

Évaluation collégiale des médecins des provinces de l'Atlantique



Il est important de noter que ces directives sont censées aider les inspecteurs à faire leurs observations. On ne devrait pas les considérer comme des normes d'aucun organisme de réglementation professionnelle des provinces atlantiques.

GESTION D'ENTITÉS DE MALADIES PRÉCISES - Médecine Familiale/ Médecine interne # 1 – EMPHYSÈME

Mesures préventives:

- ✓ Cessation du tabagisme, vaccination antigrippale annuelle, vaccination anti-pneumococcique, activité physique
- ✓ Utilisation de tests de fonction respiratoires pour diagnostique et suivi.

Traitement des exacerbations

- ✓ Le rôle des antibiotiques dans le traitement des exacerbations est controversé
- ✓ Le traitement avec des antibiotiques est seulement recommandé si l'exacerbation est accompagnée des 3 symptômes cardinaux ou au moins 2 si la purulence accrue est l'un d'eux
 - Dyspnée accrue
 - Augmentation de la quantité d'expectorations
 - Augmentation de la purulence d'expectorations
- ✓ Le choix d'antibiotique devrait être fait en fonction de facteurs de risque. Les régimes préférés incluent la Doxycycline, Amoxicilline/Clavulanate, TMP/SMX ou Céfuroxime.
- ✓ On devrait éviter d'utiliser la même classe d'antibiotiques en moins de 3 mois
- ✓ Les Fluorquinolones devraient être réservées pour les cas graves, au cas d'échec d'un traitement de première ligne ou si allergie aux B-Lactams.
- ✓ Considérer corticostéroïdes systémiques pour exacerbations modérées ou sévères.

Thérapies générales pour les MPOC:

- ✓ Bronchodilatateurs à courte durée (anticholinergiques et agonistes-B2)
- ✓ Agonistes-B2 à longue action et anticholinergiques à longue action en deuxième rang
- ✓ L'utilisation de stéroïdes en inhalation est controversée
- ✓ Combinaisons stéroïdes/agonistes-B2 à longue action pour MPOC modéré à sévère avec plus d'une exacerbation par année
- ✓ Corticothérapie systémique n'est généralement pas recommandée pour le traitement d'entretien de la MPOC.

S.O.=Sans Objet E=Excellent S=Satisfaisant I= Inadéquat	S.O.	E	S	I
Il existe des preuves qu'on a discuté des mesures préventives indiquées ou qu'elles ont été mises en œuvre.				
On a commencé une ou plusieurs thérapies appropriées.				
Il existe des preuves d'une surveillance régulière et de traitement en cas de crise d'emphysème.				

COMMENTAIRES: _____

GESTION D'ENTITÉS DE MALADIES PRÉCISES - Médecine Familiale
#2 – DYSLIPIDÉMIE

Dépistage de routine chez:

- ✓ Hommes de plus de 40 ans et femmes ménopausées de plus de 50 (ou ménopausées)
- ✓ Tous les patients ayant autres facteurs de risque (tabagisme, diabète, hypertension, obésité, MPOC, VIH, insuffisance rénale, dysfonction érectile, histoire familiale de dyslipidémie, maladie inflammatoire)
- ✓ Utiliser l'échelle de Framingham. Si risque <5%, dépistage aux 3-5 ans, si >5%, dépistage annuel

Hygiène de vie

- ✓ Habitudes alimentaire saines
- ✓ Cessation du tabagisme
- ✓ Activités physiques (viser pour 150 minutes par semaine)

Être au courant des valeurs cibles recommandées

- ✓ Haut risque (Framingham>20%), considérer statines pour tous les patients viser LDL<2 mmol/l
- ✓ Risque intermédiaire (Framingham 10-19%), statines si LDL>3.5, viser LDL<2
- ✓ Faible risque (Framingham <10%), statines si LDL>5, viser réduction de 50% du LDL

S.O.=Sans Objet E=Excellent S=Satisfaisant I= Inadéquat	S.O.	E	S	I
Dépistage approprié effectuée; détermination du profil des lipides de base				
Médication appropriée et prescription de changements d'alimentation et de mode de vie				
Surveillance périodique et suivi à long terme effectués				

COMMENTAIRES: _____

GESTION D'ENTITÉS DE MALADIES PRÉCISES - Cardiologie/Médecine familiale/Médecine interne/ Néphrologie - # 3 – HYPERTENSION

Pour tous les patients souffrant d'hypertension:

- ✓ Tension artérielle mesurée et consignée à chaque visite
- ✓ Gestion des habitudes de vie
 - Viser pour activité physique 150 minutes par semaine
 - Perte de poids
 - Alcool 2 consommations ou moins par jour, maximum 14 par semaine pour les hommes, 9 pour les femmes
 - Régime faible en sel et matières grasses (DASH)
 - Moins de 2g de sodium par jour
 - Gestion du stress

Thérapies

- ✓ Considérer médicaments pour tension artérielle moyenne
 - Systolique >160 ou Diastolique >100 si aucun autre facteur de risque
 - Systolique >140 ou Diastolique >90 en présence d'autres facteurs de risque
- ✓ Objectifs du traitement
 - Tension artérielle systolique <140 mmHg, diastolique <90 mmHg
 - Chez les patients diabétiques systolique <130 mmHg, diastolique <80 mmHg
- ✓ Choix des thérapies
 - Thérapie initiale devrait être un des choix suivants :
 - Diurétique,
 - B-bloqueur (patient <60 ans, non diabétiques: non-asthmatiques),
 - Inhibiteur de l'ECA (chez les patients de race autre que noire)
 - Inhibiteurs calciques de type dihydropyridine à longue durée d'action
 - Antagonistes du récepteur de l'angiotensine (ARA)
 - Avec échec du choix thérapeutique initial, ajouter un autre médicament d'une class différente
- ✓ Surveillance : effets secondaires des médicaments, par exemple B-Bloqueurs (Bradycardie), Inhibiteurs de L'ECA (toux, fct rénale), diurétiques (électrolytes, fct rénale).

S.O.=Sans Objet E=Excellent S=Satisfaisant I= Inadéquat	S.O.	E	S	I
Il y a des preuves de traitement en fonction des objectifs et de suivi à long terme continu (surveillance de la pression artérielle; questions de mode de vie)				
On a recours aux thérapies appropriées.				
Il existe des preuves d'un contrôle régulier de la thérapie et des médicaments.				

COMMENTAIRES : _____

GESTION DES ENTITÉS MORBIDES PARTICULIÈRES - Cardiologie/Médecine familiale/Médecine interne
 #4 – INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE

Tous les patients atteints d'insuffisance cardiaque :

- ✓ Documentation d'histoire et d'examen physique : symptômes, limitations fonctionnelles, facteurs de risque, comorbidités, médicaments. Documentation de signes vitaux, poids, auscultation cardiaque et pulmonaire.
- ✓ Investigation initiale : FSC, électrolytes, fonction rénale, analyse d'urine, Glycémie, TSH, Radiographie pulmonaire, électrocardiogramme, Échocardiogramme pour évaluation de la fonction ventriculaire et valvulaire.
- ✓ Gestion de conditions connexes, tel l'hypertension, ischémie myocardique, diabète, fonction thyroïdienne, maladie rénale.

Thérapies

- ✓ Aiguillage vers un programme multidisciplinaire de gestion de maladie si possible
- ✓ Habitudes de vie : cessation du tabagisme, restriction de consommation d'alcool, éviter l'obésité, mesure quotidienne du poids par le patient.
- ✓ Vaccination antigrippale annuelle et vaccination anti-pneumococcique.

Thérapies pharmacologiques

- ✓ Utilisation de diurétiques pour soulager la congestion
- ✓ Inhibiteurs de l'ECA (ou ARA si intolérant) +B-Bloqueur (sauf si contrindiqué)
- ✓ Majorer la dose des médicaments susmentionnés aux doses cibles ou doses tolérés maximales
- ✓ Si NYHA classe II-IV, ajouter antagoniste des récepteurs minéral corticoïdes tel la Spironolactone
- ✓ Suivi de la fonction clinique, état d'hydratation, fonction rénale et électrolytes chez les patients traités au diurétique ou aux inhibiteurs de l'ECA.

S.O.=Sans Objet E=Excellent S=Satisfaisant I= Inadéquat	S.O.	E	S	I
Antécédents cliniques et examen physique documentés.				
Il est évident que des examens courants ont été commandés et effectués.				
Les thérapies appropriées sont utilisées et examinées périodiquement.				

COMMENTAIRES :

GESTION DES ENTITÉS MORBIDES PARTICULIÈRES - Endocrinologie/Médecine familiale/Médecine interne - #5 - DIABÈTE DE TYPE II

Dépistage

- ✓ Devrait être fait aux 3 ans chez les individus >40 ans (Glycémie à jeun ou A1C)
- ✓ Dépistage plus fréquent chez les individus à risque élevé de diabète (histoire familiale, histoire de pré-diabète, diabète gestationnel, présence d'atteinte d'organe cible ou facteurs de risque vasculaire, ou présence de maladies connexes telles syndrome d'ovaire poly cystique, Apnée du sommeil ou VIH)

Thérapies

- ✓ Encourager l'autogestion de la maladie, référer diététiste, clinique du diabète.
- ✓ Traiter jusqu'aux valeurs cibles d'A1C, surveillance aux 3 mois jusqu'au traitement optimal, surveillance aux 6 mois acceptable lorsque le contrôle de l'A1C est atteint
- ✓ Si les valeurs cibles ne sont pas atteintes en 3 mois l'ajout d'hypoglycémifiants est de guise devraient être choisis en fonction des effets recherchés
- ✓ Si le A1C est >8.5% au moment du diagnostic, la pharmacothérapie devrait être instaurée d'emblée
- ✓ Le but est d'atteindre des valeurs cibles d'A1C en 3 à 6 mois du diagnostic.

Surveillance

- ✓ Dépistage annuel de micro-albuminurie
- ✓ Évaluations ophtalmologiques régulières
- ✓ Dépistage annuel pour la neuropathie (examen des pieds)
- ✓ Considérer l'ajout de statine (patients >40 ans), ASA, Inhibiteurs de l'ECA (patients >55 ans)
- ✓ Contrôle optimal de la tension artérielle (<130/80, Inh de l'ECA, ARA et Inhibiteurs calciques de type dihydropyridine longue durée d'action sont des choix appropriés
- ✓ Cessation du tabagisme, alimentation saine, activité physique régulière et perte de poids.

S.O.=Sans Objet E=Excellent S=Satisfaisant I= Inadéquat	S.O.	E	S	I
La documentation du dépistage approprié est évidente.				
Utilisation des thérapies et recommandations appropriées.				
Le patient participe activement à ses propres soins.				

COMMENTAIRES : _____

GESTION D'ENTITÉS DE MALADIE PRÉCISES - Médecine Familiale
6 - DOULEUR CHRONIQUE

Les éléments suivants devraient figurer au dossier:

- ✓ Investigation adéquate de la maladie (histoire, examen physique, imagerie et consultations appropriées)
- ✓ Histoire de dépendance, histoire personnelle ou familiale d'abus d'alcool ou de drogue
- ✓ Une approche par paliers pour l'introduction de médicaments analgésiques
 - Médicaments non-opiacés +/- adjuvants en premier
 - Opiacés (p. ex. Codéine) pour douleur légère à modérée +/- adjuvants +/- non-opiacés
 - Opiacés plus forts (p.ex. Morphine) +/- adjuvants +/- non-opiacés
- ✓ Les adjuvants peuvent inclure des anticonvulsifs (Gabapentin, Prégabalin), antidépresseurs (Tricycliques, IRSS, Venlafaxine), agents topiques (Lidocaïne, AINS topiques), antispasmodiques, BOTOX, benzodiazépines

Information documentée pour les prescriptions:

- ✓ Utilisation d'un contrat thérapeutique et fiche d'information narcotique
- ✓ Utilisation de feuille de route pour les narcotiques
- ✓ Les détails des prescriptions doivent inclure nom du médicament, dose et quantité prescrite

Visites de suivi:

- ✓ Documentation de la réponse au traitement, progrès vis-à-vis d'objectif du traitement, état fonctionnel
- ✓ Raisonnement pour augmenter la dose
- ✓ Surveillance d'effets secondaires
- ✓ Surveillance d'effets secondaires
- ✓ Dépistage de la narco manie pour les patients à risque de mauvaise utilisation des médicaments prescrits.

S.O.=Sans Objet E=Excellent S=Satisfaisant I= Inadéquat	N/A	E	S	I
Les enquêtes et diagnostics documentés sont appropriés à la plainte/l'état				
Il y a un contrat avec le patient, des feuilles d'absorption de narcotiques et/ou d'autres signes qu'il y a un contrôle de narcotiques.				
La réponse au traitement est consignée de manière appropriée et examinée de manière régulière				

COMMENTAIRES: _____
