniques et paracliniques, identifier rapidement l'état de choc; • Établir le degré de sévérité de l'état de choc; • Énumérer les principales catégories de choc; • Pour chaque catégorie de choc, établir un diagnostic différentiel ciblé; • Discuter des principes généraux du traitement de choc; • Pour chacune des modalités thérapeutiques suivantes, connaître les indications, contre-indications, avantages, inconvénients, les mécanismes d'action et les posologies.
<p>Urgences neurologiques, par Dre Chloé Moussaoui, HSC (2010)</p> <p>a) Méningite b) Migraine c) Compression médullaire d) PL et interprétation du LCR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir reconnaître et traiter les méningites (empiriquement et selon les cultures) chez les enfants et les adultes; • Connaître la technique de PL et ce qu'il faut rechercher sur le LCR; • Connaître et reconnaître les différents types de céphalée en particulier la migraine simple ou accompagnée, et la différencier d'une HSA, d'une tumeur, d'une méningite ou autre infection du SNC; • Savoir reconnaître la compression médullaire incluant l'examen neurologique périphérique.
<p>Cours avancé en réanimation pédiatrique inspiré du PALS, par Dre Véronic Thibault</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise les lignes directrices de la RCR de base chez l'enfant; • Reconnaître précocement l'insuffisance respiratoire, débiter le traitement approprié; • Reconnaître précocement l'état de choc et débiter le traitement approprié; • Initier les 10 premières minutes de réanimation chez un enfant en arrêt cardiorespiratoire; • Identifier et traiter rapidement les arythmies pédiatriques; • Initier les premières minutes de la réanimation néonatale et discuter des particularités de cette période y compris les pathologies à craindre; • Identifier les principaux enjeux de la période post-réanimation; • Discuter des particularités de la réanimation chez l'enfant.
<p>Insuffisance respiratoire, par Eric Lalonde, HSC</p> <p>a) Ventilation non-invasive b) Ventilation mécanique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les indications et contre-indications de ventilation assistée (CPAP, BIPAP, Respirateur) chez les MPOC, les insuffisants cardiaques, les traumatismes, les comas, les intoxications, etc); • Connaître les différents types d'appareils disponibles; • Manipuler les appareils disponibles dans chaque milieu avec la participation de l'inhalothérapie et d'un collègue MD; • Comparer adulte et enfant.

COURS	OBJECTIFS
<p>Urgences hématologiques, par Dre Yasmina Ammara, CHUM-HND</p> <p>a) Hémostase b) Transfusions c) Troubles de la coagulation d) Neutropénie fébrile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître le schéma global de l'hématopoïèse et de l'hémostase, la physiologie et durée de vie des hématies, polynucléaires neutrophiles, plaquettes; • Savoir interpréter l'hémogramme et connaître ses valeurs normales; • Savoir interroger et examiner rapidement et efficacement un patient présentant un syndrome hémorragique; • Savoir traiter rapidement et efficacement un syndrome hémorragique; • Connaître les causes et le tx d'un allongement du temps de saignement, d'un allongement du PTT et de l'INR; • Connaître les particularités des saignements chez un pt avec Hémophilie ou maladie de Willebrand; • Connaître le diagnostic et les principales étiologies des CIVD; • Connaître les indications, la surveillance, les ajustements des traitements anticoagulants; • Connaître le relais héparine / AVK; • Connaître les indications, la surveillance du traitement thrombolytique; • Connaître la CAT devant un saignement survenant au cours d'un traitement anticoagulant; • Connaître le diagnostic étiologique des neutropénies fébriles; • Connaître l'investigation initiale, le tx urgent et les précautions chez les pts avec neutropénies fébriles.
<p>Personne âgée à l'urgence, par Dr Frédéric Picotte, UMF Shawinigan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les éléments pertinents à rechercher lorsqu'une personne âgée consulte à l'urgence; • Utiliser une approche adaptée à la personne âgée pour gagner en efficacité et améliorer la qualité des soins; • Intervenir sur les facteurs de risques gériatriques; • Agir en tant que concertateur avec l'équipe multidisciplinaire et les aidants naturels; • Planifier et organiser le congé et le suivi.



➤ Horaire PABP 2016-2017

P3 à P7 (1er Bloc) début septembre à mi-décembre

Module pour introduction PABP : apprentissage basé sur la pratique

BLOC 1A

- AVC/ICT, Prévention primaire et secondaire, mise à jour 2012
- dlp les controverses en 2015
- post acute coronary syndrome 2015, anglais
- maladie cœliaque, nouveau module en 2015 mais en anglais
- vph : vaccination et dépistage cancer col utérus 2014

PABP PARMIS LES CHOIX OPTIONNELS, AU CHOIX DU MILIEU

BLOC 1B

- Douleurs chroniques non-cancéreuses : traitement optimal et objectifs réalistes (2013)
- asthma in children 2015, anglais
- douleur abdominale chroniques chez les enfants (2013)
- fatigue adultes 2014
- médicaments et personnes âgées (2013)

Revision 1 : PABP bloc 1A de 2016-2017

P8 à P13 (2e Bloc) mi-janvier à mi-juin

BLOC 2A

- behavioural challenges in dementia 2015, anglais
- infertility 2015 en anglais seulement
- dépression chez adulte, optimiser le tx 2014
- migraine 2015
- Dysfonction érectile (2010)

PABP parmi les sujets optionnels

BLOC 2B

- Fibrillation auriculaire, implication clinique des nouvelles lignes directrices 2011
- obésité chez les enfants 2-11 ans 2014
- Soins des nouveau-nés, problèmes fréquents (2013)
- TDAH enfant (2008) et TDAH adulte (2010),
- Saignements utérins anormaux (2012)

Revision bloc 1B 2016-2017 / Évaluation année

Suggestions de PABPs optionnels :

- maladie de Lyme, 2015
- vaccination adultes, 2015
- œil rouge, 2014
- événements indésirables, divulgation, répercussions et prévention, 2014
- taux de calcium : qd faire les tests et comment prendre en charge les résultats anormaux, 2014
- examens cardiaques non invasifs 2014
- palpitations chez les adultes 2015
- céphalées chez les enfants et ado 2013
- ado : soins préventifs et counselling 2014
- sx ménopause 2014
- fais mieux avec moins
- expliquer les données probantes
- cancer pédiatrique, suivi à long terme, etc.

*** Vous pouvez accéder à la liste plus exhaustive des modules en allant sur le site www.fmpe.org ***

LE CHOIX DE LA MÉTHODE : POUR APPRENDRE À BIEN PENSER!

Développer une approche réflexive sur nos pratiques cliniques constitue un défi permanent tout au long de la carrière médicale, en période de formation et pour le développement professionnel continu. Améliorer nos pratiques grâce à cette réflexion est l'autre grand défi.

L'apprentissage en petit groupe est une méthode de formation médicale nettement supérieure aux méthodes traditionnelles, dont les cours magistraux.

Le programme de la Fondation McMaster, que nous avons adopté au sein de notre programme en 2007, favorise des stratégies d'apprentissage de la pratique réflexive dans un contexte de collaboration entre collègues. Le programme permet aussi d'y intégrer l'ensemble des compétences du cadre CanMEDS.

Des enseignants formés facilitent le déroulement des ateliers dans chacun de nos milieux. Des évaluations annuelles sont réalisées sous forme de sondages auprès des résidents et des facilitateurs. Des améliorations constantes sont apportées à la méthode de facilitation, et nous procédons à la révision annuelle du choix des modules.

Nous espérons que ce programme d'apprentissage permettra à tous d'avancer sur le chemin du développement professionnel continu. Nous souhaitons ultimement que des communautés d'apprentissage (résidents et enseignants) existent dans nos UMF et que des sujets de recherche et des projets d'érudition, émergent des échanges lors de ces ateliers.

LES RÈGLES DE BASE POUR DES ATELIERS DYNAMIQUES ET EFFICACES

L'organisation

- Les facilitateurs sont engagés, enthousiastes et formés à la méthode. Ils connaissent le « Guide du facilitateur des PABP pour les résidents »; ils ont lu les modules et ont des cas cliniques présenté au besoin.
- Les groupes sont composés de résidents I et II.
- La discussion est favorisée par des groupes dont le nombre ne dépasse pas 12 résidents.
- La durée des ateliers est de 90 minutes.
- L'ensemble des modules du programme de l'année est distribué aux résidents au début de chaque année. Un document de référence sur les guides de pratique est aussi envoyé par la direction du programme.
- Un résident est désigné pour préparer un résumé des éléments clés du module, une capsule théorique sur le sujet et présenter les controverses et les ressources communautaires disponibles.
- Pour le premier semestre, ce sont les résidents II qui sont les résidents désignés.
- Pour la recherche de cas cliniques, ce peut être le même résident qui prépare la capsule théorique ou un autre, selon la décision du groupe. Mais il faut avoir des cas cliniques à discuter!
- Pour le premier semestre, ce sont surtout les résidents II qui sont responsables de la recherche de cas cliniques.

La préparation aux ateliers

- En début d'année, l'annexe 4 « Renseignements destinés aux résidents » du Guide du facilitateur des PABP est distribuée. Cette annexe contient une présentation de la méthode, des objectifs et du déroulement.
- Pour le 1^{er} atelier de l'année, on utilise le module « Apprentissage basé sur la pratique et fondé sur des données probantes » mis à jour en mars 2012. Cet atelier permet de rappeler les règles de base à tous et de partager les réflexions des résidents II sur leur participation aux ateliers.
- On précise à tous l'obligation de lire le module avant l'atelier.

Le déroulement de l'atelier

- Le facilitateur fait un retour sur l'atelier précédent et le résident désigné lors de cet atelier présente les réponses aux questions en suspens.
- Le facilitateur introduit le sujet de l'atelier du jour et révisé les objectifs du module ainsi que les objectifs du collège de md de famille du Canada (voir sujets prioritaires sur le site du collège de md de famille du Canada)
- Le facilitateur procède à un tour de table sur les éléments retenus de la lecture du module, sur les objectifs personnels des résidents et sur ses propres objectifs.
- Le résident désigné présente la capsule théorique, les mises à jour, les ressources communautaires et les controverses (environ 15 minutes) avant ou après la discussion du module.
- Le résident désigné amorce avec le facilitateur la présentation et la discussion sur les cas cliniques. Les cas du module peuvent être utilisés si pas de cas cliniques.
- Le facilitateur et le résident désigné dirigent les échanges et font les liens avec les éléments d'information du module et de la capsule théorique.
- Le groupe de résidents complète le document « Réflexions du groupe – Répercussions sur notre pratique » et discute de ce qui est retenu, des changements à mettre en place, des obstacles à surmonter et des conditions facilitantes pour le faire.
- Un résident est désigné pour effectuer la recherche de réponses sur les questions en suspens : il a la responsabilité de présenter le fruit de ses recherches au groupe lors du prochain atelier.
- On termine en faisant un bref rappel du sujet et des objectifs du prochain atelier.
- Des réunions de révision ont lieu 2 fois par année. On demande à chaque résident de s'y préparer en complétant le document « Pratique réflexive personnelle – Révision ». Le document « Réflexions du groupe – Réunion de révision » est complété par le groupe. L'objectif des réunions de révision est de voir si nous avons pu changer notre pratique et sinon pourquoi. Afin que les résidents puissent se préparer, inscrire sur l'horaire des cours les pabps qui seront discutés lors de la révision.

Les invités à l'atelier

- Des experts de contenu, les professionnels de nos cliniques, des responsables de ressources communautaires (par exemple, psychologue qui offre des services psychologiques pour la dépression, la fibromyalgie ou la douleur chronique, pharmacien pour la médication antipsychotique, les psychostimulants ou les stabilisateurs de l'humeur, diététiste et infirmier de la clinique de diabète, responsable d'une maison d'hébergement pour victimes de violence conjugale, etc.) peuvent être invités. C'est une excellente opportunité de faire connaître les ressources du milieu et les rôles des autres professionnels, et de favoriser l'approche interprofessionnelle.
- Les experts ne font pas de présentation : ils répondent aux questions, complètent, informent. Le cap doit être maintenu sur l'application clinique.

Des résidents facilitateurs

- On encourage l'implication de résidents II, sur une base optionnelle, à devenir facilitateurs. Ces résidents ont lu le document « Guide du facilitateur du PABP pour les résidents ». Ils travaillent en collaboration étroite avec les enseignants facilitateurs désignés pour les ateliers.

RESSOURCES

- Guide du facilitateur du PABP pour les résidents
- Module « Apprentissage basé sur la pratique et fondé sur des données probantes »
- Journal « Pratique réflexive personnelle – Répercussions sur ma pratique »
- Journal « Réflexions du groupe – Répercussions sur notre pratique »
- Règles de base 2014
- Article « Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique – synthèse critique » (Le médecin de famille canadien – vol. 58, Juin 2012)



Outil individuel de pratique réflexive

Titre du module: _____ Date: _____
jour / mois / année

Qu'est-ce que j'ai appris aujourd'hui et quelles répercussions ces nouvelles connaissances auront-elles sur la prise en charge de mes patients?

L'information la plus utile pour moi était:

Cette réflexion a souligné le(s) écart(s) suivant(s) dans la prise en charge de mes patients:

Veillez réfléchir sur les nouvelles connaissances découlant de cette réunion en choisissant de compléter **une** **ou plusieurs** sections ci-dessous:

A. Je <u>planifie maintenant</u> de prendre en charge mes patients de la façon suivante: <input type="checkbox"/>	Les obstacles que j'anticipe sont les suivants:
B. <u>J'envisage</u> de faire les changements suivants dans la prise en charge de mes patients: <input type="checkbox"/>	Qu'est-ce qui m'aiderait à faire ces changements?
C. J'ai encore plus confiance en ma prise en charge actuelle des patients dans les domaines suivants : <input type="checkbox"/>	Parce que:

Mes questions qui ne sont pas encore résolues sont:

Je vais y remédier de la façon suivante:

Je réviserai les répercussions de ces énoncés sur la prise en charge de mes patients dans:

1 mois 3 mois 6 mois s/o

Suivi de la réflexion

(Complété ___ mois après la réflexion initiale)

<p>A. Quel(s) changement(s) ai-je été capable de faire dans la façon de prendre en charge mes patients?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Quels facteurs ont joué sur ma capacité à changer la prise en charge de mes patients?</p>
<p>B. Quel(s) changement(s) ai-je été incapable de faire dans la façon de prendre en charge mes patients?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Quels facteurs ont joué sur mon incapacité à changer la prise en charge de mes patients?</p>
<p>C. Est-ce que j'ai fait des changements que je n'avais pas anticipés au départ? Quels sont-ils?</p>	
<p>D. Aujourd'hui, j'ai déterminé les nouveaux changements suivants à faire dans la façon de prendre en charge mes patients :</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Les facteurs qui modifieront ma capacité à faire ce(s) changement(s) sont:</p>



Outil de pratique réflexive en groupe

Titre du module: _____ Date de la réunion: _____
jour / mois / année

Nom du facilitateur: _____ Université et UMF: _____

Qu'est-ce que nous avons appris aujourd'hui et quelles répercussions ces nouvelles connaissances auront-elles sur la prise en charge de nos patients?

Utiliser ce formulaire pour résumer la discussion et noter les points de vue qui ont été exprimés (le consensus n'est pas nécessaire)

L'information la plus utile pour nous était:

Cette réflexion a souligné le(s) écart(s) suivant(s) dans la prise en charge de nos patients:

Veillez réfléchir sur les nouvelles connaissances découlant de cette réunion en choisissant de compléter une ou plusieurs sections ci-dessous:

A. Que ferons-nous différemment à partir de maintenant pour prendre en charge nos patients? <input type="checkbox"/>	Les obstacles que nous anticipons sont les suivants:
B. Quels changements envisageons-nous de faire dans la prise en charge de nos patients? <input type="checkbox"/>	Qu'est-ce qui nous aiderait à faire ces changements?
C. Nous avons encore plus confiance en notre prise en charge actuelle de nos patients dans les domaines suivants: <input type="checkbox"/>	Parce que:

Questions non résolues qui nécessitent un suivi par un/des membre(s) du groupe

Par qui et quand?

Nous réviserons les répercussions de ces énoncés sur la prise en charge de nos patients dans:

1 mois 3 mois 6 mois s/o

© La Fondation pour l'éducation médicale continue – Janvier 2016 – v.2

➤ Horaire

RÉSIDENTS 1	
Dates	Activités
Mercredi 6 juillet 2016 :(P-1) De 8 h 30 à 16 h 30 À l'Université - Local Z-110	AM - Accueil universitaire Choisir avec soin: l'examen médical périodique PM - Suivi obstétrical et dépistage génétique
Lundi 24 octobre 2016 :(P-5) De 8 h 30 à 16 h 30 Visioconférence - Plénière du matin et PM	AM - Éthique: Relation médecin et l'industrie À l'Université - plénière et 10 petits groupes PM - Médecine du travail
Mercredi 8 février 2017: (P-8) De 8 h 30 à 16 h 30 Dans les UMF	AM - Éthique clinique au quotidien - Dans les UMF PM - Médecine de l'adolescence - Dans les UMF
Vendredi 21 avril 2017 :(P-11) De 8 h 30 à 16 h 45 Visioconférence À l'Université	AM - Toxicologie PM - Maltraitance chez les enfants Troubles d'apprentissage chez l'enfant
Jeudi 1er juin 2017 :(P-12) Lieux et horaire à confirmer	Le patient instable
Vendredi 2 juin 2017: (P-12) De 8 h 30 à 18 h À l'Université pour tous	Journée de l'Érudition et de la Recherche À l'Université INSCRIPTION OBLIGATOIRE LE MOMENT VENU
Dates et lieux à venir	Formation en pédagogie des résidents - Activité facultaire obligatoire Vous recevrez une invitation à vous inscrire en ligne sur le site du CPASS. Si non, consultez le Guide du résident (page 23) sur ce lien : http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/ Le suivi des présences sera assuré par Mme Daniella Thibaudat.
Dates et lieu à venir *Visio disponible pour Amos, La Sarre et Maria	La sécurité du patient - Activité facultaire obligatoire Si ce n'est déjà fait, vous recevrez une invitation à vous inscrire de la part de la Faculté Site pour vous inscrire : etudesmedicalespostdoc@umontreal.ca Le suivi des présences sera assuré par Mme Daniella Thibaudat.



RÉSIDENTS 2	
Dates	Activités
Mercredi 17 août 2016 : (P2) De 8 h 30 à 16 h 30 Visioconférence À l'Université - Local Z-110	AM - Formation en interculturel PM - Gestion de la pratique-FMOQ - Partie I
27 au 30 octobre 2016	Examen CMFC (Automne)
29 au 30 octobre 2016	EACMC partie II <i>Vous référer au site du Conseil médical du Canada</i>
Mercredi 11 janvier 2017 : (P-7) AM dans les UMF de 8 h 30 à 12 h A l'Université en PM De 13 h 30 à 17 h - Visioconférence	AM - Éthique narrative : <i>Et si l'histoire était plus que l'histoire Dans les UMF</i> PM - Aspects médicaux-légaux de la pratique - À l'Université
20 au 23 avril 2017	Examen CMFC (Printemps) <i>Vous référer au site du Collège des médecins de famille du Canada</i>
6 et 7 mai 2017	EACMC partie II <i>Vous référer au site du conseil médical du Canada</i>
Jeudi 1er juin 2017: (P-12) À l'Université pour tous	Gestion de la pratique-FMOQ - Partie II
Vendredi 2 juin 2017: (P-12) De 8 h 30 à 18 h À l'Université pour tous	Journée de l'Érudition et de la Recherche INSCRIPTION OBLIGATOIRE LE MOMENT VENU
Mercredi 14 juin 2017: (P-13) De 8 h 30 à 16 h 30 Visioconférence Plénière du matin et PM A l'Université	AM - Éthique de la recherche - Université (plénière et 9 petits groupes) PM - Troubles de la conduite alimentaire



➤ Description

- **Accueil Universitaire – R1**
 - Choisir avec soins : L'examen médical périodique, par Dr René Wittmer et Dre Sophie Zhang
 - Objectifs**
 - Se familiariser avec le concept de surdiagnostic
 - Revoir les données probantes qui sous-tendent l'examen médical périodique
 - Suivi obstétrical et dépistage génétique, par Dre Marie-Eve Tétreault-Deslandes et Dre Blanche Normand
 - Objectifs**
 - Mettre en application de nouvelles connaissances permettant la prise en charge de patientes enceintes
 - Procéder à la demande de retrait préventif lorsque la situation le justifie
 - Discuter des différentes options de dépistage prénatal
- **Médecine du travail – R1**
 - Intégration des facteurs professionnels et environnementaux dans l'anamnèse, par Dre Monique Isler
 - Santé psychologique et travail : optimiser la gestion des problèmes de santé psychologique par rapport à l'environnement du travail, par Dr Jean-Robert Turcotte
 - Objectifs**
 - Évaluer si le travail est nuisible ou aidant pour le patient
 - Évaluer la capacité du patient à faire son travail
 - Déterminer l'arrêt de travail du patient
 - Déterminer le retour au travail du patient
 - Remplir le formulaire d'assurance
 - Lésions psychologiques : perspectives de la CSST, par Dre Nicole Carrière
- **Médecine de l'adolescence – R1**
- **Toxico – R1**
 - Médecine des toxicomanies, par Dre Marie-Chantal Pelletier
- **Maltraitance chez les enfants – R1**
 - Par Dr Gilles Julien
- **Troubles d'apprentissage chez l'enfant – R1**
 - Par Dr Robert Dubé
- **Formation en interculturel – R2**
 - Par Mme Nicole Graton
- **Aspects médicaux légaux de la pratique – R2**
- **Gestion de la pratique – FMOQ – R2**
- **Trouble de la conduite alimentaire – R2**
 - Par Dre Mimi Israël
 - Objectifs**
 - Évaluer et gérer les risques associés aux troubles alimentaires
 - Développer des stratégies basées sur les meilleures pratiques pour le traitement des TA
 - Appliquer un protocole de réalimentation pour les patients hospitalisés avec anorexie mentale sévère

➤ Description

- Relation médecin et l'industrie (1/2 journée) – R1
- Éthique clinique au quotidien (1/2 journée, en UMF) – R1
- Éthique narrative (1/2 journée, en UMF) – R2

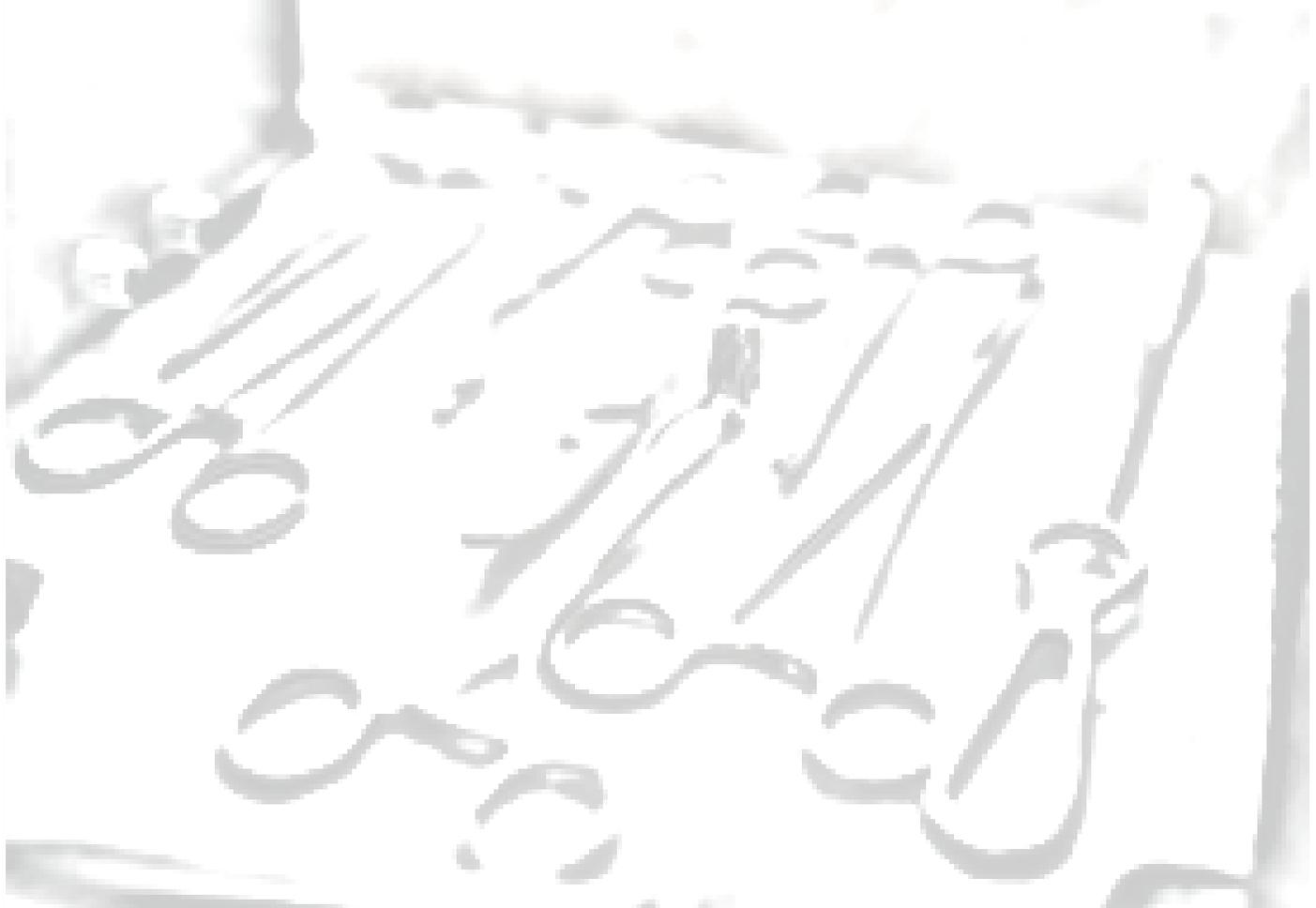
Objectifs :

Expérimenter des aspects de l'éthique narrative pour l'appliquer dans la résolution de situations professionnelles complexes.

- Éthique de la recherche (1/2 journée) – R2

Les thématiques abordées sont :

- Les qualités d'un médecin enseignant;
- L'accueil à un stage clinique;
- La discussion de cas cliniques et le raisonnement clinique;
- L'observation directe : la rétroaction, comment en donner et comment la recevoir;
- Les qualités d'une bonne présentation;
- Les principes de base en évaluation.



➤ Description

Soins critiques

- ACLS

Théorie : 5 juillet 2016

Journées d'atelier pratique : 6 au 18 juillet 2016

- GESTA

- PRN

- Patient instable

Objectifs :

Procéder à la prise en charge efficace du patient en choc, intoxiqué ou comateux

Procéder à la prise en charge du patient présentant des allergies sévères

Traiter certaines arythmies courantes

Procéder à la stratification / traitement du patient en syndrome coronarien aigu

Stabiliser le patient se présentant en insuffisance respiratoire aiguë

Formation en pédagogie

Formation sur la sécurité

9 décembre 2016

17 janvier 2017

15 mars 2017

7 avril 2017

29 mai 2017



L'approche Calgary-Cambridge est le modèle choisi au DMFMU

Comment

La technique d'enseignement ALOBA devrait être connue et maîtrisée par les responsables de cet enseignement. Il est recommandé de construire les sessions d'enseignement à partir des besoins ressentis et du vécu des apprenants plutôt que de faire des capsules magistrales sur chacune des étapes de l'entrevue médicales (modules).

Formation

Pour appliquer l'ALOBA, l'enseignant responsable de la communication doit minimalement avoir suivi une formation où il voit et expérimente différentes applications du modèle ALOBA. Il doit aussi maîtriser l'essence du guide CC.

Application

L'ALOBA doit être le cadre pédagogique pour 75% des activités d'enseignement formelles de la communication.

<Les activités d'enseignement de la communication se font par le biais de la pratique d'habiletés

Comment

La révision de bande vidéo d'entrevues de résidents (avec eux), en utilisant la méthode ALOBA, est requise. Un minimum de 2 révisions vidéos/ résident / année sur la communication est exigé que ce soit dans un format individuel ou de groupe. La vidéo sert de matériel pédagogique pour le travail expérientiel qui suit.

Le programme doit être basé sur l'utilisation variée des mises en situation au service de la pratique d'habiletés (en rafale, en groupe de 3, devant un petit groupe, spontanément dans une discussion) pour faire vivre l'expérience de la tâche au lieu de la décrire verbalement.

Le programme peut inclure l'utilisation de ressources audio-visuelles diverses pour appuyer l'expérientiel; par exemple, le Ciné-Cure dans sa forme proposée par le DMFMU et également l'utilisation de clips vidéo ou de films, de RSA, de TedTalks et des exemples d'entrevues et de témoignages.

Application

100% de l'enseignement formel de la communication doit respecter un principe d'apprentissage actif. Comme 75% de la tâche se fera avec la méthode ALOBA, le 25% restant peut prendre d'autres formes (partage en groupe, simulation à partir d'une situation générique, réflexion personnelle)

Le programme de formation à la communication de chaque CUMF est pris en charge par un ou des médecins comme co-responsables de l'activité en partenariat avec l'enseignant de la relation d'aide et de la communication¹

Comment

Il est impératif qu'un médecin soit identifié comme co-responsable du curriculum local de formation dans la situation où l'enseignant de la relation d'aide et de la communication est le porteur de drapeau.

Dans le cas inverse où un médecin est le porteur de drapeau, il est fortement recommandé qu'il collabore avec l'enseignant de la relation d'aide et de la communication de la CUMF.

Apport spécifique

Avec sa formation et son expérience clinique en relation thérapeutique favorisant une capacité à transmettre un savoir-être, le professionnel associé à une position privilégiée pour l'enseignement de la communication. Il contribue à enseigner les notions d'empathie (écoute active, interventions emphatiques, etc.) chez nos apprenants, élément essentiel à une approche centrée sur le patient. Sa perspective non-médicale ajoute un complément pédagogique sur les stratégies cliniques qui respectent le but ultime d'intégrer la perspective du patient à l'intervention médicale.

Le programme de formation à la communication est soutenu par le DLP et l'ensemble des superviseurs cliniques

Comment

Le DLP s'assure que son horaire local inclut des périodes de temps dédié à l'enseignement de la communication pour répondre aux exigences départementales.

Le DLP s'assure que son horaire local inclut des périodes de temps dédié à l'enseignement de la communication pour répondre aux exigences départementales.

Le DLP s'assure que les habiletés de communications soient évaluées et que les enseignants dédiés à la communication soient consultés pour leur apport spécifique dans l'exercice d'évaluation des résidents. L'évaluation se base sur la trajectoire de la compétence de communication.

Dans la vie pédagogique de la CUMF et le développement professoral local, l'ensemble de l'équipe d'enseignants reconnaît la pertinence de la communication dans la pratique médicale et appuie les compétences des enseignants de la communication; ils sont ouverts à se former localement pour améliorer leurs habiletés d'enseignement sur le sujet.

¹ psychologue, travailleur social, thérapeute conjugale et familiale, sexologue, psychothérapeute

À chaque supervision/observation clinique directe, tout enseignant devrait avoir le souci d'intégrer au moins 1 élément d'enseignement au sujet de la communication dans sa rétroaction.

Application

L'évaluation des habiletés de la communication des résidents est balisée par les travaux sur la trajectoire de compétence de la communication.

Les superviseurs cliniques participent à l'enseignement de la communication lors des supervisions quotidiennes. Leur rétroaction devrait le plus possible se baser sur les principes de l'ALoba et le modèle Calgary-Cambridge.

Nous recommandons que, de façon minimale une fois par deux ans, tous les médecins enseignants assistent à une formation de développement professoral (locale? ou par le biais du DMFMU) qui traitent principalement ou en partie des habiletés de communication.

Dans la conjoncture actuelle du bouleversement budgétaire induit par le cadre GMF-U, une stratégie de transfert des connaissances des enseignants de la relation d'aide et de la communication aux médecins qui s'impliqueront est primordiale.

Un nombre d'heures minimal est dédié à cet enseignement dans le programme local de toutes les CUMF

Comment

Instaurer des activités de groupe et individuelles de manière à atteindre un minimum de 6 expositions (groupe et individuel confondus) par résident par année. Des activités pédagogiques dédiées à la santé mentale peuvent être incluses dans ce calcul si l'enseignement de la communication y est clairement démontré avec des outils de référence spécifiques.

- i. **Groupe : 4-6 activités par résident/année (1.5 à 3h/activité)**
- ii. **Individuel : 1-3 séances individuelles par résident/année (1-2h /activité)**

En résumé les minimums attendus sont:

- **Par résident/année**
 - 6 expositions /an / résident à l'enseignement formel de la communication réparties comme suit:
 - 75% ou plus dans un cadre ALOBA
 - 4-6 activités de groupe de 1,5 à 3 heures
 - 1-3 activités individuelles de 1 à 2 heures
 - dont 2 révisions de vidéos enregistrés par résidents par année (en individuel et/ou en groupe)
 - Les enseignants de la communication participent activement aux réunions d'évaluation des résidents sur leur trajectoire individuelle de la compétence Communication

- **Par CUMF**

- L'enseignement de la communication est soutenu activement par le DLP pour y consacrer un nombre minimal de formation dans l'horaire; et par les enseignants de l'équipe pour l'intégrer dans leurs supervisions cliniques quotidiennes
- Un enseignant médecin est responsable de l'enseignement de la communication
- Un enseignant de la relation d'aide et de la communication est co-responsable de l'enseignement de la communication (fortement recommandé)
- Les enseignants désignés à l'enseignement de la communication doivent être formés à l'ALOA.
- Une formation pédagogique continue en communication pour tous les superviseurs cliniques est organisée à raison d'1 fois par 2 ans



LEXIQUE**Apprentissage actif:**

Méthode d'enseignement qui exige un travail cognitif actif et précoce de l'apprenant par opposition à l'apprentissage magistral. L'apprenant devient acteur dans son apprentissage afin de construire ses savoirs (savoir, savoir-être et savoir-faire), à travers des situations de recherches.

Exemples: APP, réflexion personnelle écrite, etc.

Méthode expérientielle

Se dit d'un mode d'apprentissage où l'apprenant expérimente cognitivement et émotionnellement la situation pédagogique.

Cela peut prendre plusieurs formes. Le jeu de rôle en est l'exemple classique. D'autres exemples sont les groupes Balint, le psynéma ou cinécure, la révision d'entrevue enregistrée, l'éthique narrative, etc.

Tous les modes expérientiels sont des modes d'apprentissages actifs.

ALOBA

Agenda-Led Outcome-Based Analysis

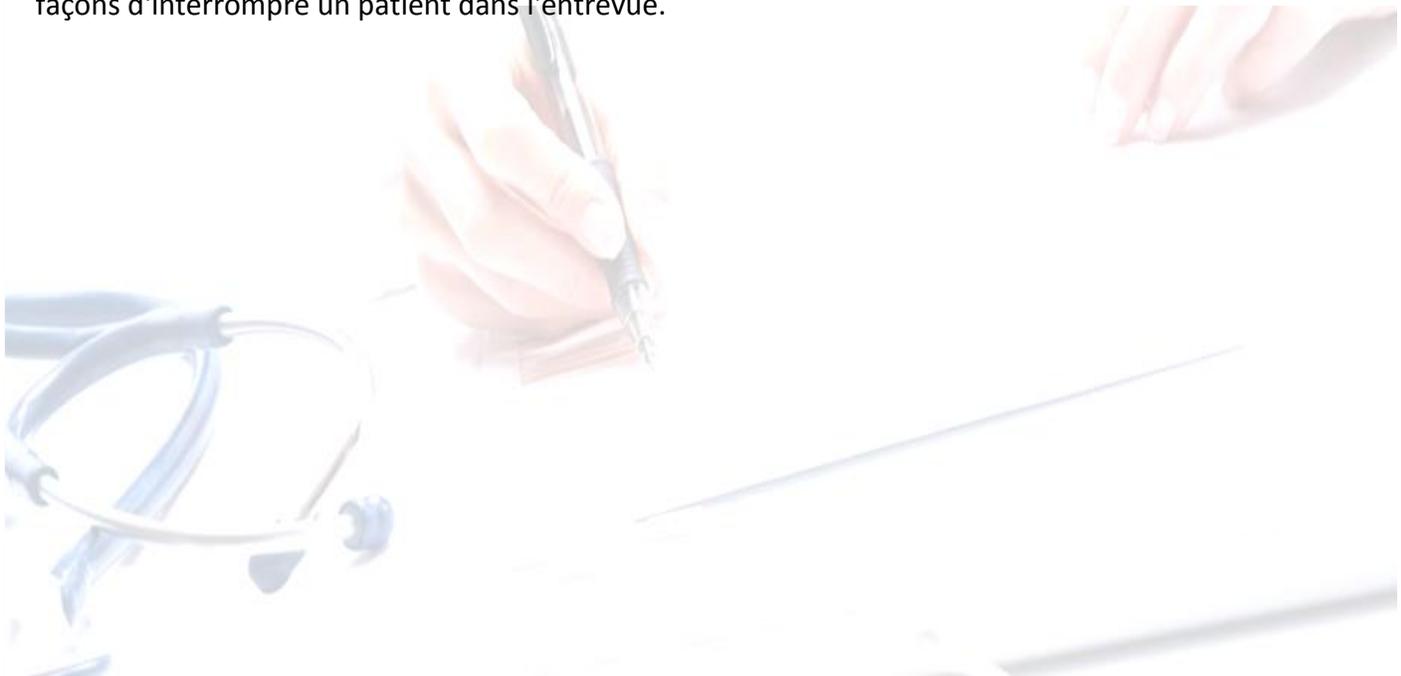
Technique d'analyse des processus d'entrevue médicale centrée sur les besoins de l'apprenant. Elle est basée sur l'agenda pédagogique de l'apprenant et ses résultats de soins recherchés, dans une situation clinique vécue. L'ALOBA est un mode d'apprentissage actif expérientiel.

Pratique d'habiletés:

L'apprenant met en application des apprentissages par la pratique de consignes choisies et de tâches communicationnelles spécifiques. Ces tâches sont des façons de faire, privilégiées, dans un contexte de communication donné, tel que choisies par l'enseignant et /ou l'apprenant.

Le jeu de rôle est l'outil de prédilection pour la pratique d'habiletés idéalement à partir d'une situation vécue par l'apprenant mais aussi à partir d'une situation clinique générique (comme retrouvées dans le guide de l'enseignant de la communication professionnelle selon le Calgary-Cambridge).

On peut aussi pratiquer les habiletés de communication sans jeu de rôle formel, c'est-à-dire sans situation clinique de référence tout en maintenant une activité de simulation; par exemple: pratiquer différentes façons d'interrompre un patient dans l'entrevue.



➤ Gestion critique de la littérature

- Modules de lecture critique de la littérature – Université Laval OU cours locaux
- PICO
- Clubs de lecture

➤ Projets académiques

- Travail d'érudition
<http://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/guide-du-travail-erudition.pdf>
- Exercice d'évaluation de la qualité de l'acte médical

➤ CSST (coordonnées)

Il a été convenu que chaque milieu contacterait Dre Beaudoin pour convenir d'un moment où elle pourra venir donner la formation dans vos milieux : Montréal, Rive Nord et Rive Sud. Voici donc ses coordonnées :

Guylaine BEAUDOIN

Médecin conseil

Direction des services médicaux

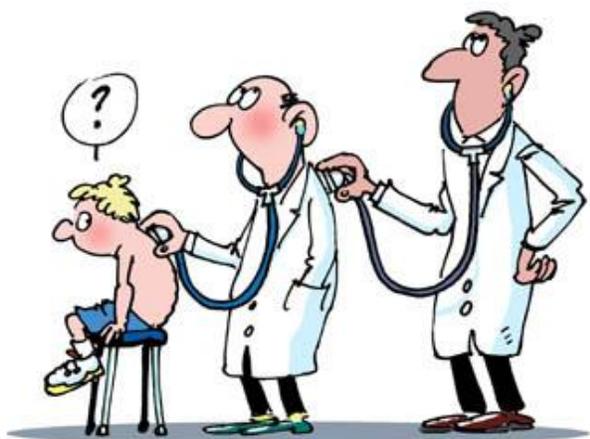
Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

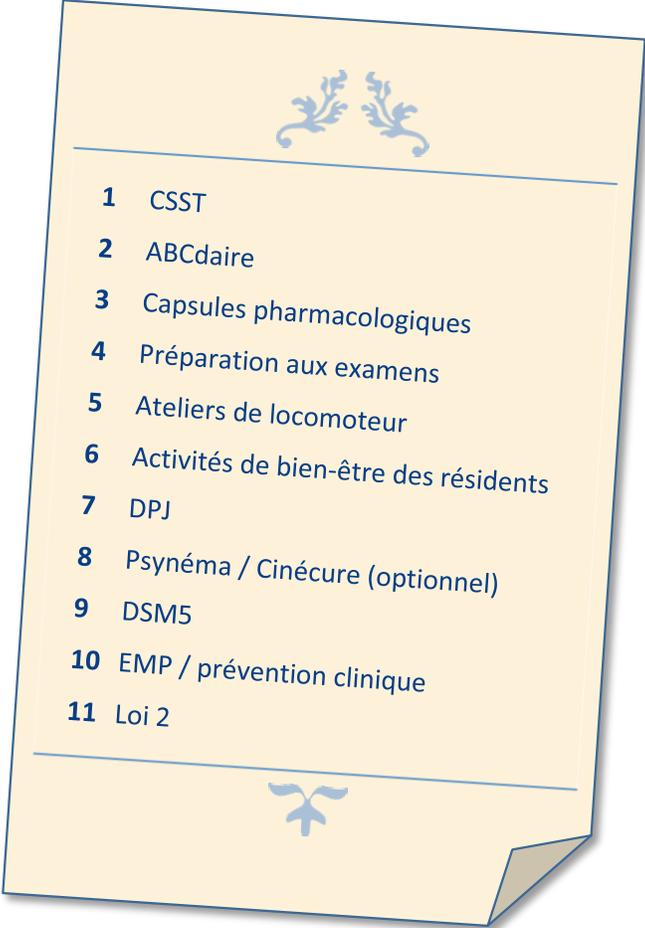
1199, rue De Bleury, 6e étage

Montréal (Québec) H3B 3J1

514-906-3003 poste 2318

guylaine.beaudoin@cnesst.gouv.qc.ca



- 
- 1 CSST
 - 2 ABCdaire
 - 3 Capsules pharmacologiques
 - 4 Préparation aux examens
 - 5 Ateliers de locomoteur
 - 6 Activités de bien-être des résidents
 - 7 DPJ
 - 8 Psynéma / Cinécure (optionnel)
 - 9 DSM5
 - 10 EMP / prévention clinique
 - 11 Loi 2

➤ ABCdaire

<https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/ABCdaire>

➤ Capsules pharmacologiques

- Pharmacothérapie de la dépression (C.Julien)
- Pharmacothérapie des troubles anxieux (C.Julien)
- Pharmacothérapie des troubles psychotiques et bipolaires (C.Julien)
- Pharmacologie sur le TDAH

<http://medfam.umontreal.ca/ressources/directeurs-locaux-de-programme/outils-cours-et-presentations/capsules-pharmacologiques/>

Mot de passe : dlp201

➤ Préparation aux examens

<http://medfam.umontreal.ca/ressources/directeurs-locaux-de-programme/pratiques-dexamens/>

Mot de passe : dlp201

➤ Ateliers de locomoteur

➤ Activités de bien-être des résidents

Plan d'action proposé

- Activités académiques liées au bien-être
- Activités sociales
- Activités formelles de soutien
- Support par les pairs
- Tutorat et rencontre DLP
- Comité évaluation – rencontre évaluation

➤ DPJ

Voici les objectifs suggérés;

- Connaître les différents motifs de signalement
- Reconnaître les situations cliniques qui nécessitent un signalement
- Comprendre le processus d'évaluation qui s'enclenche à la protection de la jeunesse suite à un signalement
- Connaître les informations à fournir lors d'un signalement

➤ Psynéma/cinéture (optionnel)

<https://www.editions-chu-sainte-justine.org/livres/cine-cure-volume-1-263.html>

➤ DSM5

Formation à faire localement

➤ EMP/prévention clinique

Les pratiques préventives en médecine de famille à l'ère de 'Choisir avec soins'

Journée d'accueil des résidents
Programme de résidence en médecine de famille
Université de Montréal

René Wittmer MD CCFP
Xi Sophie Zhang MD

1

Déclaration de conflits d'intérêts

- René Wittmer : aucun
- Xi Sophie Zhang : aucun

2

Objectifs

- Se familiariser avec le concept de **surdiagnostic**
- Revoir les **données probantes** qui sous-tendent l'examen médical périodique

3

Le médecin, une cause de mortalité importante

REVIEW ARTICLE

A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care

- Une revue de dossiers américaine de 2013 estime que le nombre décès prématurés évitables (mortalité iatrogénique) en milieu hospitalier est de 400,000 par année

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23860193>

4

ORIGINAL ARTICLE



A Decade of Reversal: An Analysis of 146 Contradicted Medical Practices

Vinay Prasad, MD; Andrae Vardavas, MD; Caitlin Toomey, MD; Michael Cheung, MD; Jason Rho, MD; Steven Quinn, MD; Seth Jacob Chacko, MD; Durga Bankar, MD; Victor Gall, MD; Senthil Selvaraj, MD; Nancy Ho, MD; and Adam Ciu, MD

5

Evidence-based medicine

- Quel part de notre pratique est basée sur la « meilleure » science disponible?
- Quels sont les niveaux de preuve derrière l'EMP?



6

Précision sémantique

Preuves insuffisantes ou absentes Preuves en défaveur de l'intervention

7

Quel est le but du dépistage ?

Quelles conditions sont indispensables pour y arriver ?

8

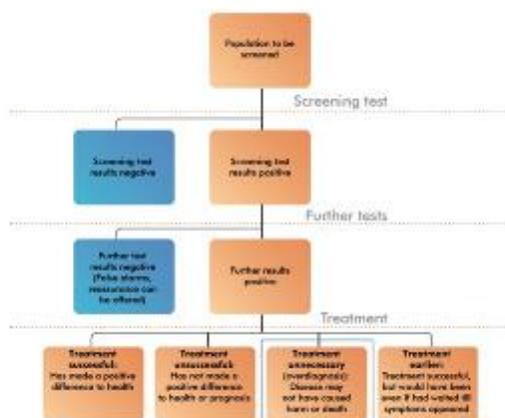
Conditions nécessaires au dépistage

- Critères par rapport à la maladie (grave, latence)
- Test de dépistage (sensibilité, spécificité, coût, acceptabilité, innocuité)
- Test de confirmation (spécificité, bon ratio risques/bénéfices)
- Traitement (mieux précoce que tardif, morbidité, mortalité)

9

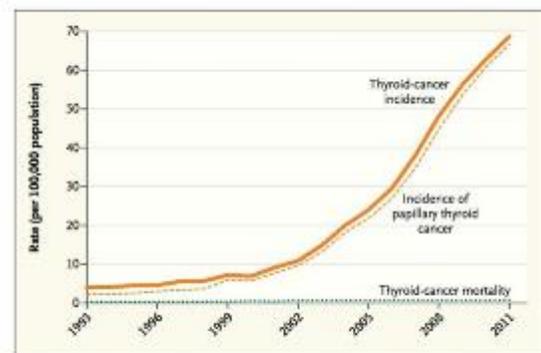
Que représente le surdiagnostic pour vous ?

10



www.sensaboutscience.org

11



New England Journal of Medicine

12



<http://blogs.scientificamerican.com/absolutely-maybe/2014/08/25/alzheimer-disease-how-soon-would-you-want-to-know/>

13

Quels facteurs favorisent le surdiagnostic et quels facteurs le minimisent ?

Quels sont les impacts du surdiagnostic ?

14



Adapté de Dr. Jessica Otte www.lessismoremedicine.com

15



16

Prévention quaternaire

JAMA The Journal of the American Medical Association

Overdiagnosis and Overtreatment in Cancer
An Opportunity for Improvement

- « Physicians, patients and the general public must recognize that overdiagnosis is common and occurs more frequently with cancer screening. »
- « Use of the term "cancer" should be reserved for describing lesions with a reasonable likelihood of lethal progression if left untreated. »

17

18

Qu'en pensent les patients ?
Qu'en pensent les résidents ?

19

66% des patients pensent qu'un examen physique annuel est nécessaire

<http://www.acfp.org/acfp/2013/1001/p432.html>

20

Characteristic	No. (%) of Survey Respondents	2006 US Census ¹	Informed of Over-treatment by Their Physicians	Would Not Start Cancer Screening If It Resulted in >1 Over-treated Person per 1 Life Saved
Sex				
Female	166 (52.4)	52	8.4	51.2
Male	151 (47.6)	48	10.6	52.3
Age, y				
50-59	192 (60.6)	61	9.4	47.9
60-69	125 (39.4)	39	9.6	55.2
Educational level				
Less than high school	22 (6.9)	13	9.1	45.4
High school/Some college	203 (64.0)	58	10.3	52.8
College degree	92 (29.0)	29	7.6	50.0
Ethnicity				
White	269 (84.9)	85	8.8	52.0
African American/Hispanic/Latino	48 (15.1)	15	12.5	49.5

Wegwarth Q, Gigerenzer G. Less is more: overdiagnosis and overtreatment: evaluation of what physicians tell their patients about screening harms. *JAMA Intern Med.* 2013;173:2086-2087.

21

BMJ

BMJ 2012;345:f1611 doi: 10.1136/bmj.f1611

Page 1 of 13

RESEARCH

General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis

[Full text OPEN ACCESS](#)

Lasse T. Kraggsbøll doctor, Karsten Juul Jørgensen doctor, Christian Grønild Larsen doctor, Pål O. Gøtzsche professor, director

BMJ Cochrane Centre, Ryegate Rd, Brighton, BN1 9QJ, UK

22

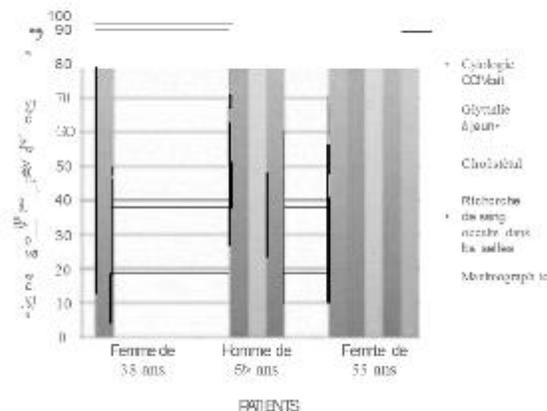
Prescription d'examen de santé préventifs par des résidents en médecine familiale

Daily Fung MD, Inge Scheibol MD, Catherine A. Macken MD, Brian M. Asner MD, Ayesha Khory MD, Ben Vandemeerke MD, G. Michael Allen MD



Official Publication of The College of Family Physicians of Canada

23



24

Tableau 2. Six paramètres sanguins prescrits le plus souvent par les médecins pour chaque sous-typé de patients

PARAMÈTRE	NOMBRE DE MÉDECINS (N=1000)			
	100-120	120-140	140-160	160-180
Formule sanguine complète	52	47	77	14
avec ou sans différentielle de globules blancs				
Électrolytes	27	26	46	6
Créatinine	35	33	60	5
URÉ	22	20	30	27
Glycémie à jeun	22	22	50	5,0
A1C	40	30,5	25	24
Divers				
• Cholestérol total	22*	30	30,5	30,5
• Cholestérol HDL	30,5	20	30,5	30,5
• TMSO	30,5	30,5	22	30,5
• APT	30,5	30,5	30,5	30

25

“The delivery of good medical care is to do as much nothing as possible.”

Laws of the House of God, #13

26

DIABÈTE DE TYPE 2

27

Société savante	Recommandation
Association canadienne du diabète	<p>Suggère l'usage de l'HbA1C et/ou de la glycémie à jeun comme outils de dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépister tous les 3 ans chez les personnes âgées de ≥40 ans • Dépister tous les 3 ans chez les personnes présentant un risque élevé, selon un calculateur de risque (ex : CANRISK ou FINDRISC) • Dépister plus souvent ou plus tôt chez les personnes qui présentent un risque très élevé selon les facteurs de risque pour le diabète • Dépister plus souvent ou plus tôt chez les personnes qui présentent un risque très élevé selon un calculateur de risque (ex : CANRISK ou FINDRISC) <p>***Niveau de preuve : catégorie D, consensus***</p>

28

Société savante	Recommandation
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs	<p>Utiliser l'échelle validée FINDRISC afin d'identifier les patients qui bénéficieront d'un dépistage du diabète</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque faible à modéré : pas de dépistage systématique • Risque élevé : dépistage systématique q 3-5 ans avec HbA1c • Risque très élevé : dépistage systématique q 1 an avec HbA1c <p>L'utilisation de l'HbA1C comme outil diagnostique est préconisée</p>
US Preventive Services Task Force	<p>Dépister les adultes dont la TA est supérieure à 135/80 de façon soutenue (grade B)</p> <p>Aucune recommandation pour les adultes dont la TA est inférieure à 135/80 (preuves insuffisantes)</p>

29

Réduction de la mortalité ou morbidité ?

- Il n'y a **pas de preuve** dans les groupes à faible ou moyen risque que le dépistage diminue la mortalité / morbidité / incidence
- **Preuves de faible qualité** dans les groupes à risque élevé ou très élevé que le dépistage diminue les infarctus du myocarde, les complications microvasculaires et la mortalité

30

AU-DELÀ DES LIPIDES

RISQUE CARDIOVASCULAIRE

37

Intervention	ERC	LDL	HDL	Trips	RCV (RR)	Mortalité (RR)
Torcelrapib	2	++	+++		-25 %	+50 %
Diète faible en gras	> 20	+		+	Inconst	∅
Omega-3	> 20			+	∅	∅
Dalcezapib	1		++		∅	∅
Nicotine (ajouté à statine)	2	+	+	++	∅	∅
Fibrate (ajouté à statine)	1			+++	∅	∅
Fibrate (seul)	> 10	+		++	∅	∅
Ezetimibe	5	++			-6 %	∅
Statine	18	+++			-25 %	-14 %
Diète méditerranéenne	3				-30 %	

Adapté de 'Simplified Lipid Guidelines' (FMF 2015)

38

Clinical Practice Guidelines

Simplified lipid guidelines

Prevention and management of cardiovascular disease in primary care

G. Michael Allan MD MSc, Adrienne J. Lindblad MD MSc, Ann Corneau MD MSc, John Copples MD MSc, Brianne Hudson MD MSc, Marco Mattarino MD MSc, Cindy McMinis, Raj Padwal MD MSc, Christine Schelstraete, Kelly Zarnke MD MSc, Scott Garrison MD MSc, Candia Cottan, Christina Komarek MD MSc, James McComark MD MSc, Sharon Nickel, Michael B. Kehler MD MSc

Médecin de famille canadien [2015]

39

Lipides non à jeûn

- L'impact d'un repas serait minimal sur les valeurs de HDL / LDL (inférieur à la variabilité attendue chez un même individu)
 - Il est donc acceptable de demander un bilan lipidique non à jeûn
 - Il s'interprète de la même façon

40

Cibles de lipides ?

- Aucune donnée probante n'appuie le faire de contrôler les lipides après l'initiation d'une statine
- Chez les patients ne recevant pas de statine, un contrôle peut être envisagé aux 5 ans

41

The Absolute CVD Risk/Benefit Calculator

Framingham
 Heart Failure • Myocardial Infarction • Stroke • Coronary Death • Total Mortality • Cerebrovascular Disease

QRISK[®]2-2014
 1987 QRISK2-2014

ACC/AHA ASCVD
 CHD Death • Myocardial Infarction • Stroke • Cerebrovascular Disease

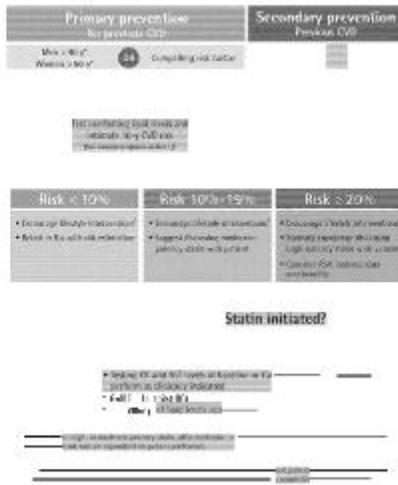
Age: 50 years
 Gender: Male Female
 Smoker: Yes No
 Diabetes: Yes No
 Systolic Blood Pressure: 120 mmHg
 Total Cholesterol: 3 mmol/L

Relative Benefit: 0%
 Risk Time Period: 10 years

97.6% No event
 2.4% Total with an event
 Member who benefit

<http://chd.bestsclinicalmedicine.com/csk2.html>

42



43

Risques des statines

- Myosite
- Rhabdomyolyse
- Augmentation du risque de **diabète**
- 1 sur 250 à 1 sur 125

44

CANCER COLORECTAL

45

Société savante	Recommandation
US Preventive Services Task Force (2015)	Pour les personnes à risque moyen , entre 50 et 75 ans, dépister systématiquement selon l'une des modalités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • RSOSI q 1 an • Sigmoidoscopie q 5 ans, combiné à une RSOSI q 1 an • Coloscopie optique q 10 ans Si > 75 ans, dépister selon les risques et le jugement clinique
Algorithme québécois de dépistage du cancer colorectal	Pour les personnes à risque moyen , entre 50 et 75 ans, dépister par RSOSI q 2 ans ; l'examen de choix en cas de RSOSI positive est la coloscopie optique
	Pour les personnes à risque plus élevé, veuillez vous référer aux algorithmes proposés par le MSSS

45

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Table 2: Summary of recommendations for screening for colorectal cancer (grade of recommendation)

Guideline	Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001 ¹	Canadian Task Force on Preventive Health, 2006 ²	US Preventive Services Task Force, draft, 2015 ³
Age group and recommendation	> 50 yr Screen	50-74 yr Screen (weak) 60-74 yr Screen (strong)	50-75 yr Screen (grade A) 76-80 yr Conditional screen (grade C)
Modality and Interval	gFOBT or FIT Every 1 yr or 2 yr (FIT is A)	gFOBT or FIT Every 2 yr	gFOBT or FIT Every year
	Flexible sigmoidoscopy Every 5 yr	Flexible sigmoidoscopy Every 10 yr	Flexible sigmoidoscopy Every 10 yr plus FIT every year
	Colonoscopy Insufficient evidence to include or exclude (grade C)	Colonoscopy Do not recommend	Colonoscopy Every 10 yr

Note: FIT = fecal immunochemical testing; gFOBT = guaiac fecal occult blood testing.

47

Coloscopie de dépistage

- Aucune donnée sur la mortalité en dépistage (4 ERC en cours...)
- Preuve insuffisante de supériorité comparée à la sigmoidoscopie et la RSOS

Compte tenu des risques, coûts et inaccessibilité, il faudrait que les bénéfices de la coloscopie dépassent largement ceux des autres tests pour en recommander l'usage dans le dépistage populationnel.

48

Risques de l'examen endoscopique

	Sigmoïdoscopie	Coloscope
Perforation intestinale	0,001 %	0,061 %
Saignement mineur	0,05 %	0,27 %
Saignement majeur	0,009 %	0,11 %
Décès	0,015 %	0,035 %

49

Incidence par site anatomique

Cancer site	Male		Female	
	Average Cases	%	Average Cases	%
Cecum	2,829	12,20%	3,145	17,20%
Appendix	254	1,10%	256	1,90%
Ascending Colon	1,691	7,30%	1,790	9,80%
Hepatic Flexure	573	2,90%	616	3,40%
Transverse Colon	1,298	4,70%	1,148	6,20%
Splenic Flexure	539	2,30%	393	2,10%
Descending Colon	707	3,00%	558	3,00%
Sigmoid Colon	5,380	23,10%	3,740	20,40%
Colon, Overlapping and Unspecified	1,153	5,00%	1,243	6,90%
Rectosigmoid Junction	1,631	7,00%	1,089	5,90%
Rectum	7,327	31,50%	4,240	23,10%
Total	23,282	100,00%	18,317	100,00%

CancerResearchUK.org 50

Table 1: Number needed to screen for colorectal cancer mortality by age groups with varying underlying baseline risk¹¹

Screening test	Age group, yr	Absolute risk reduction, % ^a	NNS (95% CI)
Biennial gFOBT	< 60 (45-59)	0.0377	2655 (1737-6244)
Biennial gFOBT	≥ 60 (60-80)	0.2032	492 (326-1107)
Flexible sigmoidoscopy	< 60 (45-59)	0.0540	1853 (1441-2713)
Flexible sigmoidoscopy	≥ 60 (60-80)	0.2912	343 (267-503)

Note: CI = confidence interval; gFOBT = guaiac fecal occult blood testing; NNS = number needed to screen; RR = relative risk.
^aThe estimates of absolute risk reduction in colorectal cancer mortality for screening versus control and NNS to prevent one death from colorectal cancer are based on age-specific baseline risk of dying from colorectal cancer (obtained from SEER Cancer Statistics Review, 1975-2012)²¹ the RR reduction (obtained from pooled estimate for colorectal cancer mortality for biennial gFOBT [RR reduction 0.8213; 95% CI 0.7303-0.9211] and flexible sigmoidoscopy screening [RR reduction 0.7142; 95% CI 0.6710-0.8255]) and the life expectancy over which the patient is expected to be screened.¹¹

51

Résumé des recommandations du Taskforce

Âge	Dépistage ?	Force de recommandation	Justif
< 50			Nous suggérons de ne pas effectuer de dépistage
50 - 59	Oui	Faible	RSOS (RSOSg ou TIF) tous les deux ans OU sigmoïdoscopie flexible tous les 10 ans
60 - 74	Oui	Forte	RSOS (RSOSg ou TIF) tous les deux ans OU sigmoïdoscopie flexible tous les 10 ans
≥ 75	Non	Faible	Si le patient est intéressé par le dépistage, expliquez les options et aidez à prendre une décision basée sur sa qualité de vie, ses valeurs et ses préférences.

52

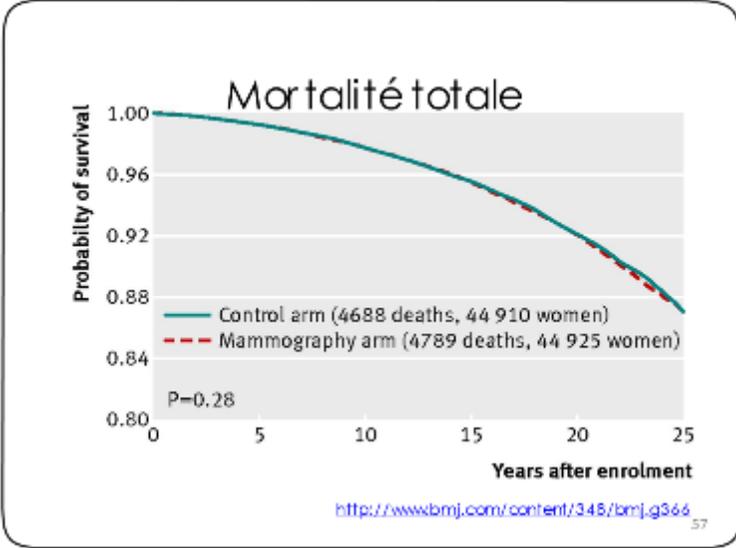
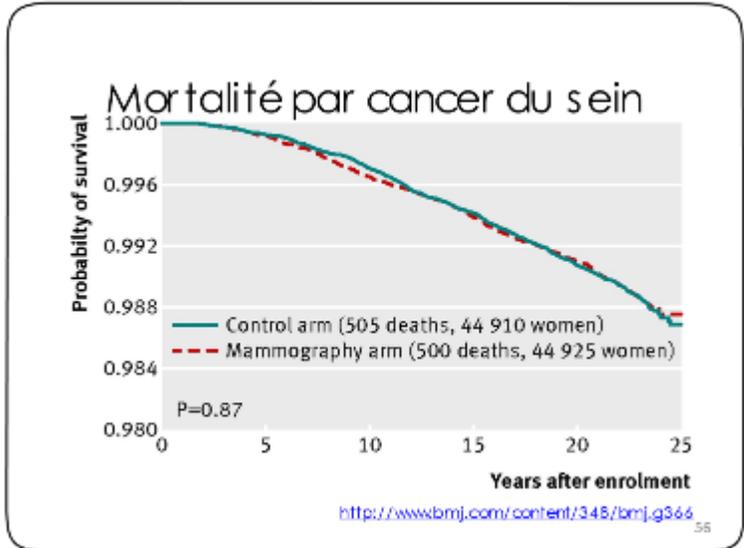
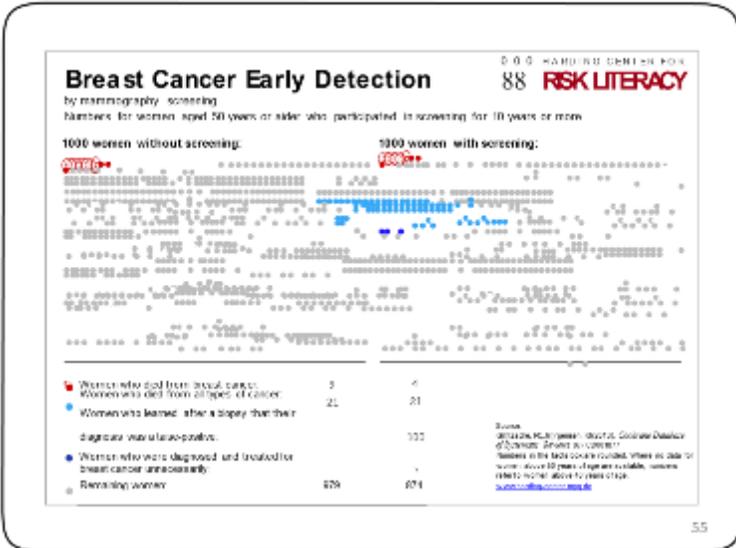
MAMMOGRAPHIE

CANCER DU SEIN

53

Société savante	Recommandation
Cochrane	Discuter des risques et des bénéfices avec les patientes, mais mettre en évidence que les bénéfices escomptés sont modestes et que les risques ne sont pas négligeables
Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	Mammographie q 2 ans entre 50 et 69 ans
American Cancer Society, American College of Radiology, American Medical Association, National Cancer Institute, American College of Obstetricians and Gynecologists, et National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	Débuter le dépistage par mammographie à 40 ans
United States Preventive Services Task Force, American College of Physicians, American Academy of Family Physicians, et Canadian Task Force on the Periodic Health Examination	Débuter le dépistage par mammographie à 50 ans

54



Qu'en est-il de l'examen des seins par le MD ?

Qu'en est-il de l'auto-examen des seins par les patientes ?

58

APS / TOUCHER RECTAL

CANCER DE LA PROSTATE

59

Evidence Supports a Faster Growth Rate and/or Earlier Transformation to Clinically Significant Prostate Cancer in Black Than in White American Men and Influences Racial Progression and Mortality Disparity

Isaac J. Powell, Cathryn H. Book, Julie J. Ruterbusch, and Wael Sakr
Wayne State University School of Medicine and Karmanos Cancer Institute, Detroit, Michigan

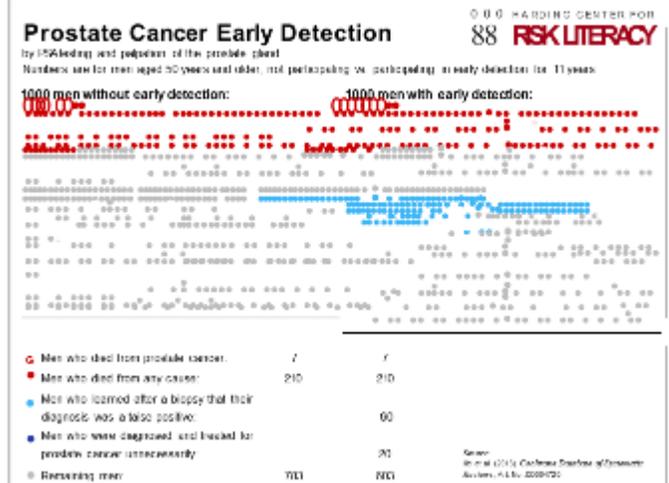
Age Group	No. Specimens		% Latent PCa		Mean Tumor Vol (cc)		% Gleason Score 6 or Less	
	AAM	EAM	AAM	EAM	AAM	EAM	AAM	EAM
20-29	156	30	8	11	0.031	0.091	100	100
30-39	130	76	31	31	0.091	0.089	99	100
40-49	178	130	43	38	0.436	0.215	97	100
50-59	111	103	46	44	0.941	0.899	87	93
60-69	34	54	72	68	0.875	2.555	86	87
70-79	21	33	77	69	0.562	2.941	65	84

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3840791/pdf/nihms511893.pdf>

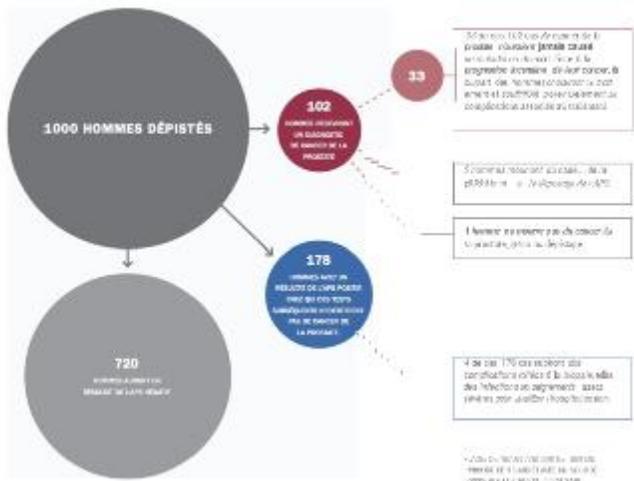
60

Société savante	Recommandation
Collège des médecins du Québec	Une discussion concernant les risques et les bénéfices escomptés est recommandée entre 45 et 70 ans
American Urological Association	Ne recommande plus le dépistage populationnel du cancer de la prostate en dessous de 55 ans Entre 55 et 69 ans, discuter des risques et des bénéfices escomptés avec le patient; si le dépistage est souhaité, il est recommandé de procéder avec un toucher rectal et un dosage de l'AP5 annuellement Ne pas cesser si la survie est estimée à moins de 10 ans
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs	Dépistage par AP5 non recommandé
US Preventive Services Task Force	Dépistage par AP5 non recommandé

61



62



63

CYTOLOGIE CERVICALE / VPH
CANCER DU COL UTÉRIN

64

	Méthode de dépistage	Début du dépistage	Intervalle de dépistage	Dépistage du VPH	Arrêt du dépistage
INSPO (2011)	Cytologie conventionnelle		Tous les 2 à 3 ans	Ne fait pas partie du dépistage de routine	65 ans si • 2 cytolgies N dans les 10 dernières années
ACS/ASCCP/ASCP (2012)	Cytologie en milieu liquide	21 ans	Tous les 3 ans	Tous les 5 ans avec la cytoglogie si > 30 ans	65 ans si • 3 cytolgies consécutives N • 2 cytolgies N dans les 10 ans dont 1 dans les dernières 5 années • Absence de CIN supérieur ou égal à 2 au cours des 20 dernières années

Tableau adapté d'une présentation de Dre Danielle Rousseau

65

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs



- Pour les femmes de moins de 20 ans, nous recommandons le dépistage non systématique du cancer du col de l'utérus
 - Recommandation forte; données probantes de qualité supérieure
- Pour les femmes de 20 à 24 ans, nous recommandons le dépistage non systématique du cancer du col de l'utérus
 - Recommandation faible; données probantes de qualité moyenne
- Pour les femmes de 25 à 29 ans, nous recommandons le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus tous les 3 ans.
 - Recommandation faible; données probantes de qualité moyenne
- Pour les femmes de 30 à 69 ans, nous recommandons le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus tous les 3 ans.
 - Recommandation forte; données probantes de qualité supérieure
- Pour les femmes de 70 ans et plus qui ont fait l'objet d'un dépistage approprié, nous recommandons que le dépistage systématique soit arrêté. Pour les femmes de 70 ans et plus n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage approprié, nous recommandons que le dépistage se poursuive jusqu'à l'obtention de 3 résultats de tests négatifs.
 - Recommandation faible; données probantes de faible qualité

65

Données probantes ?

- Très limitées : études observationnelles de faible qualité
- **1 seule ERC** en Inde rurale où l'on a proposé un dépistage à vie chez des femmes jamais dépistées, suivi sur 8 ans : diminution non-significative de l'incidence et la mortalité par cancer
- Non éthique actuellement de refaire une ERC avec un groupe contrôle non dépisté

67

Données probantes ? (2)

- Plusieurs études de cohortes nationales démontrent une association entre l'introduction du dépistage et la diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus
- Selon une méta-analyse de 12 études cas-témoin, parmi les femmes ayant un cancer invasif il y avait plus de sujets jamais testés

68

Taux d'incidence de cancers gynécologiques par année au Canada

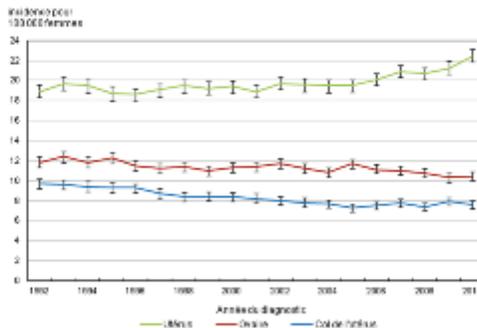


FIGURE 1. Taux d'incidence de cancers gynécologiques au Canada de 1992 à 2011. Les données sont basées sur les données de l'Institut canadien de statistiques (1992-2011). Les données sont basées sur les données de l'Institut canadien de statistiques (1992-2011). Les données sont basées sur les données de l'Institut canadien de statistiques (1992-2011).

69

Données probantes ? (3)

- Pas de données claires pour déterminer l'âge auquel débiter / cesser le dépistage
- Les données semblent suggérer que les bénéfices sont les plus élevés à partir de 30 ans, au moins à tous les 5 ans

70

Impact du dépistage

- NNS pour identifier 1 cancer chez les femmes de 20 à 64 ans 2726 (95% CI: 2630-2826) ; mais tombe à 1914 (95% CI: 1810, 2024) chez les femmes plus jeunes (25 et 39 ans)
- NNS de mortalité : 1140 sur 10 ans, calculé à partir de données du BC de 1955 à 1988

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913744/>
<https://www.cofp.org/afp/2001/0201/p613.html>

71

Surdiagnostic

- Difficile à évaluer vu manque d'ERC avec groupe contrôle
- Complications du traitement (LEEP) :
 - Infection, hémorragie
 - Diminution de la fertilité, risque de prématurité ou petit poids à la naissance

72

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

ANÉVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE

73

Risques / bénéfices

Risques de rupture de l'AAA (UpToDate) :

- < 4cm : < 0,5%
- 4 à 4,9cm : 0,5-5%
- 5 à 5,9cm : 3-15%
- 6 à 6,9cm : 10-20%
- 7 à 7,9cm : 20-40%
- > 8cm : 30-50%

Risque de mortalité de la chirurgie
3 à 10 % (INESS)

Risque de complications sévères
26% (Société canadienne de chirurgie vasculaire)

Seuil pour opérer :
~5,5cm (INESS)

74



.S. Preventive Services
TASK FORCE

Population	Recommendation	Grade (Where the?)
Men Ages 65 to 75 Years who Have Ever Smoked	The USPSTF recommends one-time screening for abdominal aortic aneurysm (AAA) with ultrasonography in men ages 65 to 75 years who have ever smoked.	B
Men Ages 65 to 75 Years who Have Never Smoked	The USPSTF recommends that clinicians consider either screening for AAA in men ages 65 to 75 years who have never smoked rather than routine screening in men in this group.	C
Women Ages 65 to 75 Years who Have Ever Smoked	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for AAA in women ages 65 to 75 years who have ever smoked.	I
Women Who Have Never Smoked	The USPSTF recommends against routine screening for AAA in women who have never smoked.	D

75

CSVS
Canadian Society for
Vascular Surgery



- Dépistage recommandé pour les hommes âgés de 65 à 75 ans (NNS : 625)
- Dépistage recommandé sélectivement/ individuellement pour les personnes à risque élevé d'AAA
 - Exemple : les femmes de plus de 65 ans à risque élevé en raison d'antécédents de tabagisme ou de maladie cérébrovasculaire, ou d'une histoire familiale
 - Exemple : les hommes de moins de 65 ans dont l'histoire familiale révèle des cas d'AAA

CSVS (2008)
75

INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

- 'Théoriquement efficace puisque les critères relatifs à la maladie, au test de dépistage, au traitement et au rapport coût/efficacité s'ont remplis, particulièrement pour les hommes âgés de 65 à 74 ans'
- 'À ce jour, l'efficacité pratique d'un tel programme, qui est tributaire des conditions épidémiologiques et organisationnelles en contexte réel, n'est pas démontrée'
- Chez les femmes avec plusieurs facteurs de risque, la prévalence de l'AAA atteint 6,4 %, mais aucune étude n'a examiné l'efficacité du dépistage dans ce groupe en particulier

INESSS (2010)

77



Guide de pratique sur le dépistage de l'AAA est en cours d'élaboration depuis 2015 par le Groupe canadien d'étude sur les soins de santé préventifs

78

Surdiagnostic

- Estimation à partir d'un étude du Massachusetts General Hospital
- Revue de 24,000 autopsies consécutives entre 1952 et 1975
 - 75% des patients ayant un AAA non détecté ou non opéré (n = 473) sont décédés d'une cause non reliée à l'AAA
 - 41% des AAA étaient supérieurs à 5,1 cm de diamètre

US Preventive Services Task Force 79

Individualiser le dépistage

- Évidence adéquate pour homme fumeur avec espérance de vie acceptable qui exprime explicitement son désir d'être investigué/traité au maximum

80

Pistes de réflexion

- Est-ce que les patients veulent savoir qu'ils ont une bombe prête à exploser dans le ventre? Quel impact sur leur qualité de vie?
- Considérant les coûts du dépistage et du traitement, est-ce qu'il ne vaudrait pas mieux investir dans d'autres activités de prévention qui ont un plus grand bénéfice?
 - Cessation tabagique
 - Consommation accrue de fruits/légumes/noix
 - Activité physique

81

OSTÉOPOROSE

82



The Cochrane Library

Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men

- Vitamine D (monothérapie)
 - Pas de réduction de l'incidence des fractures
 - Limitation : aucun patient ne recevait de dose quotidienne supérieure à 800 UI/die

83



The Cochrane Library

Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men

- Vitamine D donnée avec Calcium
 - Réduction de l'incidence des fractures de la hanche (RR 0.84, 95% CI 0.74 à 0.96)
 - Groupe à faible risque : 1 fracture évitée pour 1000 adultes par année (95% CI 0 à 2) NNT 1000
 - Groupe à risque élevé : 9 fractures évitées pour 1000 adultes par année (95% CI 2 à 14) NNT 111
 - Réduction de l'incidence de la fracture vertébrale RR 0.86, 95% CI 0.78 à 0.96

84



The Cochrane Library

Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in postmenopausal women and older men

- Risques du traitement avec Vitamine D
 - Augmentation du risque d'effets gastro-intestinaux
 - Augmentation des lithiases urinaires et de l'insuffisance rénale (RR 1.16, 95% CI 1.02 à 1.33)
 - Pas d'augmentation de la mortalité

85

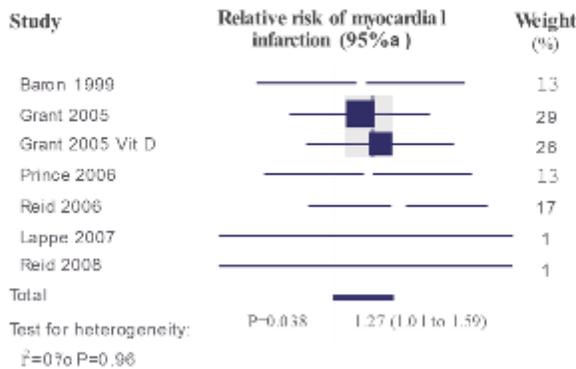


RESEARCH

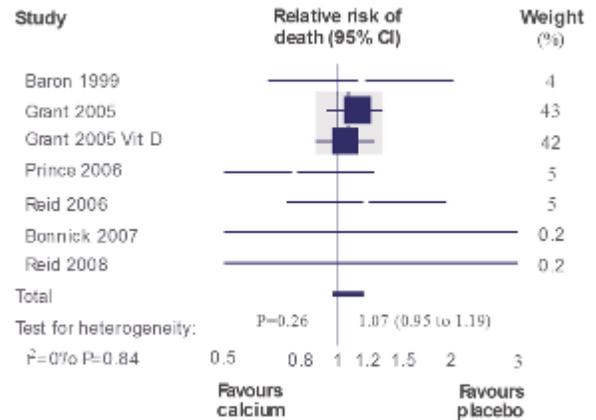
Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis

Meek J, Ballard senior research fellow, Aberdeen Royal Infirmary, Aberdeen, UK; Ebrahimi, professor, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran; Raza, professor, Quanao Medical Research Institute, Beijing, China; Reid, professor, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, Scotland

86



87



88

Bisphosphonates en prévention primaire des fractures ostéoporotiques



Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women

- Pas de différences statistiquement significative dans les fractures de la hanche en prévention primaire

89

Arguments pour et contre programme de dépistage

- Maladie fréquente
- Morbidité
- Mortalité
- Dépistage disponible dans plusieurs pays
- Risque fracturaire inversement proportionnel à la DMO
- Existence d'un traitement (pharmacologique et non pharmacologique)
- ERC (1) pour un tel programme n'a pas démontré de diminution des fractures
- Corrélation imparfaite entre DMO et risque fracturaire
- Mesure statique
- Recommandations universelles existent
- Dépistage pas toujours accessible



90

Société savante	Recommandation
Groupe d'élite canadien sur les soins de santé préventifs	Il faut évaluer les personnes de plus de 50 ans qui ont déjà eu une fracture de fragilité (niveau A)
US Preventive Services Task Force	<ul style="list-style-type: none"> Dépister les femmes > 65 ans et les femmes de < 65 ans qui ont un risque supérieur à une femme de 65 ans sans facteurs de risque (niveau B) Données insuffisantes pour les hommes (niveau I)

91

Boîte à outils

92

The NNT

- www.thennt.com
- Propose des revues sur les outils diagnostiques et les divers traitements
- Accessible (NNT / NNH)



93

Harding Center For Risk Literacy

- <https://www.harding-center.mpg.de/en>
- Page web allemande conçue par des fellows post-doctoraux
- Disponible en anglais
- Plusieurs diagrammes intéressants pour l'enseignement aux résidents et aux patients



94

Choisir avec soin

- Application conçue par l'AMC
- Regroupe les diverses recommandations émises par *Choisir avec soin Canada*
- Disponible en français et en anglais
- Disponible sur iPhone / iPad
- Gratuite



95

EPSS

- Electronic Preventive Service Selector
- Conçue par le US Preventive Service Task Force (recommandations américaines)
- Disponible sur iPhone / iPad
- Uniquement en anglais
- Gratuite

96



Less Is More Medicine

- <http://www.lessismoremedicine.com/>
- Une section en Français

LESS IS MORE
- = + MEDICINE

JAMA evidence

THE RATIONAL CLINICAL EXAMINATION

EVIDENCE-BASED CLINICAL DIAGNOSIS



David L. Simel, MD, MHS • Daanmuid Rennie, MD

Références

- Canadian Task Force On Preventive Health Care
- Choosing Wisely Canada
- Collège des médecins du Québec
- Dynamed (articles ciblés)
- Harding Center for Risk Literacy
- JAMA (articles ciblés)
- TheNNT.com
- UpToDate (articles ciblés)
- US Task Force Preventive Services Task Force

➤ Loi 2

Loi concernant les soins de fin de vie

Informations sur la Loi 2
Programme de résidence en médecine de famille
DMFMU UdeM
Décembre 2015

Historique

- Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité → 2009 à 2012.
- Projet de loi n° 52 : Loi concernant les soins de fin de vie → 2013.
- Adoption du projet de loi → juin 2014:
 - Loi 2 – Loi concernant les soins de fin de vie
- Entrée en vigueur prévue le 10 décembre 2015.
- *En date du 4 décembre 2015, une injonction retarde la mise en application de l'aide médicale à mourir.*

Objectif

- Informer les milieux d'enseignement sur la Loi 2 – Loi concernant les soins de fin de vie.

Contexte actuel

- Tous les établissements doivent adopter une Politique sur les soins de fin de vie avant le 10 décembre 2015:
 - Soins palliatifs
 - Sédation palliative continue
 - Aide médicale à mourir
- Publication par le Collège des médecins du Québec de 3 guides d'exercice:
 - Les soins médicaux dans les derniers jours de vie
 - La sédation palliative
 - L'aide médicale à mourir

Loi 2 et guides du CMQ

Extraits et explications

Loi 2 – Objet de la loi

- Article 1:
 - La présente loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances.

Loi 2 – Définitions

- Soins de fin de vie (SFV):
 - Les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'aide médicale à mourir
- Soins palliatifs (SP):
 - Les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.

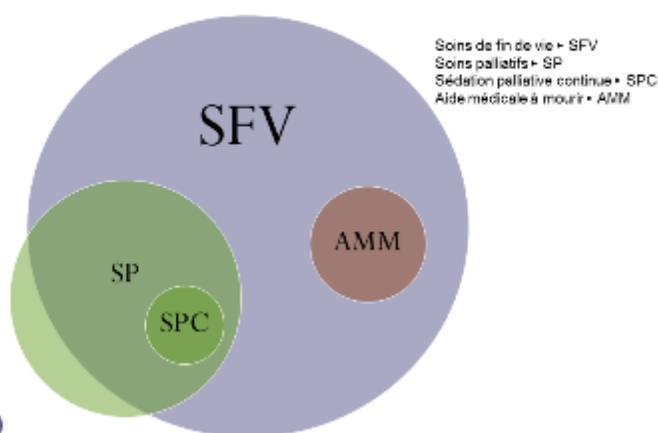
7

Loi 2 – Définitions (suite...)

- Sédation palliative continue (SPC):
 - Soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.
- Aide médicale à mourir (AMM):
 - Soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

8

Schéma des soins



9

Loi 2 – Dispensateurs de soins de fin de vie

- Établissements:
 - Tous les établissements doivent offrir un **programme de soins de fin de vie**, incluant les SP, la SPC et l'AMM.
 - Si un CLSC fait partie de l'établissement, le volet des **soins de fin de vie à domicile** doit faire partie des soins de fin de vie offerts.
- Maisons de soins palliatifs:
 - Les maisons de soins palliatifs **déterminent les soins de fin de vie** qu'elles offrent dans leurs locaux.
 - Elles doivent **en aviser clairement** les usagers avant leur admission.

10

Loi 2 – Dispensateurs de soins de fin de vie

- Cabinets privés:
 - Les soins de fin de vie **peuvent être dispensés à domicile** par un médecin et, dans les limites de sa compétence, par une infirmière qui exerce leur profession dans un cabinet privé (...).

11

Sédation palliative continue (SPC)

Loi 2 – Loi concernant les soins de fin de vie
Guide du CMQ – La sédation palliative en fin de vie

12

LA SÉDATION PALLIATIVE EN FIN DE VIE



05/2015
GUIDE
D'EXERCICE

Société québécoise
des médecins
de soins palliatifs

AD
COLLEGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

13

SPC – justifications d'usage

Guide SPC CMQ

Principaux symptômes

Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
Détresses respiratoires majeures et récidivantes
Dyspnée progressive et incontrôlable
Convulsions réfractaires
Douleur intraitable et intolérable
Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires
Détresse hémorragique
Nausées et vomissements incoercibles
Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort
Autre état réfractaire

14

Loi 2 - Sédation palliative continue

- Article 24:
 - Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative continue, la personne en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour elle doit être informée du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.
 - Le médecin doit en outre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant entre autres qu'il ne résulte pas de pressions extérieures.
 - Le consentement à la sédation palliative continue doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier de la personne.

15

SPC – autre condition

Guide SPC CMQ

- L'imminence de la mort;
 - Bien que le pronostic soit toujours difficile à évaluer, la SPC est possible chez un patient considéré en fin de vie.

16

Donc...

- Chaque établissement doit adopter une [politique et des procédures](#) en lien avec la SPC:
 - Critères d'administration.
 - Formulaires à remplir.
 - [Déclaration des cas](#).
- Chaque clinicien devra se référer à la politique adoptée dans son établissement.

17

Donc...

- La sédation palliative continue, traitée dans la Loi 2, doit être distinguée de la sédation palliative intermittente, qui n'est pas soumise aux mêmes règles.
- L'intention sous-jacente lorsqu'il y a sédation détermine s'il s'agit de SPC:
 - Sédation directe (SPC) vs secondaire à la médication nécessaire pour soulager un symptôme (pas SPC).
- Le texte de la Loi 2 ou le Guide d'exercice du CMQ – La sédation palliative en fin de vie présentent tous les détails pertinents.

18

Aide médicale à mourir (AMM)

Loi 2 – Loi concernant les soins de fin de vie
Guide du CMQ – L'aide médicale à mourir

19



08/2015
GUIDE
D'EXERCICE



20

Loi 2 – Aide médicale à mourir

• Article 26:

- Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir:
 - 1^o elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A 29);
 - 2^o elle est majeure et apte à consentir aux soins;
 - 3^o elle est en **fin de vie**;
 - 4^o elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;
 - 5^o sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
 - 6^o elle éprouve des **souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.**

21

Souffrances insupportables et constantes Guide AMM CMQ

Souffrances en fin de vie le plus fréquemment rapportées aux commissions de contrôle des pays européens qui ont dépenalisé l'euthanasie*

SOUFFRANCES PHYSIQUES EN FIN DE VIE	SOUFFRANCES PSYCHIQUES EN FIN DE VIE
Cachexie	Dépendance totale
Douleur	Perte de dignité
Dyspnée	Désoyance face à une situation sans issue
Dysphagie	
Épuisement	
Hémorragies	
Obstruction digestive	
Paralysies	
Plaies importantes	
Transfusions répétées	

* Selon la Commission Nationale de contrôle et d'observation de l'euthanasie, Belgique; la Commission nationale de contrôle et d'observation de la loi du 28 mars 2002 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, Grand-Duché de Luxembourg; les Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, Pays-Bas.

22

Fin de vie

Guide AMM CMQ

L'évaluation du pronostic vital est basée sur :

- › le diagnostic de la maladie grave et incurable;
- › son étendue;
- › sa vitesse de progression;
- › la rapidité du déclin fonctionnel;
- › l'atteinte d'organes cibles;
- › et la présence de symptômes tels que :
 - › une anorexie-cachexie;
 - › une dysphagie;
 - › une atteinte fonctionnelle;
 - › un œdème;
 - › une dyspnée;
 - › ou un délirium.

23

Fin de vie

Guide AMM CMQ

Signent une maladie très avancée et progressive, évoluant vers une mort prochaine :

- › un arrêt spontané de l'alimentation et de l'hydratation;
- › une dysphagie à la déglutition;
- › une toux inefficace;

24

Aide médicale à mourir

Guide AMM CMQ

- L'aide médicale à mourir n'est pas:
 - Une sédation palliative
 - L'administration de traitements visant le soulagement des symptômes en fin de vie.
 - La non-initiation ou la cessation des traitements nécessaires au maintien de la vie ou susceptibles de la prolonger.
 - Un suicide assisté:
 - « l'air d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les moyens de se suicider ou de sur la façon de procéder, ou les deux ».

25

Loi 2 – Aide médicale à mourir

- Article 28:
 - Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir.
 - Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir.

26

Loi 2 – Aide médicale à mourir

- Article 29:
 - Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit:
 - 1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment:
 - a) (...) caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;
 - b) (...) caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
 - c) en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, (...);
 - d) en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;
 - e) en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite;

27

Loi 2 – Aide médicale à mourir

- Article 29: (suite...)
 - 2° s'assurer que la personne a en l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;
 - 3° obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.
- Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit.

28

Loi 2 – Aide médicale à mourir

- Article 31:
 - Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur général de l'établissement ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le directeur général de l'établissement, ou la personne qu'il a désignée, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29.

29

Obligation du médecin

Guide AMM CMQ

- « Le médecin qui reçoit une demande d'AMM est donc tenu d'y répondre avec professionnalisme, quelles que soient ses convictions personnelles. Cependant, et c'est l'exception qui confirme la règle, à certaines conditions, il n'est pas obligé de participer à l'AMM si ses convictions personnelles, de nature morale ou religieuse, l'en empêchent. »

30

L'objection de conscience

Guide AMM CMQ

- Pour des raisons de convictions personnelles, morales ou religieuses, le médecin peut refuser d'administrer l'AMM, mais il doit s'assurer de la continuité des soins à la personne.
- Il doit donc offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin:
 - La loi prévoit certains mécanismes pour l'y aider. Il doit aviser sans tarder les instances responsables chargées de trouver un médecin qui accepte de traiter la demande et suivre les procédures prévues par la loi.
- ***Cela ne libère pas de l'obligation de suivre le patient à titre de médecin traitant tant qu'il n'y a pas prise en charge par un autre médecin.***

31

Instances responsables

Guide AMM CMQ

Instances responsables à aviser en cas d'objection de conscience du médecin

LIEUX D'EXERCICE	INSTANCES RESPONSABLES
Centre exploité par un établissement	PDG du CISSS, CUISSS, CHU ou institut universitaire, ou toute autre personne qu'il désigne
Cabinet privé de professionnel	PDG du CISSS ou du CUISSS qui dessert le territoire où est située la résidence du patient, ou la personne qu'il a désignée Si aucun CISSS ou CUISSS ne dessert le territoire où est située la résidence du patient, le PDG de l'établissement exploitant un CLSC sur ce territoire ou la personne qu'il a désignée

PDG : président-directeur général
 CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
 CUISSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
 CHU : Centre hospitalier universitaire
 CLSC : Centre local de services communautaires

32

Décision médicale

Guide AMM CMQ

- L'AMM est traitée, tant d'un point de vue médical que sur le plan légal, comme une mesure exceptionnelle. On comprend bien que le médecin devra d'autant mieux s'assurer de la pertinence du geste à poser qu'il:
 - Sera ultimement responsable de sa décision et qu'il devra être capable de la justifier.
 - Devra, le cas échéant, administrer lui-même les médicaments qui entraîneront le décès du patient, et qu'il devra en assumer toutes les conséquences.

33

Résidents et autres stagiaires

Guide AMM CMQ

- « ...seul un médecin peut administrer le médicament permettant à une personne en fin de vie d'obtenir l'AMM. »
- « Un médecin est une personne qui détient un permis d'exercice et qui est inscrite au tableau du Collège des médecins du Québec. Ainsi, un étudiant, un résident en médecine ou un moniteur clinique ne peut pas effectuer ce geste, même en étant supervisé. »

34

Donc...

- L'AMM nécessite le respect de critères précis et un processus structuré.
- Lorsque qu'une demande d'AMM est faite par un patient, il est opportun de revoir les critères précédents.
- Le texte de la Loi 2 ou le Guide d'exercice du CMQ – L'Aide médicale à mourir présentent tous les détails pertinents.

35

Directives médicales anticipées (DMA)

Loi 2 – Loi concernant les soins de fin de vie

36

Loi 2 – Directives médicales anticipées

- 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.

37

Loi 2 – Directives médicales anticipées

- Article 52:
 - Les directives médicales anticipées sont faites par **acte notarié en minute** **ou** devant témoins au moyen du **formulaire prescrit** par le ministre.
 - À la demande de l'auteur des directives, celles-ci sont versées au registre des directives médicales anticipées établi conformément à l'article 63.
- *Le formulaire prescrit n'est pas encore disponible...*

38

Loi 2 – Directives médicales anticipées

- Article 54:
 - Les directives médicales anticipées peuvent être révoquées à tout moment par leur auteur au moyen du formulaire prescrit par le ministre.
 - (...) en cas d'urgence, lorsqu'une personne apte exprime verbalement des volontés différentes de celles qui se retrouvent dans ses directives médicales anticipées, cela entraîne leur révocation.

39

DMA – situations cliniques visées

- Les DMA s'appliquent uniquement dans les situations suivantes:
 - Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives:
 - Coma irréversible ou état végétatif.
 - Autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives.
 - Atteinte sans possibilité de récupération, telle la démence de type Alzheimer.

40

DMA – soins visés

- Réanimation cardio-respiratoire.
- Ventilation assistée par un respirateur ou tout autre support technique.
- Dialyse rénale.
- Alimentation forcée ou artificielle.
- Hydratation forcée ou artificielle.

41

DMA

- Lorsque des DMA « conformes » sont disponibles, elles ont préséance sur toutes les autres formes de consentement chez un patient inapte à exprimer ses volontés.
- Le Registre des directives médicales anticipées permettra la consultation des DMA qui y seront versées.
- *Le Registre n'est pas encore disponible.*

42

Donc...

- Les DMA concernent exclusivement les situations cliniques et les soins visés.
- Il s'agit d'un nouveau véhicule d'expression des volontés d'un patient qui comporte plusieurs règles.
- Un document détaillé est en annexe des présentations.

43

Besoins en enseignement

- Les résidents et les médecins superviseurs seront confrontés à des demandes d'aide médicale à mourir.
- Le nombre de demandes admissibles attendu étant toutefois restreint, l'exposition sera inégale.
- Objectifs et compétences en lien avec la nouvelle réalité:
 - Réflexion en cours.
 - Les UMF et milieux d'enseignement seront tenus au courant de l'évolution des travaux.

44

Messages-clés

- Loi 2 - Une visée d'amélioration des soins de fin de vie.
- Une clarification et une bonification de l'offre de soins palliatifs:
 - Amélioration de l'accès.
 - Amélioration de la formation.
- L'AMM:
 - Des conditions strictes.
 - Le droit de ne pas effectuer le geste (objection de conscience), mais l'obligation de ne pas abandonner le patient.
 - Les résidents et autres stagiaires ne peuvent pas poser l'acte.

45

Références

- Loi 2 – Loi concernant les soins de fin de vie
- Guides du Collège des médecins du Québec:
 - Soins médicaux dans les derniers jours de vie – 05/2015 Guide d'exercice
 - <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-05-01-fr-soins-medicaux-derniers-jours-de-la-vie.pdf?t=1449031761066>
 - La sédation palliative en fin de vie – 05/2015 Guide d'exercice
 - <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-05-01-fr-la-sedation-palliative.pdf?t=1449032003094>
 - Aide médicale à mourir – 08/2015 Guide d'exercice
 - Accessible via le site sécurisé du CMQ
- Documents de la journée de formation du MSSS:
 - Loi concernant les soins de fin de vie – activités de soins de fin de vie

46

