

GESTION D'ENTITÉS DE MALADIES PRÉCISES - Médecine Familiale/ Médecine interne
1 – MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)

Mesures préventives:

- ✓ discussion sur l'arrêt du tabac; vaccination annuelle contre l'influenza; vaccin antipneumococcique; programme d'exercice

Dépistage et diagnostic

- ✓ dépister les patients à risque de MPOC (antécédents de tabagisme, fumée secondaire ou expositions professionnelles)
- ✓ la spirométrie est le test de dépistage de choix
- ✓ le rapport post-bronchodilatateur du VEMS /CVF(Tiffeneau)<0,70 sur la spirométrie confirme le diagnostique

Tous les patients atteints de MPOC:

- ✓ antécédents documentés d'exacerbations avec augmentation de la production et de la purulence des expectorations, augmentation de la dyspnée
- ✓ constatations physiques documentées d'une augmentation de la fréquence respiratoire et d'une respiration sifflante; crépitations diffus sans localisation
- ✓ répéter la spirométrie au besoin, mesure de la saturation en oxygène (+/- gaz sanguins) dans les cas modérés à sévères

Thérapies :

- ✓ Thérapie bronchodilatatrice: utilisation de muscariniques à courte durée d'action et de bêta-agonistes à courte durée d'action pour les cas bénins; bronchodilatateurs à longue durée d'action seuls ou en combinaison pour la MPOC modérée à sévère
- ✓ Thérapie aux corticostéroïdes : utilisation appropriée de stéroïdes systémiques ou inhalés
- ✓ Oxygénothérapie : oxygénation optimale ; recours à un spécialiste respiratoire
- ✓ Antibiotiques : utilisation d'antibiotiques appropriée pour les exacerbations et le niveau de gravité
- ✓ Réadaptation pulmonaire selon le cas

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 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 un outil de stratification de risque cardiovasculaire (p. ex. Framingham). Si risque <5%, dépistage aux 3-5 ans, si >5%, dépistage annuel

Hygiène de vie

- ✓ Habitudes alimentaires saines
- ✓ Cessation du tabagisme
- ✓ Activité physique (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

Preuve d'une surveillance continue du risque de maladie cardiovasculaire

S.O.=Sans Objet E=Excellent S=Satisfaisant I= Inadéquat	S.O.	E	S	I
Dépistage approprié effectuée; détermination du profil lipidique 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 – # 3- HYPERTENSION
Cardiologie/Médecine familiale/Médecine interne/ Néphrologie

Dépistage et diagnostic:

- ✓ Tension artérielle mesurée et consignée au dossier à fréquence appropriée.
- ✓ Utiliser une technique appropriée et un équipement standardisé lors de la prise de tension artérielle

Tous les patients souffrant d'hypertension

- ✓ La tension artérielle est mesurée à chaque visite au cabinet et/ou mesure ambulatoire 24 heures
- ✓ Gérer le risque cardiovasculaire global
- ✓ Surveiller les dommages aux organes cibles
- ✓ Gestion des habitudes de vie
 - Viser pour activité physique 150 minutes par semaine
 - Perte de poids, surveillance du tour de la taille
 - Abandon du tabac
 - 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)
 - 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-agent de choix pour diabétiques
 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).

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 – Médecine familiale
4 – DÉPRESSION / ANXIÉTÉ / TROUBLE D'ADAPTAION

Dépistage:

- ✓ Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux sont documentés.
- ✓ Les facteurs situationnels de stress (financiers, personnels, familiaux, en milieu de travail) sont documentés.

Évaluation:

- ✓ Les symptômes sont décrits de façon adéquate, y compris la chronologie et le calendrier des plaintes.
- ✓ Des outils d'évaluation clinique sont utilisés (par exemple PHQ-9 pour la dépression, GAD-7 pour l'anxiété).
- ✓ L'évaluation du risque d'automutilation, des idées suicidaires et idéation de mort passive est documentée.
- ✓ Il existe de la documentation qui s'enquiert des problèmes liés au mode de vie qui peuvent y contribuer (alimentation, exercice, sommeil, consommation de substances).
- ✓ On tient compte des causes organiques des symptômes (effets secondaires des médicaments, autres examens médicaux en fonction de la présentation des symptômes).
- ✓ Il existe une documentation sur un bref examen mental.
- ✓ Un diagnostic différentiel provisoire est documenté.
- ✓ Les enquêtes sur les habitudes de vie sont documentées.

Traitement:

- ✓ Les aiguillages pour une psychothérapie/counseling sont pris en compte.
- ✓ Lors du traitement avec des médicaments, il existe une documentation sur la discussion des effets secondaires.
- ✓ Les présentations plus sérieuses sont rapidement référées à l'urgence / psychiatrie d'une manière sécuritaire.
- ✓ Un plan de suivi est documenté.
- ✓ Les suggestions d'amélioration du mode de vie sont documentées le cas échéant.

S.O.=Sans Objet E=Excellent S=Satisfaisant I= Inadéquat	S.O.	E	S	I
La documentation du dépistage approprié est évidente.				
La documentation des évaluations est appropriée.				
Le suivi de la maladie mentale est :				

COMMENTAIRES:

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

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)

Diagnostic

- ✓ Résultats des tests x 2 dans la gamme du diabète (par exemple A1C \geq 6,5% x 2, FPG \geq 7,0 mmol / L x 2, ou A1C \geq 6,5% ET FPG \geq 7,0 mmol / L)

Thérapies

- ✓ référer diététiste ou clinique du diabète.
- ✓ éducation à un mode de vie sain (exercice, gestion du poids, arrêt du tabac)
- ✓ Traiter jusqu'aux valeurs cibles d'A1C, surveillance aux 3 mois jusqu'au traitement optimal
- ✓ utilisation appropriée des médicaments en raison des comorbidités des patients
- ✓ éducation sur les médicaments et leur utilisation
 - Hypoglycémie
 - Gestion des médicaments « journée de maladie »
- ✓ autosurveillance de la glycémie par le patient, si approprié
- ✓ gestion des autres facteurs de risque cardiovasculaire

Suivi des complications

- ✓ rétinopathie: perte de vision (référence annuelle en ophtalmologie)
- ✓ néphropathie: insuffisance rénale (urine annuelle pour la microalbuminurie)
- ✓ neuropathie: tout symptôme ou signe neurologique (test du monofilament)
- ✓ complications des membres inférieurs: plaies aux pieds ou amputations (inspection des pieds)

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 – PRESCRIPTIONS D'OPIOÏDES POUR LA DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE

Les éléments suivants devraient figurer au dossier:

- ✓ Investigation adéquate de la maladie (histoire, examen physique, imagerie et consultations appropriées)
- ✓ Antécédents personnels de dépendance à l'alcool ou aux drogues, de maladie psychiatrique, antécédents familiaux d'alcoolisme ou de toxicomanie
- ✓ 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
- ✓ 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
 - Dépistage de la narco manie pour les patients à risque de mauvaise utilisation des médicaments prescrits.
 - limiter le dosage à moins de 90 mg d'unités équivalentes de morphine
- ✓ Visites de suivi :
 - Documentation de la réponse au traitement, progrès vis-à-vis d'objectif du traitement, état fonctionnel
 - Raisonement pour augmenter la dose
 - Surveillance d'effets secondaires
 - Diminuer les doses supérieures à 90 mg d'équivalent morphine : peut nécessiter une équipe multidisciplinaire

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: _____
