



Les sujets prioritaires et éléments clés pour évaluation en médecine familiale

Abus de substance	1
Accident vasculaire cérébral	2
Allergie	3
Anémie	4
Antibiotiques	5
Anxiété	6
Apprentissage	7
Arthropathie	8
Asthme	9
Cancer	10
Capacité mentale	11
Cardiopathie ischémique	12
Céphalée	13
Cessation du tabagisme	14
Contraception	15
Convulsions	16
Crise	17
Croup	18
Démence	19
Dépression	20
Dermatologie	21
Déshydratation	22
Deuil	23
Diabète	24
Diarrhée	25
Douleur abdominale	26
Douleur au cou	27
Douleur thoracique	28
Dyslipidémie	29
Dyspepsie	30
Dysurie	31
Empoisonnement	32
Enfants	33
Épistaxis	34
Étourdissements	35
Examen médical périodique/dépistage	36
Famille	37
Fatigue	38
Fibrillation auriculaire	39
Fièvre	40
Fractures	41
Grossesse	42
Habitudes de vie	43
Hépatite	44
Hypertension	45
Immigrants	46
Immunisation	47
Incapacité	48
Infections	49
Infections des voies respiratoires supérieures	50
Infections transmises sexuellement	51



Les sujets prioritaires et éléments clés pour évaluation en médecine familiale

Infection urinaire	52
Infertilité	53
Insomnie	54
Lacérations	55
Lombalgie	56
Maladie chronique	57
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	58
Masse au sein	59
Mauvaises nouvelles	60
Médecine des voyages	61
Méningite	62
Ménopause	63
Nouveau-né	64
Obésité	65
Oeil rouge	66
Ostéoporose	67
Otalgie	68
Parkinsonisme	69
Patient difficile	70
Personnes âgées	71
Perte de connaissance	72
Perte de poids	73
Pneumonie	74
Problèmes médicaux multiples	75
Problèmes propres à chaque sexe	76
Prostate	77
Réanimation cardio-respiratoire	78
Saignement gastro-intestinal	79
Saignement vaginal	80
Schizophrénie	81
Sexualité	82
Soins du nourrisson	83
Soins palliatifs	84
Somatisation	85
Stress	86
Suicide	87
Thérapie de support ou psychothérapie	88
Thrombose veineuse profonde	89
Thyroïde	90
Toux	91
Traumatisme	92
Trouble de comportement chez l'enfant	93
Trouble de la personnalité	94
Troubles des conduites alimentaires	95
Vaginite	96
Viol/agression sexuelle	97
Violence familiale (sexuelle, physique, psychologique)	98
Violence/patient agressif	99



Abus de substance

- 1 Chez tous les patients, et particulièrement dans les groupes à risque élevé (p. ex. maladie mentale, incapacité chronique), profitez de toutes les occasions pour dépister l'utilisation et l'abus de substances (tabac, alcool, drogues illicites).
- 2 Chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse :
 - a) Procédez au dépistage des maladies à dissémination hématogène (p. ex. infection par le virus de l'immunodéficience humaine, hépatite).
 - b) Offrez les vaccins appropriés.
- 3 Chez les patients qui présentent des signes et symptômes d'un sevrage ou d'une intoxication aiguë, portez le bon diagnostic et traitez de façon appropriée.
- 4 En présence de signaux d'alarme (p. ex. échec scolaire, changement de comportement), discutez de l'utilisation ou de l'abus de substances avec les adolescents, leurs proches ou avec les autres intervenants.
- 5 Considérez et recherchez l'utilisation ou l'abus de substances comme facteur étiologique dans les problèmes qui ne répondent pas favorablement à une intervention appropriée (p. ex. abus d'alcool chez les patients atteints d'hypertriglycéridémie, abus de drogues par inhalation chez un asthmatique).
- 6 Offrez votre soutien aux patients et aux membres de la famille affectés par l'abus de substances. (L'utilisateur de substances n'est pas nécessairement votre patient.)
- 7 Chez les patients qui abusent de substances, déterminez dans quelle mesure ils sont d'accord ou non avec le diagnostic.
- 8 Chez les utilisateurs de substances, déterminez systématiquement leur volonté de cesser ou à réduire leur consommation.
- 9 Chez les patients qui abusent de substances, profitez des visites médicales pour dépister les comorbidités (p. ex. pauvreté, crime, infections transmises sexuellement, maladie mentale) et les complications à long terme (p. ex. cirrhose).



Accident vasculaire cérébral

- 1 Chez les patients qui présentent des symptômes et/ou des signes suggérant un accident vasculaire cérébral (AVC), incluez d'autres hypothèses dans votre diagnostic différentiel (p. ex. d'ischémie cérébrale transitoire (ICT), tumeur cérébrale, hypoglycémie, hématome sous-dural, hémorragie sous-arachnoïdienne).
- 2 Chez un patient qui présente un AVC, précisez, si possible, l'étiologie de l'AVC : hémorragique, embolique ou thrombotique (p. ex. en misant sur l'anamnèse, l'examen physique et les tests paracliniques comme l'électrocardiogramme et les tests d'imagerie), puisque les traitements sont différents.
- 3 Évaluez rapidement les patients qui présentent des déficits neurologiques, afin de déterminer leur admissibilité à la thrombolyse.
- 4 Lorsque le diagnostic d'AVC est posé, impliquez, au besoin, d'autres professionnels de la santé (p. ex. ergothérapeute, physiothérapeute, intervenant social, physiatre, neurologue) pour assurer au patient le meilleur pronostic possible.
- 5 Dans le plan de soins du patient victime d'un AVC atteint de déficits sévères, impliquez le patient et sa famille dans les décisions entourant les interventions (p. ex. réanimation, instauration de l'hyperlimentation, traitement d'une pneumonie).
- 6 Chez les patients victimes d'un AVC, diagnostiquez les déficits cognitifs (non associés à des symptômes ou signes sensitifs ou moteurs tel l'inattention et l'impulsivité) lorsqu'ils sont présents.
- 7 Donnez aux patients et à leurs familles des informations concernant le pronostic de récupération des incapacités.
- 8 Chez les patients victimes d'AVC avec incapacités, évaluez les ressources et le soutien nécessaire pour améliorer leur autonomie fonctionnelle (p. ex. canne, cadre de marche, soins à domicile).
- 9 Dans la continuité des soins dispensés aux patients victimes d'AVC avec incapacités (p. ex. dysphagie, alitement), incluez dans le plan de traitement la prévention de certaines complications (p. ex. pneumonie d'aspiration, ulcère de décubitus) puisque leur fréquence est plus élevée.
- 10 Chez les patients à risque d'AVC, traitez les facteurs de risque modifiables (p. ex. fibrillation auriculaire*).
- 11 Chez tous les patients ayant des antécédents d'ICT ou d'AVC complété, ainsi que chez les patients asymptomatiques mais à risque élevé d'AVC, prescrivez aux patients un traitement anti-thrombotique (p. ex. acide acétylsalicylique, clopidogrel [Plavix]) afin de réduire le risque d'AVC.

Note : voir les éléments clés des thèmes « diabète » « dyslipidémie » « hypertension ».



Allergie

- 1 Chez tous les patients, informez-vous de la présence de toute forme d'allergie et documentez-la clairement dans le dossier. À réévaluer périodiquement.
- 2 Clarifiez les manifestations d'une réaction pseudo-allergique d'une réaction allergique véritable (p. ex. ne pas poser un diagnostic d'allergie aux antibiotiques dans les cas d'éruptions cutanées virales, ou d'allergie véritable dans les cas d'intolérance médicamenteuse).
- 3 Chez un patient qui est allergique (p. ex. alimentaire, médicamenteuse, environnementale), assurez-vous que le patient dispose d'une médication appropriée pour contrôler ses symptômes (p. ex. antihistaminiques, bronchodilatateurs, stéroïdes, EpiPen).
- 4 Prescrire EpiPen à tous les patients ayant des antécédents ou à risque d'anaphylaxie.
- 5 Éduquez les patients qui souffrent d'allergie (p. ex. alimentaire, médicamenteuse, aux piqûres d'insectes), ainsi que leurs familles, concernant les symptômes d'anaphylaxie et l'auto-administration de l'EpiPen. Conseillez-leur de consulter pour une réévaluation ou un traitement immédiats si les symptômes d'allergie apparaissent ou s'ils ont utilisé l'EpiPen.
- 6 Conseillez aux patients souffrant d'allergie médicamenteuse connue ou ayant déjà présenté une réaction allergique importante d'obtenir et de porter un bracelet MedicAlert.
- 7 Chez un patient qui présente une réaction anaphylactique :
 - a) Reconnaissez les symptômes et les signes.
 - b) Traitez immédiatement et rapidement.
 - c) Prévenez toute réaction d'hypersensibilité retardée en misant sur l'observation et le traitement adéquats (p. ex. avec des stéroïdes).
- 8 Lorsque l'étiologie de l'anaphylaxie est incertaine, référez le patient à un immuno-allergiste pour identifier la cause.
- 9 Dans le cas particulier d'un enfant présentant une réaction anaphylactique aux aliments :
 - a) Prescrivez une trousse d'EpiPen pour la maison, l'auto, l'école et la garderie.
 - b) Conseillez à la famille d'éduquer l'enfant, les enseignants et les gardiens concernant les signes et symptômes de l'anaphylaxie, ainsi que quand et comment utiliser l'EpiPen.
- 10 Chez un patient dont les symptômes respiratoires récidivants demeurent inexpliqués, n'oubliez pas d'inclure l'allergie (p. ex. syndrome des bâtiments malsains, allergie saisonnière) dans le diagnostic différentiel.



Anémie

- 1 Évaluez le risque de décompensation chez les patients anémiques (p. ex. état du volume sanguin, présence d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC), angine, ou autres états pathologiques) afin de décider de la nécessité de transfuser rapidement ou de restaurer la masse sanguine.
- 2 Chez un patient anémique, classifiez l'anémie dans ses formes microcytaire, normocytaire ou macrocytaire en utilisant le VGM (volume globulaire moyen) ou le résultat d'un frottis, afin de mieux orienter la poursuite de l'investigation et du traitement.
- 3 Chez tous les patients anémiques, déterminez la réserve en fer avant de débiter le traitement.
- 4 Chez un patient présentant une carence en fer, poussez plus loin l'investigation afin d'en déterminer l'étiologie.
- 5 Recherchez une anémie chez les patients à risque qu'ils soient symptomatiques ou non (p. ex. ceux qui sont à risque de perte sanguine, ceux qui reçoivent une anticoagulothérapie, les patients âgés qui prennent des anti-inflammatoires non stéroïdiens, les patients atteints d'hémolyse (valvules mécaniques), les patients qui présentent de nouveaux symptômes ou une détérioration de leurs symptômes d'angine ou d'ICC).
- 6 Chez les patients atteints d'anémie macrocytaire :
 - a) Considérez la possibilité d'une carence en vitamine B₁₂
 - b) Recherchez d'autres manifestations de carence (p. ex. symptômes neurologiques) afin de poser le diagnostic d'anémie pernicieuse s'il est présent.
- 7 Dans le cadre des soins aux nourrissons, dépistez l'anémie dans les populations à risque élevé (p. ex. ceux qui vivent dans la pauvreté) ou chez les patients à risque élevé (p. ex. ceux dont le teint est pâle, ceux dont la diète est pauvre en fer ou ceux dont le gain pondéral est faible).
- 8 Lorsque vous découvrez un faible taux d'hémoglobine chez un patient, recherchez minutieusement la cause (p. ex. hémoglobinopathies, ménorragie, saignement occulte, maladie chronique non diagnostiquée), puisqu'on ne peut présumer qu'il s'agit d'un état normal.
- 9 Chez les patientes anémiques souffrant de ménorragie, déterminez la nécessité de rechercher d'autres causes pour expliquer l'anémie.



Antibiotiques

- 1 Chez les patients qui nécessitent une antibiothérapie, faites des choix rationnels (c.-à-d. thérapies de première ligne, connaissance des formes locales d'antibiorésistance, antécédents médicaux et médicamenteux ainsi que le contexte du patient).
- 2 Chez les patients dont la présentation clinique suggère une infection virale, évitez de prescrire des antibiotiques.
- 3 Chez un patient qui prétend avoir une allergie aux antibiotiques, éliminez d'autres causes (p. ex. intolérance aux effets indésirables, éruption cutanée non allergique) avant de confirmer le diagnostic.
- 4 Soyez sélectif dans vos prescriptions de cultures avant de débiter une antibiothérapie (habituellement pas de culture dans les cas non compliqués de cellulite, de pneumonie, d'infection urinaire et d'abcès; culture utilisée pour évaluer les types de résistance dans la communauté, chez les patients présentant des symptômes systémiques et chez les patients immunosupprimés).
- 5 Dans les situations urgentes (p. ex. méningite, choc septique, neutropénie fébrile), initier empiriquement et rapidement l'antibiothérapie (c.-à-d. n'attendez pas la confirmation du diagnostic).



Anxiété

- 1 N'attribuez pas à l'anxiété des symptômes aigus de panique (c.-à-d. dyspnée, palpitations, hyperventilation) sans d'abord exclure du diagnostic différentiel une pathologie médicale sérieuse (p. ex. embolie pulmonaire, infarctus du myocarde), particulièrement chez les patients atteints d'un trouble anxieux déjà établi.
- 2 Dans l'investigation d'un patient présentant des symptômes d'anxiété, et avant de poser un diagnostic de trouble anxieux :
 - a) Faites l'exclusion d'une pathologie médicale sérieuse.
 - b) Identifiez :
 - d'autres affections psychiatriques co-existantes.
 - les situations de violence.
 - l'abus de substance.
 - c) Évaluez le risque suicidaire.
- 3 Chez les patients atteints de troubles anxieux, ne présumez pas que tous les nouveaux symptômes sont attribuables à l'anxiété.
- 4 Offrez un traitement approprié contre l'anxiété :
 - benzodiazépines (p. ex. discutez de la crainte à leur sujet, évitez les posologies qui sont trop faibles ou trop fortes, tenez compte de la dépendance et des autres anxiolytiques).
 - traitement non pharmacologique.
- 5 Chez un patient présentant des symptômes d'anxiété, obtenez une anamnèse complète afin de distinguer clairement une agoraphobie, une phobie sociale, un trouble d'anxiété généralisée et un trouble panique.



Apprentissage

Patients

- 1 Dans le cadre des soins continus des enfants, informez-vous auprès des parents au sujet du fonctionnement de leur enfant à l'école afin de déceler les difficultés d'apprentissage.
- 2 Chez les enfants ayant des problèmes à l'école, vérifiez les antécédents avec soin afin de vous aider à poser un diagnostic précis (p. ex. problème de santé mentale, trouble d'apprentissage, audition).
- 3 Dans le cadre des soins à un enfant ayant un trouble d'apprentissage, évaluez régulièrement l'impact du problème sur l'enfant et sa famille.
- 4 Dans le cadre des soins d'un enfant ayant un trouble d'apprentissage, assurez-vous que le patient et sa famille ont accès à des ressources communautaires pour les aider.
- 5 Afin de maximiser la compréhension du patient et la prise en charge de son problème:
 - a) déterminez jusqu'à quel point il est disposé à recevoir de l'information;
 - b) ajustez la quantité d'information offerte et sa complexité à la capacité de compréhension du patient.

Auto-apprentissage :

- 6 Évaluez constamment vos besoins d'apprentissage.
- 7 Abordez vos besoins d'apprentissage avec efficacité.
- 8 Incorporez vos nouvelles connaissances dans votre pratique.



Arthropathie

- 1 Chez un patient qui consulte pour une douleur articulaire, différenciez la pathologie grave de la pathologie bénigne (p. ex. sarcome, arthrite septique) :
 - a) en obtenant une anamnèse pertinente.
 - b) en investiguant de façon appropriée (p. ex. aspiration, hémogramme, rayons-X).
- 2 Chez le patient qui présente une douleur musculo-squelettique imprécise, posez un diagnostic rhumatologique spécifique en vous appuyant sur l'anamnèse, l'examen physique et les investigations (p. ex. goutte, fibromyalgie, monoarthropathie vs polyarthropathie).
- 3 Chez le patient qui présente une monoarthropathie, éliminez une cause infectieuse (p. ex. infection transmissible sexuellement).
- 4 Chez les patients souffrant de douleur musculo-squelettique, incluez dans le diagnostic différentiel les sources de douleurs viscérales et référées (p. ex. angine, fracture dans la plaque de croissance qui se manifeste sous forme d'arthralgie, douleur neurogène).
- 5 Diagnostiquez cliniquement les blessures ligamentaires. NE FAITES PAS d'examen radiologique.
- 6 Chez un patient qui consulte pour une douleur articulaire, incluez dans votre diagnostic différentiel certaines affections systémiques (p. ex. granulomatoses de Wegener, lupus érythémateux, colite ulcéreuse).
- 7 Chez les patients atteints d'un diagnostic d'une affection rhumatologique :
 - a) Renseignez-vous sur les conditions médicales pré-existantes qui peuvent modifier le plan de traitement.
 - b) Choisissez le plan de traitement approprié (p. ex. pas d'anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les insuffisants rénaux ou les patients souffrant d'ulcère peptique).
- 8 Dans votre évaluation des patients atteints d'un diagnostic d'une affection rhumatologique, recherchez les complications liées à la maladie (p. ex. iritis).
- 9 Chez les patients qui souffrent de douleur musculo-squelettique :
 - a) Informez-vous de l'impact de la douleur sur les activités de la vie quotidienne.
 - b) Traitez en prescrivant les analgésiques aux posologies appropriées.
 - c) Si nécessaire, prescrivez des aides ambulatoires et l'accès aux ressources communautaires (p. ex. attelles, canne).
- 10 Chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, initier rapidement le traitement en incluant à la médication un agent de rémission de la maladie.



Asthme

- 1 Chez les patients de tout âge présentant des symptômes respiratoires (aigus, chroniques, récidivants) :
 - a) Incluez l'asthme dans votre diagnostic différentiel.
 - b) Confirmez le diagnostic d'asthme en utilisant de façon appropriée :
 - l'anamnèse
 - l'examen physique
 - la spirométrie
- 2 Chez un enfant en détresse respiratoire aiguë, différenciez l'asthme de la bronchiolite, de la laryngo-trachéo-bronchite aiguë et de l'aspiration d'un corps étranger en obtenant une anamnèse appropriée et en procédant à un examen physique.
- 3 Chez un asthmatique connu qui consulte pour une exacerbation aiguë ou pour une visite de contrôle, déterminez objectivement la sévérité de son état (p. ex. par l'anamnèse, y compris l'observance médicamenteuse, l'examen physique et la spirométrie). Ne sous-estimez pas la sévérité de la crise.
- 4 Chez un asthmatique connu qui présente une exacerbation aiguë :
 - a) Traitez l'épisode aigu (p. ex. utilisation répétée et précoce des bêta-agonistes et des stéroïdes; évitez de sous-traiter).
 - b) Éliminez les maladies comorbides (p. ex. complications, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique).
 - c) Déterminez le besoin d'une hospitalisation ou d'un congé de l'hôpital (en basant votre décision sur le risque de récurrence ou de complications, ainsi que sur les attentes du patient et les ressources disponibles).
- 5 Pour le traitement au long cours d'un asthmatique, proposez un plan de traitement par étapes qui comprend :
 - auto-surveillance.
 - auto-ajustement de la médication.
 - quand consulter à nouveau.
- 6 Chez un asthmatique connu dont les symptômes persistent ou récidivent :
 - a) Évaluez la sévérité et la compliance médicamenteuse.
 - b) Recommandez des ajustements aux habitudes de vie (p. ex. éviter les irritants et les facteurs déclenchants) qui pourraient entraîner moins de récurrences et un meilleur contrôle.



Cancer

- 1 Chez tous les patients, profitez de toutes les occasions pour prodiguer vos conseils sur la prévention du cancer (p. ex. cessation du tabagisme, diminuer les relations sexuelles non protégées, prévenir l'infection par le virus du papillome humain), même lorsque ce n'est pas la raison principale de la rencontre.
- 2 Chez tous les patients, faites le dépistage indiqué, fondé sur des données probantes (selon le groupe d'âge, les facteurs de risque, etc.) afin de détecter le cancer à un stade précoce (p. ex. Pap test, mammographie, coloscopie, toucher rectal, antigène prostatique spécifique).
- 3 Chez les patients atteints de cancer, offrez un suivi et une continuité des soins. Demeurez impliqué dans le plan de traitement, en collaboration avec les spécialistes impliqués au dossier. (Ne perdez pas la trace de votre patient pendant la durée des soins contre le cancer.)
- 4 Chez un patient atteint de cancer, informez-vous, avec compassion et empathie, des conséquences personnelles et sociales de la maladie (p. ex. enjeux familiaux, perte d'emploi) ainsi que de la capacité du patient à surmonter ces conséquences.
- 5 Chez un patient traité pour cancer, informez-vous des effets secondaires ou des complications prévues du traitement (p. ex. diarrhée, paresthésies aux pieds), puisque le patient peut ne pas donner spontanément ces renseignements.
- 6 Chez les patients ayant des antécédents personnels de cancer qui consultent pour de nouveaux symptômes (p. ex. dyspnée, symptômes neurologiques), n'oubliez pas d'inclure dans votre diagnostic différentiel une récurrence du cancer ou l'apparition de métastases.
- 7 Chez un patient atteint de cancer, soyez réaliste et honnête lorsque vous discutez du pronostic. (Dites-le lorsque vous ne le savez pas.)

Note : Pour le contrôle de la douleur, voir les éléments clés des thèmes « maladies chroniques » et « soins palliatifs ». Voir également les éléments clés du thème « dépression ».



Capacité mentale

- 1 Chez un patient présentant des symptômes ou des signes subtils de diminution de la fonction cognitive (p. ex. inquiétude de la famille, erreurs de médication, questions répétitives, détérioration de l'hygiène personnelle) :
 - a) Procédez à l'évaluation de la capacité mentale, y compris le recours à un outil standardisé.
 - b) Dirigez le patient vers des évaluations plus poussées au besoin.
- 2 Chez les patients dont le diagnostic fait penser à une déficience cognitive (p. ex. démence, AVC récent, maladie mentale grave), identifiez ceux qui auront besoin d'une évaluation plus détaillée de leur capacité à prendre des décisions.
- 3 Quand un patient prend des décisions (p. ex. chirurgie ou non, permission de réanimer ou non), songez au besoin d'évaluer sa capacité mentale.
- 4 Chez un patient souffrant de déficience cognitive, établissez ses capacités de prise de décision encore intactes, car il pourrait en avoir gardé plusieurs.



Cardiopathie ischémique

1. Dans un contexte de cabinet ou d'urgence, diagnostiquez les présentations de la cardiopathie ischémique qui sont :
 - classiques.
 - atypiques (p. ex. chez les femmes, les diabétiques, les jeunes, les personnes dépourvues de risque).
2. Chez un patient présentant des facteurs de risque modifiables de la cardiopathie ischémique (p. ex. tabagisme, diabète, obésité), élaborer, en collaboration avec le patient, un plan visant à réduire son risque de développer la maladie.
3. Chez un patient dont les symptômes suggèrent une cardiopathie ischémique mais chez qui le diagnostic n'est pas confirmé, n'éliminez pas ce diagnostic en vous basant seulement sur des tests dont la sensibilité et la spécificité sont limitées (p. ex. électrocardiogramme, épreuve d'effort, enzymes normaux).
4. Chez un patient dont la cardiopathie ischémique est stable, gérez les changements des symptômes par des ajustements autonomes de la médication (p. ex. nitroglycérine) et des contacts médicaux appropriés (p. ex. visites au cabinet, appels téléphoniques, visites à l'urgence), selon la nature et la sévérité des symptômes.
5. Dans le suivi des patients dont la cardiopathie ischémique est confirmée, vérifiez spécifiquement les éléments suivants afin de détecter les complications et la possibilité d'un contrôle sous-optimal :
 - Contrôle des symptômes.
 - Compliance médicamenteuse.
 - Impact sur les activités de la vie quotidienne.
 - Modification des habitudes de vie.
 - Dépistage clinique.
6. Lorsqu'on a posé un diagnostic de syndrome coronarien aigu (p. ex. choc cardiogénique, arythmie, œdème pulmonaire, infarctus aigu du myocarde, angine instable), prenez charge de la situation rapidement et efficacement.



Céphalée

- 1 Chez un patient qui consulte pour une nouvelle céphalée, utilisez l'anamnèse et l'examen physique pour différencier une pathologie bénigne d'une pathologie grave.
- 2 Chez un patient dont la céphalée vous préoccupe au point de penser à une pathologie grave (p. ex. méningite, tumeur, artérite temporale, hémorragie sous-arachnoïdienne) :
 - a) Procédez à l'investigation appropriée (p. ex. biopsie, tomodensitométrie cérébrale (TDM), ponction lombaire (PL), vitesse de sédimentation).
 - b) Posez le diagnostic.
 - c) Débutez le traitement approprié en temps opportun (c.-à-d. traitez avant que le diagnostic d'artérite temporale ou de méningite soit confirmé).
 - d) Ne présumez pas qu'une pathologie grave est exclue parce que le traitement a soulagé les symptômes.
- 3 Chez un patient ayant des antécédents de céphalée chronique et/ou récidivante (p. ex. céphalée de tension, migraine, céphalée de Horton, céphalée induite par les drogues ou céphalée médicamenteuse), traitez de façon optimale en évitant la dépendance aux narcotiques et aux barbituriques.
- 4 Chez un patient dont les antécédents laissent soupçonner une hémorragie sous-arachnoïdienne malgré une TDM cérébrale négative, procédez à une ponction lombaire.
- 5 Chez un patient souffrant d'une crise migraineuse aiguë :
 - a) Traitez l'épisode.
 - b) Évaluez le plan de traitement à long terme (référez au besoin, adoptez une approche progressive).



Cessation du tabagisme

- 1 Chez tous les patients, évaluez régulièrement et documentez la situation tabagique, en n'oubliant pas que les gens peuvent cesser et recommencer en tout temps.
- 2 Chez les fumeurs :
 - a) Discutez des avantages qu'apporte la cessation ou la diminution du tabac.
 - b) Évaluez régulièrement l'intérêt à cesser ou à diminuer le tabac.
- 3 Chez les fumeurs motivés à cesser, recommandez l'adoption d'une approche comportant de multiples stratégies pour cesser de fumer.



Contraception

- 1 Lorsque l'occasion se présente, prodiguez vos conseils à tous les patients concernant la contraception, particulièrement les adolescents, les jeunes hommes jeunes, les femmes en postpartum et les femmes en périménopause.
- 2 Pour chacun des moyens de contraception, informez les patients des facteurs précis qui peuvent en réduire l'efficacité (p. ex. retard à débiter la méthode, maladie, médicaments, lubrifiants spécifiques).
- 3 Pour faciliter le choix d'une contraception adéquate :
 - a) Recherchez et identifiez les risques (contre-indications relatives et absolues).
 - b) Recherchez (et évaluez) l'exposition aux infections transmises sexuellement.
 - c) Identifiez les obstacles à certaines méthodes spécifiques (p. ex. coût, contraintes culturelles).
 - d) Informez les patients concernant l'efficacité et les effets indésirables, particulièrement les effets secondaires à court terme susceptibles d'inciter à abandonner la méthode.
- 4 Chez les patientes utilisant des contraceptifs hormonaux, assurez un suivi adéquat des effets secondaires (p. ex. recommandez un essai d'une durée appropriée, discutez des œstrogènes dans l'acétate de médorxyprogestérone [Depo-Provera]).
- 5 Renseignez toutes les patientes sur la contraception post-coïtale, particulièrement celles qui utilisent des méthodes de barrière ou lorsque l'efficacité des méthodes hormonales est réduite.
- 6 Chez une patiente qui a eu une relation sexuelle non protégée ou dont la méthode contraceptive choisie a échoué, renseignez-la sur les limites temporelles de la contraception post-coïtale (contraceptif d'urgence, stérilet).



Convulsions

- 1 Chez un patient qui présente une convulsion :
 - a) Assurez la perméabilité des voies respiratoires (p. ex. voie oro-pharyngée, décubitus latéral pour prévenir une aspiration).
 - b) Administrez rapidement des médicaments (p. ex. benzodiazépines, phénytoïne) pour faire cesser la crise, avant même d'avoir confirmé l'étiologie.
 - c) Éliminez les causes métaboliques réversibles (p. ex. hypoglycémie, hypoxie, coup de chaleur, déséquilibre électrolytique).
- 2 Chez un patient qui présente un épisode mal défini (p. ex. crise, absence, attaque), faites une anamnèse systématique et structurée afin de distinguer une crise épileptique d'un autre type de convulsion.
- 3 Chez un patient qui convulse, obtenez une histoire complète afin de mieux orienter l'investigation (p. ex. évitez la surinvestigation; un trouble connu et stable peut nécessiter seulement un dosage plasmatique du médicament, alors que des convulsions nouvelles ou changeantes peuvent nécessiter une investigation plus poussée).
- 4 Chez tous les patients qui convulsent, procédez à un examen neurologique minutieux afin d'identifier des signes neurologiques focaux.
- 5 Chez un patient ayant des antécédents d'épilepsie (ou focalisateur) et qui présente de nouvelles convulsions ou un changement dans le type de convulsions :
 - a) À l'histoire, recherchez les facteurs qui peuvent influencer le trouble convulsif primaire (p. ex. observance médicamenteuse, consommation d'alcool, habitudes de vie, changements pharmacologiques récents [non limités aux anticonvulsivants], autres maladies).
 - b) Dans votre diagnostic différentiel, incluez les autres causes de convulsions. (Ce ne sont pas toutes les crises convulsives qui sont causées par l'épilepsie.)
- 6 Dans le suivi d'un patient stable :
 - a) Informez-vous régulièrement de la compliance au traitement (la médication et les habitudes de vie), des effets indésirables de la médication anticonvulsivante, de l'impact de la maladie et de son traitement sur la vie du patient (p. ex. conduite automobile, lorsqu'une crise survient au travail ou avec les amis).
 - b) Surveillez les complications de la médication anticonvulsivante (p. ex. complications hématologiques, ostéoporose).
 - c) Considérez la médication anticonvulsivante lors de la prise en charge des autres problèmes de santé (p. ex. au moment de prescrire des antibiotiques, grossesse).



Crise

- 1 Prenez le temps nécessaire pour aider les patients en crise, car ceux-ci consultent souvent de façon inattendue.
- 2 Dans le cadre de votre prise en charge d'un patient en crise, identifiez les ressources personnelles d'appui dont il dispose (p. ex. famille, amis).
- 3 Dans le cadre de votre prise en charge de longue durée d'un patient en crise, proposez des ressources communautaires (p. ex. conseiller).
- 4 Évaluez le risque suicidaire chez un patient en crise.
- 5 Utilisez rationnellement une médication psychoactive pour aider un patient en crise.
- 6 Chez un patient en crise, informez-vous de ses méthodes d'adaptation nuisibles pour sa santé (p. ex. drogues, alcool, consommation d'aliments, jeux de hasard, violence, inertie).
- 7 Demandez à votre patient si d'autres personnes dans son entourage ont besoin d'aide en raison de cette crise.
- 8 Avec un patient en crise, négociez un plan de suivi.
- 9 Assurez-vous de ne pas dépasser certaines limites lorsque vous traitez un patient en crise (p. ex. lui prêter de l'argent, lui donner rendez-vous en dehors de vos heures de bureau).
- 10 Préparez votre environnement de travail en prévision d'une crise éventuelle ou d'un désastre possible et incluez vos collègues et le personnel dans la planification d'interventions en cas de crises à la fois médicales et non médicales.
- 11 Lorsque vous faites face à une crise médicale non prévue (p. ex. crise épileptique, dystocie de l'épaule) :
 - a) évaluez l'environnement quant aux ressources nécessaires (personnel, matériel);
 - b) restez calme et méthodique;
 - c) demandez l'aide dont vous avez besoin.



Croup

- 1 Chez les patients atteints de croup :
 - a) vérifiez le besoin d'aide respiratoire (p. ex. évaluez l'ABC, la présence de fatigue, de somnolence, de respiration paradoxale et de tirage);
 - b) offrez de l'aide au besoin.
- 2 Avant d'attribuer le stridor à un problème de croup, pensez à d'autres causes possibles (p. ex. anaphylaxie, corps étranger [voies aériennes ou œsophage], abcès rétropharyngé, épiglottite).
- 3 Chez un patient souffrant de symptômes respiratoires, cherchez spécifiquement les signes et symptômes qui distinguent les maladies des voies respiratoires inférieures de celles des voies respiratoires supérieures (p. ex. stridor vs wheezing vs toux coquelucheuse).
- 4 Chez un enfant présentant des antécédents évidents et un examen physique compatibles avec un croup bénin à modéré, posez le diagnostic clinique sans procéder à d'autres tests (p. ex. ne pas recourir à la radiographie de routine).
- 5 Chez les patients ayant reçu un diagnostic de croup, utilisez des stéroïdes (n'offrez pas un traitement insuffisant dans les cas de croup bénin à modéré).
- 6 Chez un patient atteint de croup, tenez compte des inquiétudes des parents (p. ex. ne pas minimiser la gravité des symptômes et leur impact sur les parents), reconnaissez le cours fluctuant de la maladie, offrez un plan en cas de récurrence des symptômes.



Démence

- 1 Chez les patients présentant des signes précoces et non spécifiques d'atteinte cognitive :
 - a) Envisagez l'hypothèse diagnostique de la démence.
 - b) Pour dépister précocement un diagnostic de démence, utilisez le Folstein ou l'examen du mini-mental (3 ms) et tout autre instrument de mesure de l'atteinte des fonctions cognitives. N'oubliez pas de faire une anamnèse et un examen physique minutieux.
- 2 Chez les patients dont l'atteinte cognitive est évidente, choisissez les investigations de laboratoire et les techniques de neuro-imagerie appropriées qui viendront compléter l'anamnèse et les observations de l'examen physique. Distinguez démence, délirium et dépression.
- 3 Chez les patients atteints de démence, distinguez clairement la maladie d'Alzheimer des autres démences, puisque le traitement et le pronostic sont différents.
- 4 Chez les patients atteints de démence qui manifestent une détérioration cognitive ou fonctionnelle, recherchez d'autres diagnostics (c.-à-d. ne prenez pas pour acquis qu'il s'agit d'une détérioration de la démence). Ces diagnostics peuvent inclure une dépression ou une infection.
- 5 Annoncez le diagnostic de démence avec compassion et dans le respect des droits du patient à l'autonomie, à la confidentialité et à la sécurité.
- 6 Chez les patients atteints de démence, évaluez l'aptitude. (Ne concluez pas à l'aptitude ou à l'inaptitude sans évaluation.)
- 7 Dans le suivi des patients chez qui on a posé un diagnostic de démence :
 - a) Évaluez périodiquement l'atteinte fonctionnelle et cognitive.
 - b) Planifiez et contribuez aux plans de soins (p. ex. médicaments, prise en charge des troubles comportementaux, les questions touchant la sécurité, les aidants naturels, le niveau des soins, la sécurité automobile et la relocalisation).
- 8 Évaluez les besoins et le soutien à accorder aux aidants naturels des patients atteints de démence.
- 9 Déclarez aux autorités appropriées les personnes démentes qui, à votre avis, ne devraient pas conduire.
- 10 Chez les patients atteints de démence, questionnez l'histoire familiale afin de rechercher des facteurs génétiques de risque (p. ex. maladie de Huntington). Offrez des conseils préventifs aux autres membres de la famille et aidez-les à prendre les décisions appropriées (p. ex. planification familiale).

Note : La pharmacothérapie spécifique aux toniques mentaux, ou « améliorants cognitifs » (début/arrêt) devrait être évaluée ultérieurement, une fois la controverse complètement apaisée.



Dépression

- 1 Chez un patient atteint de dépression :
 - a) Évaluez le risque suicidaire.
 - b) Décidez de la prise en charge appropriée (c.-à-d. hospitalisation ou suivi étroit, lesquels seront fonction, par exemple, de la sévérité des symptômes, des caractéristiques psychotiques et du risque suicidaire).
- 2 Dépistez la dépression afin de poser le diagnostic dans les groupes à risque élevé (p. ex. certains groupes socio-économiques, ceux qui souffrent d'abus de substances, les femmes en postpartum, les individus souffrant de douleurs chroniques, les individus post-infarctus).
- 3 Chez un patient qui consulte pour de multiples plaintes somatiques pour lesquelles aucune cause organique n'a été identifiée après une investigation appropriée, considérez le diagnostic de dépression et explorez cette possibilité avec le patient.
- 4 Après avoir posé un diagnostic de dépression, recherchez et diagnostiquez les autres affections psychiatriques coexistantes (p. ex. anxiété, trouble bipolaire, trouble de la personnalité).
- 5 Chez un patient déprimé, instaurez le traitement approprié :
 - pharmacothérapie et psychothérapie.
 - suivi de la réponse au traitement.
 - ajustement de la médication au besoin (p. ex. augmentation, changement de posologie, changements médicamenteux).
 - référence si nécessaire.
- 6 Chez un patient qui consulte pour des symptômes compatibles avec une dépression, recherchez et éliminez une pathologie organique grave en procédant à l'anamnèse, l'examen physique et les investigations nécessaires (particulièrement chez les personnes âgées et les patients difficiles).
- 7 Chez les patients qui consultent pour dépression, informez-vous de la possibilité de :
 - violence sexuelle, physique et psychologique (passée et actuelle, avec témoins ou infligée).
 - abus de substances.
- 8 Chez un patient déprimé, différenciez la dépression majeure du trouble d'adaptation, de la dysthymie ou d'une réaction de deuil.
- 9 Advenant un échec au traitement approprié chez un patient déprimé, considérez d'autres diagnostics (p. ex. maladie affective bipolaire, trouble schizo-affectif, maladie organique).
- 10 Chez les très jeunes et les personnes âgées qui consultent pour des changements de comportement, envisagez le diagnostic de dépression (puisque la dépression peut se manifester par des symptômes atypiques).



Dermatologie

- 1 Devant un problème cutané persistant qui ne réagit pas favorablement au traitement tel qu'anticipé :
 - a) Reconsidérez le diagnostic (p. ex. « eczéma » peut mimer une mycose).
 - b) Investiguez ou modifiez le traitement (p. ex. dans un cas d'acné).
- 2 Chez un patient qui consulte pour une lésion cutanée, établissez la bénignité ou la malignité de cette lésion (p. ex. mélanome, pemphigus, lymphome cutané à cellules T) par l'examen physique et les investigations appropriées (p. ex. biopsie ou excision).
- 3 Chez un patient qui consulte pour une manifestation cutanée compatible avec une maladie ou une affection systémique (p. ex. granulomatose de Wegener, lupus, réaction médicamenteuse), songez au diagnostic et confirmez-le par l'anamnèse, l'examen physique et les investigations appropriées.
- 4 Lorsqu'un patient consulte pour une lésion cutanée localisée ou lorsque vous procédez à un dépistage des naevus cutanés, inspectez toutes les composantes de la peau (p. ex. ongles, cuir chevelu, cavité orale, périnée, plantes des pieds, la région postérieure du cou).
- 5 Diagnostiquez et traitez promptement les urgences dermatologiques susceptibles de mettre la vie en danger (p. ex. syndrome de Stevens-Johnson, cellulite invasive, brûlures chimiques et non chimiques).
- 6 Chez les patients à risque élevé (diabétiques, patients alités ou à mobilité réduite, maladie vasculaire périphérique) :
 - a) Examinez la peau même en l'absence de plainte cutanée spécifique.
 - b) Traitez agressivement les lésions cutanées apparemment bénignes.
- 7 Chez un patient traité pour une affection cutanée nouvelle ou persistante (p. ex. acné, psoriasis), déterminez son impact sur la vie personnelle et sociale du patient.



Déshydratation

- 1 Lors de l'évaluation d'un patient gravement malade, recherchez des signes et symptômes de déshydratation (p. ex. recherchez une déshydratation chez un patient atteint de pneumonie débilitante).
- 2 Chez un patient déshydraté, évaluez le degré de déshydratation à l'aide d'indicateurs fiables (p. ex. signes vitaux), car l'état d'hydratation de certains patients peut être plus difficile à évaluer (p. ex. personnes âgées, très jeunes enfants, femmes enceintes).
- 3 Chez un patient déshydraté :
 - a) déterminez le volume adéquat de liquide pour le remplacement du déficit et les besoins continus;
 - b) utilisez une voie adéquate (orale si possible; IV si nécessaire).
- 4 Lors du traitement d'une déshydratation grave, utilisez des mesures objectives (p. ex. valeurs de laboratoire) afin d'orienter la prise en charge continue.
- 5 Chez un patient déshydraté :
 - a) déterminez la maladie ou la cause déclenchante, en vous concentrant particulièrement sur les causes non gastro-intestinales, notamment les causes liées aux médicaments;
 - b) traitez la maladie déclenchante en même temps.
- 6 Traitez énergiquement une patiente enceinte déshydratée, car la grossesse est associée à des risques additionnels de déshydratation.



Deuil

- 1 Chez les patients vivant une perte, préparez-les aux différents types de réactions (p. ex. émotionnelles, physiques) qu'ils sont appelés à vivre.
- 2 Chez tous les patients en deuil, particulièrement ceux dont la réaction de deuil est prolongée ou anormale, recherchez une dépression ou des idées suicidaires sous-jacentes.
- 3 Chez les très jeunes et les personnes âgées, reconnaissez les réactions de deuil atypiques (p. ex. changements comportementaux).
- 4 Chez les patients dont la présentation suggère une réaction de deuil sans évidence de facteur déclenchant, recherchez d'autres facteurs susceptibles d'être uniques au patient (p. ex. mort d'un animal domestique, perte d'emploi).



Diabète

- 1 Chez un patient à risque élevé de diabète, qu'il soit symptomatique ou asymptomatique (p. ex. les patientes avec diabète gestationnel, les obèses, certains groupes ethniques et ceux qui ont des antécédents familiaux), dépistez à intervalles appropriés l'apparition d'un diabète. Utilisez les tests adéquats pour confirmer le diagnostic.
- 2 Chez un diabétique de novo ou établi, traitez et modifiez le traitement selon l'état de la maladie (p. ex. utilisez les hypoglycémifiants oraux, l'insuline, la diète et/ou les changements dans les habitudes de vie).
- 3 Renseignez le patient diabétique sur les signes et le traitement de l'hypoglycémie/hyperglycémie pendant une maladie aiguë ou un stress (c.-à-d. gastro-entérite, stress physiologique, diminution de l'ingestion).
- 4 Chez un patient dont le diabète est débalancé, utilisez des techniques éducatives efficaces pour le renseigner sur l'importance d'un contrôle optimal de la glycémie par l'observance du traitement, la modification des habitudes de vie, ainsi que le suivi et le traitement appropriés.
- 5 Chez un patient diabétique :
 - a) Recherchez les complications (p. ex. protéinurie).
 - b) Référez au besoin.
- 6 Chez un diabétique présentant une maladie aiguë, diagnostiquez la cause sous-jacente et investiguez pour éliminer la possibilité d'une acidocétose diabétique ou d'une hyperglycémie.
- 7 Chez un patient en acidocétose diabétique, initiez le traitement approprié et renseignez le patient afin de prévenir de futurs épisodes.



Diarrhée

- 1 Chez tous les patients souffrant de diarrhée :
 - a) déterminez l'état d'hydratation;
 - b) traitez adéquatement la déshydratation.
- 2 Chez les patients souffrant de diarrhée aiguë, utilisez l'anamnèse pour établir l'étiologie possible (p. ex. contacts infectieux, voyages, recours récent à des antibiotiques ou à d'autres médicaments, endroit commun où plusieurs patients malades ont mangé).
- 3 Chez les patients souffrant de diarrhée aiguë qui ont été hospitalisés ou qui ont pris récemment des médicaments, cherchez la présence de *Clostridium difficile*.
- 4 Chez les patients souffrant de diarrhée aiguë, offrez des conseils concernant le retour au travail ou à l'école (pour le risque d'infectiosité).
- 5 Poursuivez en temps opportun, votre investigation des patients âgés souffrant de diarrhée inexpliquée, car ils sont plus susceptibles de présenter une pathologie.
- 6 Chez une jeune personne souffrant de diarrhée chronique ou récurrente ne présentant aucun signe ou symptôme d'alarme, à partir des critères cliniques établis posez un diagnostic positif de syndrome du côlon irritable (ne pas investiguer à outrance).
- 7 Chez les patients souffrant de diarrhée chronique ou récurrente, cherchez des symptômes gastro-intestinaux et non gastro-intestinaux, ainsi que des signes évoquant des maladies spécifiques (p. ex. maladie intestinale inflammatoire, syndromes de malabsorption et système immunodéprimé).



Douleur abdominale

- 1 Un patient consulte pour douleur abdominale. Tout en portant une attention particulière à sa localisation et à sa chronologie :
 - a) Distinguez une douleur aiguë ou chronique.
 - b) Générez un diagnostic différentiel complet.
 - c) Procédez à l'investigation appropriée.
- 2 Un patient présente une douleur abdominale déjà diagnostiquée (p. ex. reflux gastro-œsophagien, ulcère peptique, colite ulcéreuse, maladie de Crohn), établissez le traitement spécifique à chaque pathologie (p. ex. médicaments, modifications des habitudes de vie).
- 3 Une femme consulte pour une douleur abdominale :
 - a) Si elle est en âge de procréer, éliminez toujours une grossesse.
 - b) Envisagez une étiologie gynécologique pour expliquer sa douleur abdominale.
 - c) Si approprié, procédez à un examen gynécologique.
- 4 Un patient consulte pour une douleur abdominale aiguë. Faites la différence entre un abdomen chirurgical et un abdomen non chirurgical.
- 5 Pour certains groupes de patients (p. ex. enfants, femmes enceintes, personnes âgées), incluez dans votre diagnostic différentiel les causes de douleur abdominale aiguë qui sont spécifiques à ces groupes.
- 6 Chez un patient présentant une douleur abdominale aiguë qui met sa vie en danger (p. ex. rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale ou rupture d'une grossesse ectopique) :
 - a) Reconnaissez la situation clinique potentiellement dangereuse pour le patient.
 - b) Posez le diagnostic.
 - c) Stabilisez le patient.
 - d) Référez promptement le patient pour traitement définitif.
- 7 Chez un patient dont la douleur abdominale est chronique ou récidivante :
 - a) Assurez un suivi adéquat afin de surveiller l'apparition de nouveaux signes ou symptômes.
 - b) Traitez de façon symptomatique par une médication et la modification des habitudes de vie (p. ex. pour le syndrome du côlon irritable).
 - c) Toujours envisager la possibilité d'un cancer chez un patient à risque.
- 8 Chez un patient atteint d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MICI), reconnaissez les manifestations extra-digestives (p. ex. uvéite, aphtes bucaux, arthralgies, etc.).



Douleur au cou

- 1 Chez les patients souffrant d'une douleur au cou non traumatique, faites une anamnèse précise, un examen physique et des investigations appropriées pour distinguer entre les causes graves non musculo-squelettiques (p. ex. lymphome, rupture de l'aorte), y compris les causes irradiant vers le cou (p. ex. infarctus du myocarde, méningite séreuse) et les autres causes bénignes.
- 2 Chez les patients souffrant d'une douleur au cou non traumatique, à l'aide des antécédents et de l'examen physique, faites la distinction entre une douleur attribuable à la compression d'un nerf ou de la moelle épinière et une douleur attribuable à d'autres causes mécaniques (p. ex. musculaires).
- 3 Utilisez une approche combinée (p. ex. physiothérapie, chiropratique, acupuncture, massage) pour le traitement des patients souffrant d'une douleur chronique au cou (p. ex. atteinte dégénérative d'un disque, signes neurologiques +/- subtils).
- 4 Chez les patients souffrant d'une douleur au cou à la suite d'une blessure, à l'aide des antécédents et de l'examen physique, faites la distinction entre ceux qui nécessitent un examen radiographique pour écarter une fracture et ceux qui ne nécessitent pas d'examen radiographique (p. ex. lignes directrices actuelles pour la colonne cervicale).
- 5 Lors de l'examen des radiographies du cou des patients souffrant d'une douleur traumatique au cou, assurez-vous que toutes les vertèbres sont visualisées adéquatement.



Douleur thoracique

- 1 Chez un patient qui consulte pour une douleur thoracique, procédez à une anamnèse systématique pour en arriver à un diagnostic précis (p. ex. déterminez les facteurs de risque et l'origine de la douleur; est-elle pleurétique, aiguë, sous forme de pression etc.).
- 2 Dans un contexte clinique suggérant une situation qui met en danger la vie du patient (p. ex. embolie pulmonaire, tamponnade, dissection de l'aorte, pneumothorax), débutez le traitement rapidement (avant la confirmation du diagnostic tout en poursuivant une investigation appropriée).
- 3 Éliminez toute cardiopathie ischémique.*
- 4 Si l'anamnèse de la douleur thoracique suggère une infection par le virus de l'*herpes zoster*, une hernie hiatale, un reflux gastro oesophagien, un spasme de l'oesophage, une infection, ou un ulcère peptique :
 - a) Inclure l'hypothèse dans le diagnostic différentiel.
 - b) Procédez à l'investigation et au suivi pour confirmer vos hypothèses diagnostiques.
- 5 Lorsque vous soupçonnez un diagnostic d'embolie pulmonaire :
 - a) N'éliminez pas ce diagnostic sur la base d'un test dont la sensibilité et la spécificité sont faibles.
 - b) Débutez immédiatement le traitement approprié.

***Note :** Voir les éléments clés du thème « cardiopathie ischémique ».



Dyslipidémie

- 1 Dépistez la dyslipidémie chez les patients à risque.
- 2 Chez tous les patients qui font l'objet d'une évaluation cardiovasculaire, n'oubliez pas le bilan lipidique.
- 3 En présence d'une dyslipidémie, obtenez une anamnèse détaillée, examinez et tentez d'identifier des causes modifiables (p. ex. consommation d'alcool, thyroïdopathie).
- 4 Assurez-vous que les patients atteints d'une dyslipidémie reçoivent les conseils concernant l'alimentation et les habitudes de vie. Réévaluez périodiquement la compliance aux conseils (en particulier les patients présentant un risque cardiovasculaire global léger ou modéré).
- 5 Pour le traitement, ciblez des taux de lipidémie à atteindre en vous basant sur le risque cardiovasculaire global.
- 6 Chez les patients qui reçoivent une médication hypolipémiante, réévaluez périodiquement la compliance et les effets indésirables du traitement.



Dyspepsie

- 1 Chez un patient qui consulte pour dyspepsie, vous devez inclure la maladie cardiovasculaire dans le diagnostic différentiel.
- 2 Tentez de bien différencier, par l'anamnèse et l'examen physique, les affections qui se manifestent par des symptômes de dyspepsie (p. ex. reflux gastro-œsophagien, gastrite, ulcère, cancer), puisque l'investigation et le traitement peuvent être très différents.
- 3 Chez un patient qui consulte pour dyspepsie, questionnez et examinez le patient pour identifier des signes ou des symptômes plus préoccupants (p. ex. saignement gastro-intestinal, perte de poids, dysphagie).



Dysurie

- 1 Chez un patient atteint de dysurie, utilisez les antécédents et l'analyse d'urine sur bandelette réactive pour déterminer la présence d'une infection urinaire non compliquée.
- 2 Lorsqu'un diagnostic d'infection urinaire non compliquée est posé, traitez le patient rapidement sans attendre le résultat de la culture.
- 3 Dans des cas de dysurie, pensez à des étiologies liées à une infection non urinaire (p. ex. prostatite, vaginite, maladie transmise sexuellement, irritations chimiques) et cherchez-les au besoin.
- 4 Lors de l'évaluation des patients atteints de dysurie, identifiez ceux qui présentent un risque plus élevé d'infection urinaire compliquée (p. ex. femmes enceintes, enfants, diabète, urolithiase).
- 5 Chez les patients souffrant de dysurie récurrente, cherchez une cause sous-jacente précise (p. ex. infection urinaire postcoïtale, vaginite atrophique, rétention).



Empoisonnement

- 1 Dans le cadre de soins aux enfants, informez les parents des moyens de prévention et de traitement de l'empoisonnement (p. ex. mesures de protection des enfants, numéro du Centre anti-poison).
- 2 Dans le cas d'un empoisonnement intentionnel (overdose), considérez la possibilité de l'ingestion de substances toxiques multiples.
- 3 Lors de l'évaluation d'un patient ayant fait une ingestion potentiellement toxique, explorez et vérifiez soigneusement le moment de l'ingestion et sa nature.
- 4 Lors de l'évaluation d'un patient ayant fait une ingestion potentiellement toxique, faites un examen physique ciblé à la recherche de signes de toxidromes.
- 5 Lors de l'évaluation d'un patient exposé (contact ou ingestion) à une substance, clarifiez les conséquences de l'exposition (p. ex. ne présumez pas que celle-ci est non toxique, appelez le Centre anti-poison).
- 6 Lors du traitement d'une ingestion toxique, utilisez les protocoles de contrôle anti-poison les plus récents.
- 7 Lors de la prise en charge d'une victime d'empoisonnement :
 - a) évaluez l'ABC;
 - b) gérez l'ABC;
 - c) réévaluez régulièrement l'ABC(c.-à-d. ne vous concentrez pas sur les antidotes et la décontamination en ne tenant pas compte de l'effet de l'empoisonnement sur le patient).



Enfants

- 1 Lors de l'évaluation des enfants, élaborer un diagnostic différentiel qui tient compte des problèmes médicaux courants susceptibles de se présenter spécifiquement chez les enfants (p. ex. infections urinaires, pneumonie, appendicite, dépression).
- 2 Puisque les enfants, et particulièrement les adolescents, sont généralement peu enclins à consulter pour des soins médicaux, profitez de leurs visites pour vous informer :
 - des sujets délicats (p. ex. performance scolaire, drogue, sexualité, etc.).
 - du sentiment de bien-être dans l'environnement social (p. ex. relations, contexte familial, amis).
 - des facteurs de risque modifiables (p. ex. exercice, alimentation).
 - des comportements à risque (p. ex. non-utilisation du casque de bicyclette ou de la ceinture de sécurité).
- 3 Profitez de toutes les occasions pour poser directement des questions sur les comportements à risque (p. ex. usage de drogues, sexualité, tabagisme, conduite automobile) afin de promouvoir la prévention.
- 4 Chez les adolescents, respectez le droit à la confidentialité. Lorsque approprié, encouragez les adolescents à discuter librement avec les éducateurs ou les intervenants de certains problèmes spécifiques (p. ex. grossesse, dépression et suicide, violence, abus de drogues).
- 5 Au moment d'évaluer et de traiter des enfants, utilisez un langage approprié à l'âge.
- 6 Dans l'évaluation et le traitement des enfants, obtenez et partagez l'information directement avec eux (c.-à-d. ne vous limitez pas à parler seulement aux parents).
- 7 Lorsqu'il est nécessaire de pousser plus loin l'investigation, ne la limitez pas sur l'argument que les tests puissent être désagréables pour les personnes impliquées (l'enfant, les parents ou les dispensateurs de soins de santé).



Épistaxis

- 1 Au moyen de l'anamnèse et de l'examen physique, évaluez la stabilité hémodynamique du patient ayant une épistaxis.
- 2 Lors du traitement d'un saignement de nez actif, gérez la situation en tenant compte de l'anxiété excessive du patient et de sa famille.
- 3 Chez un patient ayant un saignement de nez actif ou récent, faites une anamnèse ciblée afin d'établir les étiologies possibles (p. ex. traumatisme récent, infection des voies respiratoires supérieures récente, médicaments).
- 4 Chez un patient ayant un saignement de nez actif :
 - a) cherchez et identifiez les sites de saignements antérieurs;
 - b) arrêtez le saignement à l'aide de méthodes adéquates.
- 5 Chez un patient présentant un saignement de nez actif ou récurrent malgré les traitements, évoquez la possibilité d'un site de saignement postérieur.
- 6 Chez un patient ayant un saignement de nez, demandez des tests de laboratoire seulement pour des indications précises (p. ex. patient instable, soupçon de diathèse hémorragique, recours à des anticoagulants).
- 7 Chez un patient ayant un saignement de nez, offrez des directives de soins de suivi détaillées (p. ex comment arrêter un saignement de nez subséquent, quand revenir consulter, humidification, etc.).



Étourdissements

1. Chez les patients qui consultent pour étourdissements, éliminez les maladies cardiovasculaires, vasculaires cérébrales et autres maladies neurologiques graves (p. ex. arythmie, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques).
2. Chez les patients qui consultent pour étourdissements, obtenez une anamnèse détaillée afin de bien les distinguer d'un vertige, d'une présyncope ou d'une syncope.
3. Chez les patients qui consultent pour étourdissements, recherchez l'hypotension orthostatique.
4. Examinez minutieusement les patients qui se plaignent d'étourdissements afin d'identifier tout signe neurologique.
5. Chez les patients étourdis qui sont hypotendus, éliminez les étiologies sérieuses (p. ex. infarctus du myocarde, anévrisme de l'aorte abdominale, septicémie, saignement gastro-intestinal).
6. Chez les patients souffrant d'étourdissements chroniques qui consultent pour un changement de leurs symptômes habituels, procédez à une réévaluation systématique pour éliminer une nouvelle pathologie.
7. Chez un patient étourdi, passez en revue la pharmacothérapie (y compris les médicaments sur ordonnance et en vente libre) afin d'identifier une cause réversible de leurs étourdissements.
8. Poussez plus loin l'investigation des patients atteints d'étourdissements qui présentent :
 - des signes ou symptômes de vertige d'origine central.
 - des antécédents de traumatisme.
 - des signes, symptômes ou autres raisons (p. ex. anticoagulothérapie) qui laissent soupçonner la possibilité d'une cause sous-jacente grave.



Examen médical périodique/dépistage

- 1 Profitez des occasions opportunes pour effectuer l'examen médical périodique de manière proactive (c.-à-d. abordez le maintien de la santé même lorsque les patients consultent pour des préoccupations n'ayant aucun lien).
- 2 Adaptez l'examen médical périodique à chaque groupe de patients en fonction de leurs spécificités (c.-à-d. respectez les critères d'inclusion ou d'exclusion pour chacune des manœuvres/interventions, par exemple les critères pour la mammographie et le dosage de l'antigène prostatique spécifique [APS]).
- 3 Lorsque le patient demande à subir un test (p. ex. dosage de l'APS, mammographie) recommandé ou non :
 - a) Informez le patient des avantages et des limites du test de dépistage (c.-à-d. sensibilité et spécificité).
 - b) Donnez vos conseils au patient concernant les implications reliées à l'exécution du test.
- 4 Maintenez-vous à jour avec les nouvelles recommandations concernant l'examen médical périodique. Évaluez de façon critique leur utilité et leur application à votre pratique.



Famille

- 1 Informez-vous systématiquement de la situation familiale afin de comprendre son impact sur la maladie du patient, ainsi que l'impact de la maladie sur la famille.
- 2 Évaluer la situation familiale :
 - périodiquement.
 - lors de moments importants dans le cycle de la vie (p. ex. lorsque les enfants quittent le nid familial, après la naissance d'un bébé).
 - lorsque confronté à des problèmes qui demeurent non résolus malgré des interventions thérapeutiques appropriées (p. ex. observance médicamenteuse, fibromyalgie, hypertension).



Fatigue

- 1 Chez tous les patients qui se plaignent de fatigue, incluez la dépression dans votre diagnostic différentiel.
- 2 Chez tous les patients qui se plaignent de fatigue, informez-vous des autres symptômes dans le but d'éliminer des causes médicales sous-jacentes.
- 3 Tentez d'exclure les effets indésirables des médicaments comme cause de fatigue chez tous les patients.
- 4 Éviter d'investiguer précocement et systématiquement les patients qui se plaignent de fatigue, sauf en présence d'indications spécifiques justifiant de telles investigations.
- 5 Devant un patient qui se plaint de fatigue et chez qui on a éliminé les autres troubles sous-jacents, tentez avec le patient d'établir des liens entre sa fatigue et les circonstances de sa vie.
- 6 Chez les patients dont la fatigue est devenue chronique, accordez-leur votre soutien, tout en demeurant vigilant et à l'affût des nouvelles affections ou maladies.



Fibrillation auriculaire

- 1 Chez un patient qui manifeste une fibrillation auriculaire d'apparition récente, recherchez une cause sous-jacente (p. ex. maladie ischémique, infarctus aigu du myocarde, insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, embolie pulmonaire, hyperthyroïdie, alcool, etc.)
- 2 Chez un patient qui présente une fibrillation auriculaire :
 - a) Recherchez une instabilité hémodynamique.
 - b) Intervenez rapidement et de manière appropriée afin de stabiliser l'état du patient.
- 3 Chez une personne qui présente une fibrillation auriculaire chronique ou paroxystique :
 - a) explorez le besoin d'une anticoagulation fondée sur le risque d'accident vasculaire cérébral;
 - b) réévaluez périodiquement le besoin d'anticoagulation.
- 4 Chez un patient souffrant de fibrillation auriculaire, quand la décision de recourir à l'anticoagulation a été prise, commencez la thérapie appropriée et l'éducation, en élaborant un plan de suivi détaillé.
- 5 Chez un patient stable souffrant de fibrillation auriculaire, identifiez le besoin du contrôle de la fréquence cardiaque.
- 6 Chez un patient stable souffrant de fibrillation auriculaire, prenez des dispositions pour la correction du rythme lorsque nécessaire.



Fièvre

- 1 Chez les nourrissons âgés de 0 à 3 mois qui sont fébriles :
 - a) Reconnaissez le risque de bactériémie occulte.
 - b) Investiguez minutieusement l'enfant (p. ex. hémocultures, analyse d'urine, ponction lombaire +/- radiographie pulmonaire).
- 2 NE prescrivez PAS d'antibiotiques à un patient fébrile atteint d'une infection virale.
- 3 Lorsqu'un patient fébrile nécessite une antibiothérapie, prescrivez le(s) antibiotique(s) approprié(s), en fonction du germe pathogène probablement responsable et du profil local d'antibiorésistance.
- 4 Investiguez de façon appropriée les patients présentant une fièvre d'origine indéterminée (p. ex. hémocultures, échocardiographie, scintigraphies osseuses).
- 5 Chez un patient fébrile, incluez dans vos hypothèses diagnostiques les causes infectieuses potentiellement mortelles (p. ex. endocardite, méningite).
- 6 Chez un patient fébrile, prenez en considération les causes d'hyperthermie qui ne sont pas infectieuses (p. ex. coup de chaleur, réaction médicamenteuse, syndrome neuroleptique malin).
- 7 Traitez immédiatement et agressivement, avant même de confirmer le diagnostic, les patients dont la fièvre est attribuable à une cause grave, que celle-ci soit infectieuse (p. ex. neutropénie fébrile, choc septique, méningite) ou non infectieuse (p. ex. coup de chaleur, réaction médicamenteuse, syndrome neuroleptique malin).
- 8 Chez une personne âgée, n'oubliez pas l'absence de corrélation entre la fièvre et la présence et la gravité de la pathologie.



Fractures

- 1 Devant un polytraumatisé, stabilisez d'abord le patient (p. ex. voies respiratoires, ventilation, circulation et blessures qui mettent la vie en danger) avant de vous occuper des fractures.
- 2 Lorsque vous examinez un patient avec une fracture, évaluez l'état neuro-vasculaire. Examinez les articulations au-dessus et au-dessous de la blessure.
- 3 Chez les patients où vos soupçons de fracture sont susceptibles de donner des résultats radiologiques normaux (p. ex. fractures du scaphoïde dans les blessures du poignet, fracture du coude, fracture de la plaque de croissance chez l'enfant, fractures de stress), traitez en fonction de vos suspicions cliniques, même si les radiographies sont normales.
- 4 Dans l'évaluation des personnes âgées qui présentent un changement aigu de leur mobilité (c.-à-d. celles qui ne peuvent plus marcher) et dont le résultat des radiographies est normal (c.-à-d. pas d'évidence de fracture), poussez plus loin l'investigation avant d'exclure une fracture (p. ex. scintigraphie osseuse, tomодensitométrie).
- 5 Identifiez et traitez adéquatement les fractures qui nécessitent une immobilisation et/ou une réduction urgente.
- 6 Lorsque vous soupçonnez une fracture, procurez une analgésie rapide (c.-à-d. avant les radiographies) et adéquate (p. ex. narcotiques).
- 7 Chez les patients victimes d'une fracture, recherchez et diagnostiquez les complications possibles (p. ex. fracture ouverte, instabilité de la colonne cervicale, syndrome du compartiment).
- 8 Utilisez les algorithmes décisionnels (p. ex. critères d'Ottawa pour la cheville, critères pour la colonne cervicale ou pour les genoux) afin de vous guider dans la prescription des radiographies.

Note : Ce thème n'inclut pas les habiletés techniques comme la pose d'un plâtre, la réduction des luxations, etc. (Quant aux fractures de la colonne vertébrale et crâniennes, elles pourront être couvertes ultérieurement.)



Grossesse

- 1 Chez la patiente qui veut devenir enceinte :
 - a) Identifiez les facteurs de risque de complications.
 - b) Recommandez les changements appropriés (p. ex. prise d'acide folique, cessation du tabagisme, changements dans la médication).
- 2 Chez une femme ou un homme actif sexuellement, profitez des rencontres médicales pour renseigner sur la fertilité, les moyens de contraception, le risque de grossesse.
- 3 S'informer chez la patiente enceinte si la grossesse est planifiée et désirée.
- 4 Chez une patiente enceinte et qui consulte pour sa première visite de grossesse :
 - a) Évaluez les facteurs de risque maternels (médicaux et sociaux).
 - b) Déterminer la date prévue de l'accouchement.
 - c) Informez la patiente du suivi médical.
- 5 Chez les femmes enceintes :
 - a) Identifiez celles qui sont à risque élevé (p. ex. adolescentes, victimes de violence familiale, famille monoparentale, consommation de drogues, milieu de vie défavorisé).
 - b) Référez les patientes à risque élevée aux ressources appropriées au cours de la grossesse et en post-partum
- 6 Chez les patientes à risque élevé (p. ex. femme infectée par le virus de l'immunodéficience humaine, utilisatrices de drogues intraveineuses, femmes diabétiques ou épileptiques), adaptez convenablement les soins et le suivi.
- 7 Chez les femmes enceintes qui présentent une complication prénatale (p. ex. rupture prématurée des membranes, hypertension, saignement) :
 - a) Établissez le diagnostic.
 - b) Initiez le traitement adéquat.
- 8 Chez une parturiente qui présente une dystocie (dilatation prolongée, absence de descente) :
 - a) Diagnostiquez le problème.
 - b) Intervenez de façon appropriée.
- 9 Chez une patiente qui, pendant le travail, présente des complications (p. ex. décollement prématuré du placenta, rupture utérine, dystocie de l'épaule, tracé de monitoring fœtal non rassurant) :
 - a) Diagnostiquez la complication.
 - b) Intervenez de façon appropriée.
- 10 Chez une patiente qui présente d'une complication du postpartum (p. ex. saignement immédiat ou tardif, infection) :
 - a) Diagnostiquez le problème (p. ex. rétention placentaire non reconnue, endométrite, lacération du col).
 - b) Intervenez de façon appropriée.
- 11 Identifiez la dépression postpartum en recherchant les facteurs de risque, en surveillant les patientes à risque et en distinguant la dépression postpartum des « blues du post partum ».
- 12 Chez les femmes qui allaitent au sein, dépistez et diagnostiquez les cas d'allaitement dysfonctionnel (p. ex. saisie inadéquate du mamelon, production insuffisante, évacuation inadéquate du lait).



Habitudes de vie

- 1 Demandez aux patients quels sont les comportements qui, s'ils étaient modifiés, pourraient améliorer leur santé (p. ex. alimentation, exercice, consommation d'alcool, utilisation de substances, sexualité, prévention des blessures [p. ex. ceintures de sécurité et casques protecteurs]).
- 2 Avant de faire des recommandations concernant la modification des habitudes de vie, explorez dans quelle mesure le patient est prêt à les changer. Adaptez vos conseils en conséquence.
- 3 Explorez le contexte de la personne (p. ex. pauvreté) avant de faire des recommandations concernant la modification de ses habitudes de vie (p. ex. choix d'une saine alimentation, suggestions d'exercices) de façon à éviter de faire des recommandations incompatibles avec le contexte du patient.
- 4 Passez périodiquement en revue les comportements en sachant que ceux-ci peuvent changer.
- 5 Réitérez vos conseils concernant la modification des habitudes de vie, que les patients aient ou non modifié leurs comportements.



Hépatite

- 1 Chez un patient qui présente des symptômes d'hépatite ou des résultats de tests de la fonction hépatique anormaux, faites une anamnèse ciblée afin d'établir l'étiologie (p. ex. nouveaux médicaments, exposition à du sang ou à des liquides corporels, hépatite virale).
- 2 Chez un patient dont les résultats des tests des enzymes hépatiques sont anormaux, interprétez les résultats afin de distinguer entre les causes obstructives et les causes hépatocellulaires de l'hépatite, car l'investigation subséquente est différente.
- 3 Chez un patient chez qui des signes d'obstruction ont été décelés :
 - a) Faites passer rapidement une épreuve d'imagerie;
 - b) Assurez une prise en charge plus approfondie dans un délai opportun.
- 4 Chez un patient chez qui l'hépatite B ou l'hépatite C a été diagnostiquée :
 - a) évaluez son infectiosité;
 - b) déterminez son statut par rapport au virus de l'immunodéficience humaine.
- 5 Chez les patients dont le résultat du dépistage d'anticorps de l'hépatite C est positif, identifiez ceux qui souffrent d'une infection chronique par l'hépatite C, car ils sont plus à risque de souffrir de cirrhose et de cancer hépatocellulaire.
- 6 Dirigez les patients atteints d'une hépatite C chronique vers une évaluation plus poussée et un traitement éventuel.
- 7 Chez les patients qui sont à risque d'être exposés à l'hépatite B ou C :
 - a) donnez des conseils concernant des stratégies de diminution des effets nuisibles et du risque d'attraper d'autres maladies transmises par le sang;
 - b) donnez les vaccins appropriés.
- 8 Offrez une prophylaxie post-exposition aux patients qui sont exposés ou qui pourraient être exposés à l'hépatite A ou B.
- 9 Recherchez périodiquement la présence de complications (p. ex. cirrhose, cancer hépatocellulaire) chez les patients atteints d'hépatite virale chronique, surtout d'une infection par l'hépatite C.



Hypertension

- 1 Dépistez l'hypertension.
- 2 Mesurez la tension artérielle en utilisant l'équipement adéquat. Utilisez une technique et l'équipement adéquats pour mesurer la tension artérielle (TA) et la technique appropriée.
- 3 Posez le diagnostic d'hypertension seulement après des lectures répétées de la TA (c.-à-d. à différents moments lors de visites différentes).
- 4 Chez les patients dont le diagnostic d'hypertension est établi, réévaluez périodiquement le risque cardiovasculaire et l'atteinte des organes cibles :
 - a) Obtenez une anamnèse détaillée.
 - b) Effectuez un examen physique approprié.
 - c) Prescrivez les examens de laboratoire appropriés.
- 5 Chez les hypertendus à risque (p. ex. jeunes patients nécessitant de multiples médicaments, patients qui ont un souffle abdominal, les patients qui présentent une hypokaliémie en l'absence de diurétiques) :
 - a) Soupçonnez une hypertension secondaire.
 - b) Investiguez-les de façon appropriée.
- 6 Chez les hypertendus, individualisez vos conseils concernant la modification des habitudes de vie (p. ex. perte de poids, exercice, limiter la consommation d'alcool, habitudes alimentaires).
- 7 Lorsque le diagnostic d'hypertension est posé, traitez-la en utilisant la pharmacothérapie appropriée (p. ex. en tenant compte de l'âge du patient, des autres troubles concomitants et des autres facteurs de risque cardiovasculaire).
- 8 Devant un patient qui présente les signes et symptômes d'une poussée ou d'une crise hypertensive, posez le diagnostic et traitez promptement.
- 9 Chez tous les hypertendus, évaluez, lors des visites de suivi, la réponse au traitement, la compliance médicamenteuse et les effets indésirables.



Immigrants

- 1 Dans le cadre de l'examen médical périodique des nouveaux immigrants :
 - a) Évaluez l'état de la vaccination (il est possible qu'il ne soit pas à jour).
 - b) Offrez les vaccins nécessaires.
- 2 Dans le cadre des soins offerts aux immigrants, modifiez votre approche (lorsque possible) pour vous adapter à leur contexte culturel (p. ex. histoire fournie seulement par le mari, peut refuser l'examen par un médecin de sexe masculin, obstacle linguistique).
- 3 Lorsque confronté à une barrière linguistique, efforcez-vous d'obtenir l'anamnèse à l'aide d'un interprète médical tout en reconnaissant les limites de tous les interprètes (p. ex. mentalités différentes, connaissances médicales sommaires, quelque chose à cacher).
- 4 Dans la continuité des soins offerts aux immigrants (particulièrement à ceux qui semblent s'adapter difficilement :
 - a) Recherchez une dépression (parce qu'ils sont à risque élevé et vivent fréquemment l'isolement).
 - b) Recherchez des antécédents de violence ou de torture.
 - c) Évaluez la disponibilité des réseaux de soutien (p. ex. famille, organismes communautaires).
- 5 Chez les immigrants qui consultent pour une nouvelle affection ou une affection qui se poursuit, tenez compte dans votre diagnostic différentiel des maladies infectieuses acquises avant l'immigration (p. ex. malaria, maladie parasitaire, tuberculose).
- 6 Dans la continuité des soins offerts à tous les immigrants, informez-vous de l'utilisation de pratique et/ou de médicaments non conventionnels ou le recours à des praticiens particuliers (p. ex. produits « naturels », plantes médicinales, guérisseurs spirituels, médications provenant de divers pays, moxibustion).



Immunisation

- 1 Ne retardez pas indûment les immunisations (p. ex. vaccinez un enfant même si le nez coule).
- 2 Devant des parents qui hésitent à faire vacciner leurs enfants, explorez les raisons et offrez-leur vos conseils concernant les risques que comporte la décision de ne pas faire vacciner systématiquement leurs enfants.
- 3 Identifiez les patients qui nécessitent spécifiquement une immunisation (p. ex. non seulement les personnes âgées et les enfants, mais également les immunosupprimés, les voyageurs, les patients atteints d'anémie falciforme, ainsi que les personnes à risque de pneumonie, d'hépatite A ou B). Offrez-leur les vaccins.
- 4 Conservez au dossier médical les immunisations que vous donnez à vos patients.
- 5 Lorsque vous soupçonnez une maladie infectieuse, évaluez le statut de l'immunisation, puisque le diagnostic différentiel et le traitement sont parfois différents chez les personnes non vaccinées.
- 6 Lorsque vous soupçonnez une maladie infectieuse, ne présumez pas que le fait d'avoir été vacciné protège contre la maladie (p. ex. coqueluche, rubéole, maladies acquises lors de voyages).



Incapacité

- 1 Déterminez dans quelle mesure la déficience (p. ex. sociale, physique, émotionnelle) entraîne une incapacité pour le patient.
- 2 Chez les personnes âgées, dépistez les risques de perte d'autonomie (chutes, atteinte cognitive, immobilisation, baisse de la vision) sur une base continue.
- 3 Chez les patients atteints de problèmes physiques chroniques (p. ex. arthrose, sclérose en plaques) ou de problèmes mentaux (p. ex. dépression), recherchez et diagnostiquez les incapacités.
- 4 Chez un patient en perte d'autonomie, évaluez les impacts dans toutes les sphères fonctionnelles (émotionnelle, physique, sociale, y compris les finances, l'emploi et la famille).
- 5 Lorsque les patients vivent des incapacités, adoptez une approche globale (p. ex. orthèses, modification des habitudes de vie, temps libre, ressource communautaire) afin de minimiser l'impact de l'incapacité et de prévenir une détérioration fonctionnelle plus importante.
- 6 Chez les patients à risque d'incapacité (p. ex. les travailleurs manuels, les personnes âgées, les personnes atteintes de troubles mentaux), recommandez des stratégies de prévention primaire (p. ex. exercices, appareils orthopédiques, counselling, modification du travail).
- 7 Ne limitez pas le traitement des affections incapacitantes à un congé de maladie (c.-à-d. que l'autorisation d'un congé ne représente qu'une partie du plan).



Infections

- 1 Chez un patient chez qui on soupçonne une infection:
 - a) déterminez les outils, techniques et protocoles adéquats pour les cultures (p. ex. écouvillons, méthode de culture et de transport);
 - b) faites une culture lorsque nécessaire (p. ex. directives pour frottis de gorge et mal de gorge).
- 2 Au moment de choisir de traiter une infection avec un antibiotique, procédez :
 - a) de façon judicieuse (p. ex. traitement retardé dans les cas d'otite moyenne associée à une maladie comorbide dans la bronchite aiguë);
 - b) rationnellement (p. ex. coût, directives, comorbidité, profils de résistance locale).
- 3 Traitez les infections de manière empirique lorsque indiqué (p. ex. septicémie menaçante pour la vie sans rapport de culture ou de diagnostics confirmé, candidose vaginale post-traitement antibiotique).
- 4 Considérez l'infection comme une cause possible d'un problème mal défini chez un patient (p. ex. confusion chez une personne âgée, retard de développement, douleur inexpliquée [fasciite nécrosante, douleur abdominale chez les enfants atteints de pneumonie]).
- 5 Quand un patient revient vous voir après un diagnostic original de simple infection et que son état se détériore ou qu'il ne réagit pas au traitement, recherchez des infections plus complexes (c.-à-d. quand un patient revient en disant qu'il ne va pas mieux, ne présumez pas que l'infection met seulement du temps à disparaître).
- 6 Au moment de traiter des infections à l'aide d'antibiotiques, choisissez d'autres thérapies lorsque indiqué (p. ex. réanimation liquidienne énergique dans les cas de choc septique, incision et drainage d'abcès, soulagement de la douleur.)



Infections des voies respiratoires supérieures

- 1 Après une anamnèse et un examen physique détaillé :
 - a) Distinguez les situations où la vie est en danger (p. ex. épiglottite, abcès rétropharyngé) des affections bénignes.
 - b) Assurez la prise en charge appropriée.
- 2 Posez le diagnostic d'une sinusite bactérienne après une anamnèse et un examen physique détaillé. Prescrivez l'antibiothérapie appropriée (antibiotique de première ligne, posologie adaptée).
- 3 En présence de symptômes des voies respiratoires supérieures :
 - a) Différenciez une infection virale d'une infection bactérienne (par l'anamnèse et l'examen physique).
 - b) Posez le diagnostic d'une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) d'origine virale (par l'anamnèse et l'examen physique).
 - c) Instaurez le traitement approprié (p. ex. ne prescrivez pas d'antibiotiques à moins d'une indication claire).
- 4 Devant une histoire compatible avec une otite moyenne, différenciez-la d'une otite externe et d'une mastoïdite en vous basant sur les signes physiques caractéristiques.
- 5 Chez les patients à haut risque (p. ex. ceux qui sont infectés par le virus de l'immunodéficience humaine, ceux qui souffrent de maladie pulmonaire obstructive chronique, ou de cancer) qui présentent une IVRS, recherchez activement les complications et offrez un suivi plus serré.
- 6 En présence d'une pharyngite, recherchez une mononucléose.
- 7 Dans les groupes à haut risque :
 - a) Adoptez des mesures préventives (p. ex. vaccins contre l'influenza et le pneumocoque).
 - b) Traitez précocement afin de diminuer l'impact de la maladie sur les individus et la population (p. ex. avec phosphate d'oseltamivir [Tamiflu], amantadine).



Infections transmises sexuellement

- 1 Chez un patient qui deviendra ou qui est actif sexuellement, profitez de toutes les occasions pour offrir vos conseils concernant la prévention, le dépistage et les complications des infections transmises sexuellement (ITS).
- 2 Chez un patient dont les symptômes sont atypiques ou non spécifiques d'une ITS (p. ex. dysurie, infections vaginales récidivantes) :
 - a) Incluez les ITS dans votre diagnostic différentiel.
 - b) Investiguez de façon appropriée.
- 3 Chez les patients à haut risque asymptomatiques, procédez au dépistage et conseillez-les sur les mesures préventives.
- 4 Chez les patients à haut risque symptomatiques d'une ITS, traitez-les avant d'obtenir la confirmation des résultats par le laboratoire.
- 5 Chez un patient qui demande des tests de dépistage pour les ITS :
 - a) Identifiez la (les) raisons(s) de cette demande.
 - b) Évaluez les risques du patient.
 - c) Offrez un counselling approprié au risque (c.-à-d. risque d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], absence de risque d'infection par le VIH).
- 6 Après confirmation d'une ITS, débutez :
 - le traitement du (des) partenaire(s).
 - la recherche des contacts avec l'aide d'organisme communautaire ou de la santé publique.
- 7 Utilisez les techniques appropriées pour effectuer les prélèvements.
- 8 Devant un tableau clinique fortement suspect d'une ITS malgré un résultat de test négatif, n'excluez pas le diagnostic d'une ITS (c.-à-d. de sensibilité, de spécificité ou autres limitations des tests).



Infection urinaire

- 1 Obtenez une anamnèse détaillée et les tests de laboratoire requis afin d'exclure toute complication sérieuse résultant d'une infection urinaire (p. ex. septicémie, pyélonéphrite, calculs enclavés infectés).
- 2 Investiguez de façon appropriée toute infection urinaire chez les garçons, ainsi que les infections récidivantes chez les jeunes filles (p. ex. échographie).
- 3 Lorsque vous posez un diagnostic d'infection urinaire, recherchez et identifiez à l'histoire les facteurs de risque importants (p. ex. grossesse, patient immunosupprimé, nouveau-né, diabétique, jeune homme ou homme âgé avec hypertrophie de la prostate).
- 4 Chez un patient atteint d'infection urinaire, modifiez le choix et la durée du traitement en fonction des facteurs de risque (p. ex. grossesse, patient immunosupprimé, diabète, jeune homme ou hypertrophie de la prostate), Dans certains cas (p. ex. grossesse, septicémie, pyélonéphrite), débutez le traitement avant de recevoir les résultats de la culture.
- 5 Devant une histoire non spécifique (p. ex. douleur abdominale, fièvre, délirium) chez une personne âgée ou chez l'enfant, soupçonnez une infection urinaire et procédez à l'investigation appropriée.
- 6 Lorsqu'un patient consulte pour une dysurie, excluez les autres causes (p. ex. infection transmise sexuellement, vaginite, lithiase, cystite interstitielle, prostatite) en obtenant une anamnèse, un examen physique et une investigation appropriée avant de poser un diagnostic d'infection urinaire.



Infertilité

- 1 Lorsqu'une patiente consulte pour difficulté à devenir enceinte :
 - a) Obtenez une anamnèse détaillée (p. ex. essaie depuis combien de temps, évaluez l'histoire des menstruations, déterminez la fréquence et le moment des relations sexuelles) avant de rassurer ou de pousser plus loin l'investigation.
 - b) Débuter l'investigation au moment approprié (p. ex. après un ou deux ans d'essais; en général, n'investiguez pas trop tôt une infertilité).
- 2 Chez les femmes préoccupées par leur fertilité, donnez des conseils sur le cycle menstruel, les signes d'ovulation et la fertilité.
- 3 Les couples plus âgés préoccupés par leur fertilité, référez-les plus rapidement pour investigation et traitement, puisque leur probabilité d'infertilité est plus élevée.
- 4 Lorsque vous choisissez d'investiguer une infertilité primaire ou secondaire, assurez-vous d'évaluer les deux partenaires.
- 5 Chez les couples probablement infertiles, discutez de l'adoption au moment opportun. (Souvenez-vous que le processus d'adoption est souvent très long.)
- 6 Dans l'évaluation des femmes qui consultent pour infertilité ou anomalies menstruelles, recherchez les signes et symptômes spécifiques de certaines affections (p. ex. syndrome des ovaires polykystiques, hyperprolactinémie, dysthyroïdie) afin de mieux orienter l'investigation (p. ex. prolactine, TSH, et dosage de la progestérone pendant la phase lutéale).



Insomnie

- 1 Chez les patients qui consultent pour des problèmes de sommeil, obtenez une anamnèse détaillée afin de :
 - distinguer l'insomnie des autres troubles reliés au sommeil qui nécessitent un traitement plus spécifique (p. ex. apnée du sommeil, trouble du sommeil NON-REM, syndrome des jambes sans repos, somnambulisme ou parler pendant le sommeil).
 - évaluer la prise de médicaments (sur ordonnance et en vente libre), de caféine, d'alcool et de drogues.
 - poser un diagnostic psychiatrique s'il y a lieu.
- 2 Lorsque vous évaluez des problèmes de sommeil, obtenez, si possible, la version du partenaire de lit.
- 3 Chez tous les insomniaques, donnez vos conseils sur l'hygiène du sommeil (p. ex. limiter la caféine, limiter les siestes diurnes, utiliser la chambre à coucher exclusivement pour le sommeil et les activités sexuelles, utiliser un réveille-matin pour se lever à la même heure chaque jour).
- 4 Chez les patients souffrant d'insomnie, utilisez judicieusement des hypnotiques (p. ex. prescrivez-les si l'insomnie entraîne d'importantes conséquences sur l'autonomie fonctionnelle, ne les prescrivez pas sans indication claire).



Lacérations

- 1 Dans votre prise en charge des lacérations, identifiez celles qui sont plus compliquées et qui nécessitent des habiletés spéciales pour les réparer (p. ex. déchirure périnéale du deuxième ou du troisième degré, lacérations de la lèvre ou des paupières impliquant des rebords, lacérations artérielles).
- 2 Dans votre prise en charge d'une lacération, recherchez les complications (p. ex. lacérations des fléchisseurs, fractures ouvertes, morsures aux mains ou au visage, blessures neurovasculaires, corps étranger) nécessitant davantage qu'une simple suture.
- 3 Devant une lacération profonde ou contaminée, nettoyez complètement en irriguant copieusement et, avant de refermer, débridez au besoin.
- 4 Identifiez les plaies à risque élevé d'infection (p. ex. plaies punctiformes, certaines morsures, certaines plaies contaminées); ne les refermez pas.
- 5 Lorsque vous réparez des lacérations chez les enfants, procurez une analgésie adéquate (p. ex. anesthésie topique) et/ou une sédation (p. ex. sédation procédurale) afin d'éviter les moyens de contention.
- 6 Lorsque vous réparez une lacération, allouez et prenez suffisamment de temps afin d'utiliser des techniques permettant d'obtenir de bons résultats esthétiques (p. ex. fermeture en plusieurs plans par plans superposés, révision si nécessaire, utilisation d'une anesthésie régionale plutôt que locale).
- 7 Lorsque vous traitez un patient pour lacération :
 - a) Informez-vous de l'état de l'immunisation contre le tétanos.
 - b) Immunisez le patient de façon appropriée.



Lombalgie

- 1 Chez le patient qui consulte pour une lombalgie :
 - a) Éliminez les causes graves (p. ex. syndrome de la queue de cheval, pyélonéphrite, rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale, cancer) en obtenant une anamnèse et un examen physique appropriés.
 - b) En présence d'une douleur musculo-squelettique, procédez à l'anamnèse et à l'examen physique afin d'établir le diagnostic (et non un diagnostic d'exclusion).
- 2 Chez le patient atteint d'une lombalgie mécanique :
 - a) Ne surinvestiguez pas pendant la phase aiguë.
 - b) Dans vos conseils au patient, mentionnez que :
 - les symptômes peuvent évoluer et que vous assurerez un suivi.
 - le pronostic est favorable (c.-à-d. que la très grande majorité des cas iront mieux).
- 3 Chez un patient atteint d'une lombalgie mécanique, qu'elle soit aiguë ou chronique, offrez une analgésie appropriée et ajustez la posologie en fonction de la douleur du patient.
- 4 Conseillez au patient souffrant de lombalgie mécanique de consulter s'il développe de nouveaux symptômes ou des symptômes neurologiques.
- 5 Avec tous les patients souffrant de lombalgie mécanique, discutez des exercices et des stratégies afin de prévenir les récives.



Maladie chronique

- 1 Chez un patient atteint d'une maladie chronique qui consulte pour des symptômes aigus, diagnostiquez :
 - les complications aiguës d'une maladie chronique (p. ex. acidocétose diabétique).
 - les exacerbations aiguës de la maladie (p. ex. exacerbation d'asthme, d'arthrite).
 - une nouvelle affection, sans lien avec la maladie chronique.
- 2 Réévaluez régulièrement la compliance au plan de traitement (y compris les médicaments).
- 3 Chez les patients atteints de maladie chronique :
 - a) Informez-vous de la présence de douleur.
 - b) Traitez de façon appropriée en :
 - ajustant la médication en fonction de l'intensité de la douleur.
 - tenant compte des autres traitements et affections (p. ex. surveillance des interactions).
 - tenant compte du traitement non pharmacologique et des autres thérapies adjuvantes.
- 4 Chez les patients atteints de maladie chronique, informez-vous activement :
 - de l'impact psychologique du diagnostic et du traitement.
 - des répercussions au niveau de l'autonomie fonctionnelle.
 - de la possibilité d'une dépression sous-jacente ou du risque suicidaire.
 - d'un abus de substances sous-jacent.
- 5 Chez un patient non compliant à son traitement, explorez-en les raisons. Tentez d'améliorer la compliance au plan de traitement.



Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

- 1 Chez tous les patients qui consultent pour des symptômes de toux prolongée ou récidivante, de dyspnée, de diminution de la tolérance à l'effort, et particulièrement chez les fumeurs, soupçonnez un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
- 2 Lorsque vous soupçonnez un diagnostic de MPOC, tentez de le confirmer par la spirométrie (p. ex. VEMS).
- 3 Chez les patients atteints de MPOC, répétez périodiquement les tests de fonctions pulmonaires pour mieux documenter la progression de la maladie.
- 4 Encouragez vivement l'arrêt du tabagisme chez tous les patients atteints de MPOC.*
- 5 Offrez les vaccins appropriés aux patients atteints de MPOC (p. ex. vaccin contre l'influenza, contre le pneumocoque).
- 6 Chez un patient atteint de MPOC apparemment stable, offrez les médicaments appropriés par inhalation (p. ex. anticholinergiques/bronchodilatateurs lorsque l'affection est réversible, essai de stéroïdes).
- 7 Référez au besoin, les patients atteints de MPOC aux autres professionnels de la santé (p. ex. inhalothérapeute, personnel de réadaptation pulmonaire) pour améliorer la qualité de vie.
- 8 Lorsque vous traitez des patients qui présentent des exacerbations aiguës de leur MPOC, éliminez les comorbidités (p. ex. infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, infections systémiques, anémie).
- 9 Chez les patients atteints de MPOC terminale, particulièrement ceux qui sont présentement stables, discutez, documentez et réévaluez périodiquement leurs souhaits concernant le niveau de soin ou l'intensité des interventions thérapeutiques.

Note : voir les éléments clés du thème « cessation du tabagisme ».



Masse au sein

- 1 Lorsqu'une femme vous consulte et s'inquiète des maladies du sein :
 - a) Identifiez les patientes à haut risque en évaluant les facteurs de risque modifiables et non modifiables.
 - b) Donnez-lui vos conseils concernant le dépistage (mammographie, auto-examen des seins) et ses limites.
 - c) Donnez-lui vos conseils concernant son implication dans la prévention ou la détection des pathologies du sein (auto-examen des seins, changements des habitudes de vie).
- 2 Chez une femme qui consulte pour une masse au sein (c.-à-d. caractéristiques cliniques) :
 - a) Utilisez l'anamnèse, les caractéristiques de la masse et l'âge de la patiente pour déterminer dans quelle mesure il est indiqué d'entreprendre rapidement une investigation ou d'attendre en suivant l'évolution.
 - b) Tout au long de l'investigation, assurez un soutien adéquat à la patiente porteuse d'une masse en offrant la disponibilité d'une personne-ressource.
 - c) Utilisez les outils diagnostiques (p. ex. aspiration à l'aiguille, imagerie, biopsie, consultation) de façon appropriée (c.-à-d. évitez la surinvestigation ou la sous-investigation) pour la prise en charge d'une masse au sein.
- 3 Chez une femme qui consulte pour une tumeur maligne du sein et qui en connaît le diagnostic :
 - a) Reconnaissez et prenez en charge les complications immédiates et à long terme du cancer du sein.
 - b) Dans le suivi d'une patiente atteinte d'un cancer du sein, dépistez et diagnostiquez l'envahissement métastatique par une anamnèse et une investigation appropriées.
 - c) Référez de façon appropriée (en assurant un lien) la patiente vers les ressources communautaires qui sont en mesure d'assurer un soutien adéquat (soutien psychosocial).



Mauvaises nouvelles

- 1 Avant d'annoncer une mauvaise nouvelle, assurez-vous que le contexte est approprié. Garantisiez au patient le droit à la confidentialité.
- 2 Annoncez les mauvaises nouvelles :
 - de manière empathique et compatissante.
 - en allouant suffisamment de temps.
 - en offrant un service de traduction, si nécessaire.
- 3 Obtenez le consentement du patient avant d'impliquer la famille.
- 4 Après avoir annoncé de mauvaises nouvelles, organisez un suivi pour en évaluer l'impact et le niveau de compréhension.



Médecine des voyages

- 1 Assurez-vous que les voyageurs reçoivent des conseils à jour, opportuns et spécifiques à leur itinéraire (p. ex. clinique de voyage, site Web de voyage).
- 2 Lorsque vous voyez des patients qui planifient un voyage, discutez des dangers courants, non infectieux liés aux voyages (p. ex. accidents, rapports sexuels non protégés, alcool, voyage sécuritaire pour les femmes).
- 3 Chez les patients qui présentent des symptômes d'infection sans cause évidente, surtout ceux qui ont de la fièvre, informez-vous au sujet des voyages récents afin de déterminer les sources possibles d'infection (surtout, mais pas exclusivement, le paludisme).
- 4 Offrez des conseils de prévention et de traitement et prescrivez des médicaments contre certains problèmes couramment associés aux voyages (p. ex. diarrhée du voyageur, mal de l'altitude).
- 5 Assurez-vous que les patients comprennent comment prendre en charge leur maladie chronique pendant leur voyage (p. ex. diabète, asthme, rapport international normalisé [RIN]).
- 6 Profitez des visites du patient qui vous consulte pour des conseils de voyage pour mettre à jour sa vaccination de routine.
- 7 Recommandez aux patients de vérifier leur couverture d'assurance, surtout en ce qui concerne les changements récents liés à une maladie chronique et à tout changement de traitement récent.
- 8 Conseillez aux patients qui emportent des médicaments en voyage de s'assurer d'en avoir suffisamment, d'avoir la documentation concernant leur utilisation et de les transporter en toute sécurité (p. ex. bagages de cabine).



Méningite

- 1 Chez un patient présentant une maladie fébrile non spécifique, recherchez des signes de méningite, en particulier chez un patient chez qui le risque de cette maladie est élevé (p. ex. personnes immunodéprimées, alcoolisme, neurochirurgie récente, blessure à la tête, chirurgie abdominale récente, nouveau-nés, groupes autochtones, étudiants vivant en résidence.)
- 2 Si vous soupçonnez la présence d'une méningite, assurez-vous qu'une ponction lombaire est effectuée en temps opportun.
- 3 Dans le cadre de la différenciation entre une méningite virale et une méningite bactérienne, interprétez les données à la lumière d'une antibiothérapie récente.
- 4 Pour une méningite bactérienne soupçonnée, commencez un traitement antibiotique IV empirique d'urgence (c.-à-d. avant même que les investigations soient terminées).
- 5 Communiquez avec les services de santé publique afin d'assurer une prophylaxie appropriée pour la famille, les amis et les autres contacts de chacune des personnes atteintes de méningite.



Ménopause

- 1 Recherchez les symptômes de ménopause (p. ex. bouffées de chaleur, changements de la libido, sécheresse vaginale, incontinence urinaire ou changements psychologiques).
- 2 Lorsqu'une patiente présente les symptômes typiques de la ménopause, posez le diagnostic sans prescrire de tests. (Ce diagnostic est clinique et les tests ne sont pas nécessaires.)
- 3 Lorsqu'une patiente présente des symptômes atypiques de ménopause (p. ex. perte de poids, sang dans les selles), éliminez, toute autre pathologie grave par une bonne anamnèse et l'utilisation des tests, au besoin.
- 4 Chez une patiente qui présente des symptômes de ménopause mais chez qui les résultats des tests ne confirment pas ce diagnostic, n'éliminez pas la possibilité d'une ménopause sur la seule base de ces résultats.
- 5 Lorsqu'une patiente présente des contre-indications à l'hormonothérapie (HTS), ou qu'elle fait le choix de ne pas en prendre : Explorez les autres options thérapeutiques et recommandez d'autres alternatives qui sont appropriés.
- 6 Chez les femmes ménopausées ou en période de périménopause :
 - a) Informez-vous spécifiquement sur l'utilisation de produits naturels ou de plantes médicinales.
 - b) Mentionnez-leur les effets et les dangers potentiels (c.-à-d. avantages et inconvénients) des produits naturels ou des plantes médicinales, ainsi que leurs interactions.
- 7 Chez les femmes ménopausées ou en période de périménopause, renseignez les sur les recommandations concernant le dépistage et la prévention de certains problèmes de santé (p. ex. tests pour l'ostéoporose, mammographie).
- 8 Utilisez l'anamnèse pour établir les risques et les avantages de l'hormonothérapie substitutive.



Nouveau-né

- 1 Lors de l'examen d'un nouveau-né, recherchez systématiquement des anomalies congénitales subtiles (p. ex. anomalies des oreilles, fossette sacrée), car elles peuvent être associées à d'autres anomalies et syndromes génétiques.
- 2 Chez un nouveau-né, lorsqu'une personne soignante a soulevé une inquiétude (parent, infirmière) :
 - a) envisagez la possibilité d'un problème de septicémie et
 - b) recherchez des signes de septicémie, car sa présentation peut être discrète (i.e. pas la même que chez les adultes, non spécifique, difficultés d'alimentation, changements respiratoires);
 - c) posez un diagnostic provisoire de septicémie.
- 3 Réanimez le nouveau-né selon les lignes directrices actuelles.
- 4 Maintenez vos aptitudes de réanimation néo-natale si vous avez à les utiliser dans le cadre de votre pratique.
- 5 Quand un parent choisit de nourrir son nouveau-né au biberon, supportez sa décision sans porter de jugement.
- 6 Dans le cadre des soins au nouveau-né, assurez-vous de répéter la recherche d'anomalies qui pourraient devenir évidentes après un certain temps (p. ex. les hanches, le cœur, l'audition).
- 7 Au moment de donner le congé de l'hôpital à un nouveau-né :
 - a) informez les parents des signes avant-coureurs d'une maladie grave ou imminente, et
 - b) établissez un plan avec eux afin qu'ils obtiennent les soins adéquats si jamais un problème se présentait.



Obésité

- 1 Posez le diagnostic d'obésité en utilisant une définition claire (présentement : indice de masse corporelle) et informez-le du diagnostic.
- 2 Chez tous les obèses, recherchez les comorbidités traitables (p. ex. hypertension, diabète, coronaropathie, apnée du sommeil et ostéoarthrose).
- 3 Chez les obèses dont la fonction thyroïdienne est normale, évitez de répéter le dosage de la TSH.
- 4 Informez-vous des effets de l'obésité sur la vie personnelle et sociale du patient afin de mieux en comprendre l'impact.
- 5 Demandez au patient s'il est prêt à faire les changements nécessaires pour réduire son poids, et réévaluez périodiquement sa volonté de changer.
- 6 Dans vos conseils au patient qui désire un traitement, dites-lui qu'une prise en charge efficace nécessitera une diète appropriée, des exercices et un suivi (indépendant de tout traitement médical ou chirurgical). Facilitez-lui l'accès aux ressources disponibles en fonction de ses besoins.
- 7 Pour prévenir l'obésité chez les enfants, conseillez aux parents la participation à des activités physiques adaptées à leurs besoins.
- 8 Dans votre prise en charge de l'obésité chez l'enfant, et pour éviter des interventions contreproductives (p. ex. réprimander ou dévaloriser l'enfant obèse), mettez les parents au défi de faire les changements appropriés, en terme de diète et d'exercice, en les appliquant à toute la famille.



Oeil rouge

- 1 Évaluez toujours l'acuité visuelle par l'anamnèse, l'examen physique et l'échelle de Snellen.
- 2 En présence d'un œil rouge, distinguez les causes graves (p. ex. kératite, glaucome, perforation, artérite temporale) des causes moins sérieuses (c.-à-d. ne présumez pas que la conjonctivite est responsable de tous les yeux rouges) :
 - a) Obtenez une histoire complète (p. ex. photophobie, changements visuels, histoire de traumatisme).
 - b) Procédez à l'examen physique approprié (p. ex. taille de la pupille, acuité visuelle, lampe à fente, fluoresceine).
 - c) Obtenez les investigations appropriées (p. ex. vitesse de sédimentation, tonométrie).
 - d) Référez le patient de façon appropriée (lorsque le diagnostic est incertain ou qu'une investigation plus poussée est nécessaire).
- 3 Lorsqu'un patient consulte pour une sensation de corps étranger intraoculaire, posez correctement le diagnostic en clarifiant le mécanisme de la blessure (p. ex. haute vitesse, métal sur métal, absence de verres protecteurs) et en investiguant lorsque nécessaire (p. ex. tomодensitométrie, radiographies).
- 4 Lorsqu'un patient consulte pour une sensation de corps étranger, renversez les paupières pour éliminer la présence d'un corps étranger sous les paupières.
- 5 Chez les nouveau-nés atteints de conjonctivite (pas seulement un blocage des glandes lacrymales ou des sécrétions oculaires), recherchez une cause systémique et traitez de façon appropriée (p. ex. antibiotiques).
- 6 Chez les patients atteints de conjonctivite, utilisez l'anamnèse et l'examen physique pour distinguer les causes allergiques ou infectieuses (virales ou bactériennes).
- 7 Lorsqu'un patient présente une conjonctivite bactérienne et qu'il porte des lentilles cornéennes, prescrivez une antibiothérapie qui couvre le *Pseudomonas*.
- 8 Ayez recours aux stéroïdes seulement s'il y a indication (p. ex. pour traiter une iritis; à éviter dans les cas de kératite et de conjonctivite).
- 9 Chez les patients atteints d'iritis, recherchez des causes systémiques sous-jacentes (p. ex. maladie de Crohn, lupus érythémateux, spondylite ankylosante).



Ostéoporose

- 1 Chez tous les patients adultes évaluez le risque d'ostéoporose dans le cadre de leur examen médical périodique.
- 2 Utilisez judicieusement la mesure de la densité minérale de l'os (p. ex. ne faites pas subir le test à tout le monde, suivez une directive).
- 3 Offrez des conseils à tous les patients concernant la prévention primaire de l'ostéoporose (c.-à-d. calcium alimentaire, activité physique, abandon de la cigarette), surtout chez les personnes à risque plus élevé (p. ex. les jeunes athlètes féminines, les patients atteints de troubles alimentaires).
- 4 Chez les femmes ménopausiques et périménopausiques, offrez des conseils au sujet de la prévention des fractures, qui comprennent l'amélioration de la forme physique, la diminution de la consommation d'alcool, l'abandon de la cigarette, les risques liés à la violence physique et les facteurs environnementaux qui pourraient contribuer aux chutes (p. ex. ne pas uniquement suggérer de prendre du calcium et de la vitamine D).
- 5 Chez les patients atteints d'ostéoporose, évitez de prescrire des médicaments qui pourraient augmenter les risques de chutes.
- 6 Offrez des conseils concernant la prévention des fractures aux hommes plus âgés, car eux aussi sont susceptibles de souffrir d'ostéoporose.
- 7 Traitez les patients chez qui l'ostéoporose a été diagnostiquée, peu importe leur sexe (p. ex. utilisez des bisphosphonates chez les hommes).



Otalgie

- 1 Posez le diagnostic d'otite moyenne aiguë (OMA) seulement après avoir bien visualisé le tympan (c.-à-d. tout cérumen doit être enlevé), et après avoir observé des changements significatifs au niveau du tympan, tels bombement ou distorsion du réflexe protomoteur (c.-à-d. que ce ne sont pas tous les tympans rouges qui sont synonymes d'OMA).
- 2 Dans le diagnostic différentiel d'une otalgie, incluez la douleur référée qui provient d'autres sources (p. ex. abcès dentaire, névralgie du trijumeau, dysfonction temporo-mandibulaire, pharyngite, etc.).
- 3 Dans le diagnostic différentiel d'une otalgie, n'oubliez pas la possibilité d'une étiologie grave (p. ex. tumeur, artérite temporale, mastoïdite).
- 4 Dans le traitement d'une otite moyenne, limitez l'utilisation des antibiotiques (p. ex. sensibiliser les patients au fait que la plupart des otites moyennes sont d'origine virale), tout en assurant un suivi adéquat (p. ex. réévaluation dans 48 heures).
- 5 Soyez rationnel dans la prescription d'une antibiothérapie pour traiter une otite moyenne (Utilisez des antibiotiques de première ligne, à moins d'indication contraire très spécifique).
- 6 Chez les patients souffrant d'otalgie (notamment secondaire à une otite moyenne), contrôlez adéquatement la douleur (analgésiques par voie orale).
- 7 Chez un enfant qui présente une fièvre et un tympan rouge, ne présumez pas que la fièvre est causée par le tympan rouge. Envisagez toutes les hypothèses diagnostiques pour expliquer la fièvre.
- 8 Chez les enfants qui font des otites récidivantes, évaluez l'audition à la recherche d'une surdité.

Note : voir les éléments clés du thème « fièvre ».



Parkinsonisme

- 1 Lorsqu'on soupçonne une maladie de Parkinson, il faut distinguer précisément la maladie de Parkinson idiopathique du parkinsonisme (p. ex. maladie qui survient à un âge plus jeune, maladie liée à l'usage des drogues), puisque les traitements sont différents.
- 2 Dans le plan de soins des patients atteints de la maladie de Parkinson, impliquez d'autres professionnels de la santé pour favoriser l'autonomie fonctionnelle du patient.
- 3 Chez le patient âgé où vous observez une détérioration de l'autonomie fonctionnelle, recherchez et identifiez la maladie de Parkinson, puisque celle-ci peut être une cause potentiellement réversible de cette détérioration.
- 4 Chez un patient qui présente un tremblement, faites un examen physique approprié (p. ex. observation, utilisation de techniques pour amplifier le tremblement) afin de distinguer le tremblement de repos associé au parkinsonisme des autres formes de tremblement (p. ex. essentiel).
- 5 Dans votre prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson, identifiez les effets indésirables des médicaments, notamment ceux avec lesquels vous n'êtes pas familier.
- 6 Dans le cadre du suivi des patients atteints de la maladie de Parkinson :
 - Évaluez leur autonomie fonctionnelle.
 - Surveillez les effets médicamenteux indésirables.
 - Recherchez les problèmes associés (p. ex. dépression, démence, chutes, constipation).



Patient difficile

- 1 Lorsque la relation médecin-patient est jugée difficile, posez un diagnostic de trouble de la personnalité si les critères sont présents.
- 2 Lorsque confronté à des interactions avec un patient difficile, recherchez, lorsque nécessaire, les renseignements concernant le contexte de vie passé et présent du patient ainsi que son autonomie fonctionnelle.
- 3 Chez un patient atteint de maladie chronique, anticipez que les interactions seront difficiles de temps à autre. Soyez particulièrement compatissant et compréhensif pendant ces périodes.
- 4 Avec les patients difficiles, demeurez vigilant lors de l'apparition de nouveaux signes et symptômes afin de vous assurer de leur accorder une attention adéquate (p. ex. patients psychiatriques, patients souffrant de douleurs chroniques).
- 5 Lorsque confronté à des interactions avec un patient difficile, identifiez vos propres attitudes et votre contribution à la situation.
- 6 Lorsque vous vous impliquez avec un patient difficile, établissez clairement les limites.
- 7 Prenez l'initiative de mettre fin à la relation médecin-patient lorsque c'est dans le meilleur intérêt du patient.
- 8 Avec un patient difficile, établissez, en toute sécurité, un terrain d'entente en partant des besoins du patient (p. ex. patients menaçants ou exigeants).



Personnes âgées

- 1 Chez le patient âgé qui prend plusieurs médicaments, évitez la pharmacologie :
 - en surveillant les effets indésirables.
 - en révisant périodiquement la médication (p. ex. la médication est-elle toujours indiquée? La posologie est-elle appropriée?).
 - en surveillant les interactions médicamenteuses.
- 2 Chez le patient âgé, informez-vous de l'utilisation de médicaments sans ordonnance (p. ex. plantes médicinales, pastilles contre la toux, médicaments en vente libre, vitamines).
- 3 Chez le patient âgé, dépistez les facteurs de risque modifiables (p. ex. trouble visuel, atteinte auditive) afin de promouvoir la sécurité et l'autonomie fonctionnelle.
- 4 Chez le patient âgé, évaluez l'état fonctionnel afin :
 - d'anticiper et de discuter du besoin éventuel d'apporter des changements à l'environnement.
 - de vous assurer que le soutien social est adéquat.
- 5 Chez les personnes âgées le mode de présentation des maladies peut être atypique, n'excluez pas ces maladies sans avoir préalablement effectué une évaluation minutieuse (p. ex. pneumonie, appendicite, dépression).



Perte de connaissance

- 1 Chez un patient inconscient, évaluez l'ABC et réanimatez au besoin.
- 2 Dans le cadre de l'évaluation d'un patient ayant perdu connaissance, obtenez des antécédents précis du patient ou d'un témoin qui incluraient la durée de la perte de connaissance, le type de traumatisme, les maladies préexistantes, les drogues, les substances toxiques, les médicaments et la présence de crises épileptiques.
- 3 Examinez les patients inconscients pour localiser et identifier des signes diagnostiques (p. ex. odeur de cétone, tremblement du coma hépatique, signes neurologiques focalisés).
- 4 Chez les patients ayant des antécédents de perte de connaissance et de traumatisme à la tête, écarter le diagnostic d'hémorragie intracrânienne.
- 5 Chez les patients anticoagulés ayant perdu connaissance, excluez le diagnostic d'hémorragie intracrânienne.
- 6 Évaluez et traitez les patients sans connaissance de manière urgente pour les troubles réversibles (p. ex. choc, hypoxie, hypoglycémie, hyperglycémie et overdose).
- 7 Dans le cadre du suivi des patients ayant perdu connaissance, après une évaluation, offrez-leur des conseils concernant le retour au travail, les activités sportives, la conduite automobile et les activités récréatives afin de minimiser le risque de blessures à eux-mêmes ou à d'autres dans l'éventualité d'une récurrence.
- 8 Chez les patients ayant perdu connaissance sans qu'un diagnostic clair n'ait été posé, poursuivez les investigations (p. ex. écarter le diagnostic d'arythmie transitoire, de crise épileptique).
- 9 Dans le cadre du suivi des patients ayant perdu connaissance et qui présentent un risque potentiel d'épisodes récurrents, discutez de mesures protectrices et de prévention précises (p. ex. changements de position avec changements de pression orthostatique).
- 10 Traitez les patients ayant perdu connaissance à la suite d'un traumatisme à la tête et assurez leur suivi selon les lignes directrices actuelles sur les commotions cérébrales.
- 11 Avisez les autorités au sujet de certains patients ayant perdu connaissance (p. ex. concernant la conduite automobile).



Perte de poids

- 1 Recherchez une cause sous-jacente à la perte de poids inexpliquée d'un patient, en notant les antécédents, en faisant un examen physique (y compris le poids) et en effectuant les investigations adéquates.
- 2 Maintenez un dossier ouvert du poids du patient afin de déterminer avec exactitude le moment où la perte de poids s'est produite.
- 3 Chez un patient dont la perte de poids est persistante sans cause diagnostiquée, faites un suivi et réévaluez la situation de façon périodique afin de décider si des mesures s'imposent.



Pneumonie

1. Devant un patient qui ne présente pas les signes et symptômes respiratoires classiques (p. ex. détérioration, délire, douleur abdominale), incluez la pneumonie dans votre diagnostic différentiel.
2. Devant un patient qui présente les signes et symptômes d'une pneumonie, n'éliminez pas ce diagnostic sur la base de résultats normaux à la radiographie pulmonaire (considérez alors déshydratation, neutropénie, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
3. Après avoir posé le diagnostic de pneumonie, évaluez les risques d'avoir contracté un agent pathogène atypique (p. ex. antécédents de tuberculose, exposition aux oiseaux, voyages, infection par le VIH, aspiration).
4. Chez les patients atteints de problèmes médicaux préexistants (p. ex. asthme, diabète, insuffisance cardiaque congestive) et d'un nouveau diagnostic de pneumonie :
 - a) Traitez les deux problèmes de façon concomitante (p. ex. avec prednisone et antibiotiques).
 - b) Ajustez le plan de traitement de la pneumonie, en tenant compte des problèmes médicaux concomitants (soyez conscient des interactions médicamenteuses, par exemple celle entre la warfarine [Coumadin] et les antibiotiques).
5. Par le biais de l'anamnèse, de l'examen physique et des tests de laboratoire, identifiez les patients qui sont à risque élevé de développer des complications de leur pneumonie et qui bénéficieraient d'une hospitalisation, même si leur état peut sembler cliniquement stable.
6. Chez le patient atteint de pneumonie qui présente des signes précoces de détresse respiratoire, évaluez et réévaluez périodiquement le besoin d'un soutien respiratoire (respiration à pression positive à deux niveaux, respiration au moyen de respirateurs à pression positive continue, intubation) (c.-à-d. identifiez le besoin avant la survenue d'une décompensation).
7. Après confirmation du diagnostic de pneumonie, rationalisez vos choix d'antibiotiques (p. ex. patient externe + bonne santé = antibiotiques de première ligne; évitez l'utilisation systématique des « gros canons »).
8. Lorsque le patient traité pour pneumonie ne répond pas favorablement :
 - a) Révisez le diagnostic (p. ex. identifiez d'autres causes ou facteurs contributifs comme le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique, ou un bronchospasme), recherchez des pathogènes atypiques (p. ex. *Pneumocystis carinii*, une tuberculose). Diagnostiquez les complications (p. ex. empyème, pneumothorax).
 - b) Modifiez votre thérapie en conséquence (p. ex. changez d'antibiotiques).
9. Identifiez les patients (p. ex. les personnes âgées, les résidents en soins prolongés, les patients atteints de maladie débilitante) qui bénéficieraient d'une immunisation ou d'autres traitements (p. ex. vaccin contre l'influenza, Pneumovax, ribavarine) afin de réduire l'incidence de la pneumonie.
10. Après avoir posé le diagnostic de pneumonie, assurez le suivi approprié (p. ex. éducation du patient, radiographie pulmonaire de contrôle, instructions de revenir en cas de détérioration).
11. Lorsque le diagnostic de pneumonie est confirmé, organisez la recherche des contacts lorsque approprié (p. ex. chez les tuberculeux, les résidents des centres d'hébergement, les patients atteints de la maladie du légionnaire).



Problèmes médicaux multiples

- 1 Lorsque les raisons de consultation sont multiples, (p. ex. avec plusieurs symptômes, problèmes ou diagnostics), obtenez une anamnèse appropriée afin de déterminer la raison principale de la consultation.
- 2 Lorsque les raisons de consultation sont multiples, établissez une liste des problèmes par priorité afin d'élaborer un plan de soins sur lequel vous-même et le patient serez d'accord (c.-à-d. déterminer un terrain d'entente).
- 3 Lorsque les raisons de consultation sont multiples (et/ou visites), songez à une dépression sous-jacente, à l'anxiété ou à l'abus (p. ex. physique, médicamenteux, ou abus de drogues) comme cause des malaises, tout en poursuivant votre recherche d'une pathologie organique sous-jacente.
- 4 Devant un patient présentant de multiples affections médicales, évaluez périodiquement la présence de symptômes dépressifs, puisque ces patients sont particulièrement à risque de dépression secondaire.
- 5 Périodiquement, révisez et réévaluez la prise en charge des patients affligés de problèmes médicaux multiples afin de :
 - simplifier la prise en charge (pharmacologique et autre).
 - limiter la polypharmacologie.
 - minimiser les interactions médicamenteuses potentielles.
 - mettre à jour les alternatives thérapeutiques (p. ex. changements des lignes directrices ou de la situation du patients).
- 6 Chez les patients ayant des problèmes médicaux et des visites multiples alors que les symptômes demeurent inchangés, fixez des limites aux consultations lorsque nécessaire (p. ex. limitez la durée et la fréquence des visites).



Problèmes propres à chaque sexe

- 1 Lors de l'évaluation de problèmes cliniques qui peuvent se manifester différemment chez les hommes et les femmes, posez un diagnostic différentiel inclusif qui tient compte de ces différences (p. ex. la coronaropathie chez la femme, la dépression chez l'homme).
- 2 Dans le cadre des soins des femmes ayant des inquiétudes au sujet de leur de santé, considérez la possibilité d'un problème de violence conjugale.
- 3 Quand les hommes et les femmes manifestent des inquiétudes au sujet de leur état de santé lié au stress, évaluez la contribution possible de problèmes liés à l'équilibre entre les rôles (p. ex. équilibre travail-vie personnelle ou partage des tâches entre partenaires).
- 4 Établissez des politiques et des pratiques au travail pour vous assurer que les patients se sentent à l'aise et puissent faire des choix, en particulier lors d'examens délicats (p. ex. positionnement pour le test de Pap, chaperons pour les examens génital ou rectal).
- 5 Interprétez et appliquez pour vos patients les données probantes fondées sur la recherche en tenant compte du biais sexiste présent dans les études cliniques (p. ex. recours à l'AAS chez les femmes).



Prostate

- 1 Identifiez de façon appropriée les patients qui nécessitent un dépistage du cancer de la prostate.
- 2 Lorsqu'il est indiqué de dépister un cancer de la prostate, utilisez et interprétez les tests (p. ex. antigène prostatique spécifique, toucher rectal, échographie) de façon appropriée afin d'identifier les cas potentiels.
- 3 En présence d'un cancer de la prostate, recherchez activement les impacts psychologiques résultant du diagnostic et des modalités thérapeutiques.
- 4 En présence d'un cancer de la prostate, lorsque vous analysez une option thérapeutique spécifique (p. ex. chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, absence de traitement) :
 - a) Présentez les risques et les avantages du traitement.
 - b) Surveillez chez les patients l'apparition de complications suite au traitement.
- 5 En présence d'un cancer de la prostate, informez-vous des symptômes d'une récurrence locale ou d'envahissement métastatique.
- 6 Lorsque vous soupçonnez une hypertrophie bénigne de la prostate, posez le diagnostic en vous basant sur l'anamnèse, l'examen physique et les investigations appropriées.
- 7 Devant un patient qui consulte pour des symptômes urinaires spécifiques ou non :
 - a) Identifiez la possibilité d'une prostatite.
 - b) Interprétez les investigations appropriées (p. ex. analyse d'urine, culture d'urine et sensibilité du germe aux antibiotiques, toucher rectal, écouvillonnage, technique de transcription inverse suivie de la réaction en chaîne de la polymérase).



Réanimation cardio-respiratoire

- 1 Maintenez à jour vos compétences concernant la réanimation cardio-respiratoire (ACLS) (c.-à-d. assurez le maintien de votre base de connaissances).
- 2 Effectuez promptement la défibrillation d'un patient en fibrillation ventriculaire (FV) ou en tachycardie ventriculaire (TV), symptomatique sans pouls.
- 3 Diagnostiquez les arythmies graves (TV, FV, tachycardie supraventriculaire [TSV], fibrillation auriculaire [FA], ou bloc du deuxième ou du troisième degré). Traitez-les conformément aux protocoles de l'ACLS.
- 4 Suspectez et traitez promptement les causes d'arythmies qui sont réversibles (p. ex. hyperkaliémie, intoxication à la digitale, intoxication à la cocaïne) avant la confirmation du diagnostic.
- 5 Assurez une ventilation adéquate (c.-à-d. avec masque et ballon d'anesthésie) et un contrôle des voies respiratoires.
- 6 Chez les patients nécessitant une réanimation, évaluez les circonstances (p. ex. asystolie, durée de la réanimation, pronostic pré-réanimation, testament biologique) qui vous aideront à décider quand cesser la réanimation. (Évitez les réanimations inappropriées.)
- 7 Chez les patients atteints de problèmes médicaux graves ou de maladie terminale, discutez du niveau de soins en abordant la réanimation et les décisions de fin de vie (p. ex. réanimation, alimentation par sonde, niveaux de traitement). Réévaluez périodiquement la situation.
- 8 Soyez présent auprès des membres de la famille (p. ex. par du counselling, présent dans la salle de réanimation) pendant et après la réanimation du patient.
- 9 Pour une réanimation pédiatrique, faites appel aux ressources appropriées (p. ex. échelle de Braeslow, poids du patient) pour déterminer précisément les doses des médicaments et la taille des sondes, des cathéters ainsi que du tube endotrachéal.

Note : ce thème ne traite pas du « choc ».



Saignement gastro-intestinal

- 1 Chez un patient qui a du sang dans ses selles et dont l'état hémodynamique est instable, tenez compte des antécédents pour distinguer entre un saignement gastro-intestinal supérieur et un saignement inférieur, car l'examen sera alors différent.
- 2 Chez un patient chez qui vous soupçonnez la présence de sang dans les selles, explorez d'autres causes possibles (p. ex. ingestion de betteraves, de fer, de Pepto-Bismol) avant de procéder à un examen général.
- 3 Recherchez les patients à risque plus élevé de saignement GI (p. ex. saignement GI antérieur, séjour aux soins intensifs, anti-inflammatoires non stéroïdiens, alcool) afin de modifier le traitement pour diminuer le risque de saignement GI (p. ex. cytoprotection).
- 4 Chez les patients souffrant d'un saignement GI évident, identifiez ceux qui pourraient nécessiter un traitement en temps opportun même s'ils ne sont pas encore en état de choc.
- 5 Chez un patient stable atteint d'un saignement GI inférieur, recherchez des causes sérieuses (p. ex. tumeur, maladie intestinale inflammatoire, ulcère, varices) même quand le saignement semble avoir une cause évidente (p. ex. n'attribuez pas un saignement rectal aux hémorroïdes ou à un anticoagulant oral).
- 6 Chez un patient souffrant d'un saignement GI supérieur :
 - a) incluez le saignement de varices dans votre diagnostic différentiel;
 - b) utilisez les antécédents et l'examen physique pour évaluer la probabilité d'un saignement variqueux, car sa prise en charge est différente.



Saignement vaginal

- 1 Chez toute femme qui présente un saignement vaginal, éliminez une grossesse.
- 2 Chez les femmes enceintes qui présentent un saignement vaginal :
 - a) Considérez certaines causes sérieuses (p. ex. grossesse ectopique, décollement du placenta, avortement). Confirmez ou excluez le diagnostic en interprétant correctement les résultats des tests.
 - b) N'oubliez pas de préciser le groupe sanguin et de procéder aux tests de dépistage. De plus, administrez le vaccin Winrho lorsque approprié.
 - c) Diagnostiquez (et traitez) toute instabilité hémodynamique.
- 3 Chez une femme non enceinte qui présente un saignement vaginal :
 - a) Procédez à l'investigation et aux tests appropriés afin de diagnostiquer certaines causes sérieuses (p. ex. cancer), en utilisant une approche appropriée à l'âge.
 - b) Diagnostiquez (et traitez) toute instabilité hémodynamique.
 - c) Prenez en charge toute patiente hémodynamiquement stable mais dont le saignement vaginal est important (p. ex. traitement médical ou chirurgical).
- 4 Lorsqu'une femme postménopausée présente un saignement vaginal, investiguez tout nouveau saignement ou tout changement vaginal (p. ex. biopsie de l'endomètre, échographie pelvien, tomodensitométrie, Pap test, sans oublier l'examen gynécologique).



Schizophrénie

- 1 Chez les adolescents qui consultent pour des problèmes de comportement, n'oubliez pas d'inclure la schizophrénie dans le diagnostic différentiel.
- 2 Chez les schizophrènes « apparemment » stables (c.-à-d. ceux dont la psychose est encapsulée), questionner, à chaque visite, de façon structurée, les symptômes positifs ou négatifs, l'autonomie au niveau des activités de la vie quotidienne, ainsi que le niveau de fonctionnement social;
 - cherchez à obtenir des informations collatérales des membres de la famille, des autres soignants ou intervenants afin d'en arriver à une évaluation plus complète des symptômes et de l'état fonctionnel;
 - documentez spécifiquement la capacité d'accepter ou de refuser un traitement;
 - idées suicidaires ou de meurtre, ainsi que le risque de violence;
 - compliance médicamenteuse et effets indésirables.
- 3 Chez tous les patients qui présentent des symptômes psychotiques, informez-vous de l'utilisation ou de l'abus de substances.
- 4 Considérez la possibilité d'un abus de substances et recherchez-la chez les schizophrènes, puisqu'il s'agit d'une population à risque.
- 5 Chez les schizophrènes, évaluez et traitez l'abus de substances de façon appropriée.
- 6 Chez les patients dont la schizophrénie est décompensée, déterminez :
 - si l'abus de substances est un facteur contributif.
 - le rôle de la compliance médicamenteuse et les problèmes liés aux effets indésirables.
 - si les soutiens psychosociaux ont changé.
- 7 Diagnostiquez et traitez toute complication ou effet indésirable sérieux relié à la médication antipsychotique (p. ex. syndrome neuroleptique malin, dyskinésie tardive).
- 8 Dans le plan de traitement des patients schizophrènes, incluez les aspects psychosociaux (p. ex. secours-logement, soutien familial, questions relatives aux personnes handicapées, réadaptation professionnelle).



Sexualité

- 1 Particulièrement chez les femmes enceintes, les adolescents et les femmes périménopausées :
 - a) Informez-vous de la sexualité (p. ex. sexualité normale, pratiques sexuelles sans risque, contraception, orientation sexuelle et dysfonction sexuelle).
 - b) Donnez vos conseils sur la sexualité (p. ex. sexualité normale, pratiques sexuelles sans risque, contraception, orientation sexuelle et dysfonction sexuelle).
- 2 Dépistez les patients à haut risque (p. ex. antécédents d'infarctus du myocarde, diabète, maladies chroniques) pour rechercher une dysfonction sexuelle, et questionnez les autres lorsque approprié (p. ex. pendant l'examen médical périodique).
- 3 Chez les patients qui consultent pour dysfonction sexuelle, identifiez les caractéristiques qui suggèrent une cause organique ou non organique.
- 4 Chez les patients dont la cause probable de dysfonction sexuelle est identifiée, traitez la dysfonction sexuelle de façon appropriée.
- 5 Chez les patients dont la dysfonction sexuelle est identifiée, informez-vous de la qualité des aspects relationnels avec le partenaire.



Soins du nourrisson

- 1 Mesurez et inscrivez à chacune des visites les paramètres de la croissance sur un graphique : taille, poids et périmètre cranien. Examinez les systèmes appropriés aux âges appropriés, en utilisant une feuille de suivi de l'examen médical périodique pédiatrique basée sur des données probantes (p.ex. le *Rourke Baby Record*).
- 2 Modifiez la routine du calendrier de vaccination pour accommoder certains besoins particuliers (p. ex. les immunocompromis, les allergiques).
- 3 Donnez vos conseils sur l'allaitement maternel (p. ex. sevrage, retour au travail, habitudes de sommeil) au-delà de la période néonatale afin de promouvoir l'allaitement au sein aussi longtemps que désiré.
- 4 À chaque rencontre, donnez aux parents vos conseils sur certains éléments importants (p. ex. habitudes alimentaires, développement, immunisation, trucs utiles pour les parents, posologie antipyrétique, sécurité).
- 5 Informez-vous de l'adaptation de la famille à l'enfant (p. ex. interactions entre frères et sœurs, changements au niveau des rôles des deux parents, implication de la famille élargie).
- 6 Lorsque les parents sont réticents à faire vacciner leurs enfants, discutez des éléments suivants afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée :
 - leur compréhension de la vaccination.
 - les conséquences de ne pas faire vacciner (p. ex. rubéole congénitale, décès).
 - la sécurité des enfants non vaccinés (p. ex. aucun voyage dans le Tiers Monde).
- 7 Lorsque les innovations récentes (p. ex. nouveaux vaccins) et les recommandations (p. ex. alimentation de l'enfant, circoncision) sont conflictuelles et qu'il n'existe pas de lignes directrices, discutez de ces informations avec les parents de façon non biaisée afin de les aider à prendre une décision éclairée.
- 8 Même lorsque les enfants grandissent et se développent correctement, évaluez leurs habitudes alimentaires (p. ex. type, qualité et quantité d'aliments) afin de prévenir les problèmes futurs (p. ex. anémie, caries dentaires), particulièrement dans les populations à risque élevé (p. ex. les milieux défavorisés sur le plan socio-économique, ceux qui restreignent volontairement leur alimentation, les variations culturelles).



Soins palliatifs

- 1 Chez tous les patients atteints de maladie en phase terminale (p. ex. insuffisance cardiaque congestive ou néphropathie au stade terminal), faites appel aux principes des soins palliatifs pour soulager les symptômes (c.-à-d. ne limitez pas le recours aux soins palliatifs uniquement aux cancéreux).
- 2 Chez les patients qui nécessitent des soins palliatifs, offrez votre soutien personnel, l'expertise des autres disciplines, l'accès aux ressources communautaires, en fonction des besoins du patient (c.-à-d. utilisez une approche multidisciplinaire lorsque nécessaire).
- 3 Chez les patients en fin de vie :
 - a) Identifiez les éléments qui sont importants pour le patient, en incluant les aspects physiques (p. ex. dyspnée, douleur, constipation, nausées), les aspects émotionnels, les aspects sociaux (p. ex. tutelle, testament, finances) et les aspects spirituels.
 - b) Intéressez-vous aux questions importantes du patient.
- 4 Chez les patients aux prises avec des douleurs, traitez-les efficacement (p. ex. ajustez les posologies, changez d'analgésiques) :
 - par des réévaluations fréquentes.
 - en surveillant les effets indésirables des médicaments (p. ex. nausées, constipation, atteinte cognitive).
- 5 Lorsqu'on a posé un diagnostic de maladie terminale, identifiez et clarifiez régulièrement les volontés de fin de vie du patient (p. ex. désirs concernant le traitement des infections, l'intubation, fin de vie à domicile).



Somatisation

- 1 Chez les patients dont les symptômes physiques sont récurrents, ne concluez pas à un diagnostic de somatisation avant de procéder à une investigation adéquate pour éliminer toute affection médicale ou psychiatrique (p. ex. dépression).
- 2 Ne présumez pas que la somatisation est la cause des nouveaux symptômes ou de ceux qui persistent chez des patients déjà diagnostiqués comme atteints d'un trouble de somatisation. Réévaluez périodiquement le besoin de pousser plus loin ou de répéter les investigations chez ces patients.
- 3 Reconnaissez le vécu de la maladie des patients atteints d'un trouble de somatisation et tentez de trouver un terrain d'entente avec eux concernant le diagnostic et le traitement, y compris les investigations. Il s'agit habituellement d'un projet à long terme et on devrait le planifier comme tel.
- 4 Chez les patients qui somatisent, informez-vous des traitements essayés. Suggérez des thérapies qui peuvent apporter un soulagement symptomatique, et/ou aidez-les à s'adapter à leurs symptômes (p. ex. biofeedback, acupuncture, ou naturopathie).



Stress

- 1 Chez un patient qui manifeste un symptôme qui pourrait être attribué au stress (p. ex. mal de tête, fatigue, douleur), considérez le stress comme en étant la cause ou un facteur contributif et interrogez le patient à ce sujet.
- 2 Chez un patient chez qui le stress est identifié, évaluez l'impact de son stress sur son fonctionnement (c.-à-d. capable ou incapable de le gérer, simple stress ou détresse).
- 3 Chez les patients qui ne gèrent pas leur stress, recherchez la présence d'une maladie mentale et diagnostiquez-la, le cas échéant (p. ex. dépression, trouble de l'anxiété).
- 4 Chez les patients qui ne gèrent pas leur stress dans leur vie :
 - a) reconnaissez et identifiez les facteurs contribuant au stress;
 - b) explorez les ressources et les solutions possibles afin d'améliorer la situation.
- 5 Chez les patients qui vivent un stress, recherchez des mécanismes d'adaptation inadéquats (p. ex. drogues, alcool, consommation de nourriture, violence).



Suicide

- 1 Chez tout patient atteint de maladie mentale (c.-à-d. non seulement chez les patients déprimés), recherchez activement les idées suicidaires (p. ex. idées, pensées, plan précis).
- 2 Devant un patient suicidaire, évaluez le degré de risque (p. ex. pensées, plans précis, accès à des moyens) afin de déterminer une intervention et un plan de suivi appropriés (p. ex. hospitalisation immédiate, y compris une hospitalisation involontaire; suivi en externe; référence pour counselling).
- 3 Suivez en externe les patients à faible risque, mais donnez des instructions précises pour le suivi si les idées suicidaires progressent ou se détériorent (p. ex. consultation à l'urgence, numéro d'urgence en cas de crise, demander un rendez-vous).
- 4 Chez un patient suicidaire qui consulte à l'urgence pour surdose de drogues ou intoxication médicamenteuse, procédez toujours au dépistage d'une intoxication à l'acide acétylsalicylique ou à l'acétaminophène; celles-ci sont fréquentes, dangereuses et fréquemment négligées.*
- 5 Chez les traumatisés, n'oubliez pas d'inclure une tentative de suicide comme facteur précipitant.

Note : * voir les éléments clés du thème « Intoxications » (à venir).



Thérapie de support ou psychothérapie

- 1 Chez les patients préoccupés par leur santé mentale, explorez le rôle de la thérapie de support dans la prise en charge du problème. (L'intervention ne se limite pas seulement aux médicaments.)
- 2 Lorsque vous référez le patient ou décidez d'offrir vous-même la thérapie de support :
 - a) Accordez-vous suffisamment de temps pour évaluer le patient.
 - b) Identifiez le contexte du patient et assurez-vous de bien comprendre son problème ou sa situation.
 - c) Évaluez vos propres habiletés. (Le problème dépasse-t-il les limites de vos compétences?)
 - d) Reconnaissez la situation lorsque vos croyances peuvent interférer dans la relation thérapeutique.
- 3 Lorsque vous offrez une psychothérapie, accordez-vous suffisamment de temps.
- 4 Lorsque vous offrez une thérapie de support, reconnaissez les limites de la relation d'aide (p. ex. transfert, contre-transfert) ou vos limites personnelles (le problème est plus complexe qu'anticipé au départ); ceci devrait vous inciter à réévaluer votre rôle.



Thrombose veineuse profonde

- 1 Chez des patients accusant une douleur ou une enflure à la jambe, évaluez la possibilité d'une thrombose veineuse profonde (TVP), car l'investigation et le traitement devraient être différents selon le risque.
- 2 Chez des patients présentant une forte probabilité de maladie thrombotique (p. ex. caillot important dans la jambe, embolie pulmonaire soupçonnée), commencez un traitement anticoagulant si les tests sont retardés.
- 3 Identifiez les patients susceptibles de profiter de la prophylaxie contre la TVP.
- 4 Ayez recours aux examens pour la TVP en tenant compte de leurs limites (p. ex. échographie et D-dimère).
- 5 Chez les patients dont la TVP a été diagnostiquée, utilisez un anticoagulant oral de façon adéquate (p. ex. commencez rapidement, surveillez les interactions médicamenteuses, surveillez les valeurs de laboratoire et ajustez les doses au besoin, cessez la warfarine au besoin, éduquez le patient).
- 6 Évoquez la possibilité d'une coagulopathie sous-jacente chez les patients atteints d'une TVP, surtout quand elle est inattendue.
- 7 Utilisez les bas de contention chez certains patients, afin de prévenir et de traiter un syndrome postphlébitique.



Thyroïde

- 1 Limitez le dépistage de la dysfonction thyroïdienne aux patients dont la probabilité prétest de résultats anormaux est élevée :
 - ceux qui présentent les symptômes ou les signes classiques d'une dysfonction thyroïdienne.
 - ceux dont les signes ou les symptômes sont atypiques, mais qui sont à plus grand risque d'avoir cette maladie (p. ex. les personnes âgées, les femmes en période postpartum, les patients ayant des antécédents de fibrillation auriculaire, les patients atteints d'une endocrinopathie).
- 2 Chez le patient dont la dysfonction thyroïdienne est bien établie, ne vérifiez pas trop souvent les taux de thyroïdostimuline (TSH); faites-le plutôt à des moments appropriés, par exemple :
 - après avoir ajusté la posologie médicamenteuse.
 - lors du suivi des patients ayant une forme légère de thyroïdopathie ou avant d'initier le traitement.
 - périodiquement chez les patients traités mais dont l'état est stable.
- 3 Lorsque vous examinez la glande thyroïde, utilisez la technique appropriée (c.-à-d. placez-vous derrière le patient et demandez-lui d'avaler), particulièrement pour trouver des nodules (lesquels peuvent nécessiter une investigation plus poussée).

Note : Ce thème ne couvre pas les nodules thyroïdiens.



Toux

- 1 Chez les patients qui consultent pour une toux aiguë :
 - a) Inclure dans votre diagnostic différentiel certaines causes graves (p. ex. pneumothorax, embolie pulmonaire).
 - b) Pour poser un diagnostic d'infection virale, obtenez une anamnèse appropriée.
 - c) Ne prescrivez pas d'antibiothérapie pour traiter une infection virale. (Lorsque approprié, considérez plutôt une thérapie antivirale).
- 2 Chez les enfants qui consultent pour une toux persistante (ou récidivante), élaborer un bon diagnostic différentiel (p. ex. reflux gastro-œsophagien (RGO), asthme, rhinite, présence d'un corps étranger, coqueluche, etc.).
- 3 Lorsque la toux persiste (p. ex. pendant des semaines) :
 - a) Incluez dans votre diagnostic différentiel des causes extrapulmonaires (p. ex. RGO, insuffisance cardiaque congestive, rhinite), ainsi que d'autres causes plus graves (p. ex. cancer, embolie pulmonaire). Ne présumez pas que l'enfant souffre de bronchite virale.
 - b) Procédez à une investigation appropriée.
- 4 N'attribuez pas une toux persistante à un effet médicamenteux indésirable (p. ex. à un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) sans d'abord considérer d'autres causes.
- 5 Chez les fumeurs qui toussent de façon persistante, recherchez une bronchite chronique (maladie pulmonaire obstructive chronique) et, si présente, posez le diagnostic. (Ne vous limitez pas à un diagnostic de « toux du fumeur ».)



Traumatisme

- 1 Évaluez et stabilisez les victimes de traumatismes avec une approche systématique, en anticipant les complications et en effectuant l'examen primaire et secondaire.
- 2 Anticipez, identifiez et débutez immédiatement le traitement des complications qui mettent la vie du patient en danger (p. ex. pneumothorax sous tension, tamponnade).
- 3 Devant plusieurs patients polytraumatisés, procédez au triage en fonction des ressources et des priorités de traitement.
- 4 Chez les victimes de traumatismes, assurez la perméabilité des voies respiratoires (p. ex. sécurisez la colonne cervicale, utilisez une sédation consciente, reconnaissez les airways difficiles, prévoyez les alternatives du airway difficile tel une crico-thyréostomie).
- 5 Chez le patient qui présente des signes et symptômes de choc :
 - a) Reconnaissez le choc.
 - b) Définissez-en le type (neurogène, hypovolémique, septique) et la sévérité.
 - c) Traitez efficacement le choc.
- 6 Chez les victimes de traumatismes, recherchez une hypothermie dès l'arrivée et subséquemment (puisqu'elle peut se développer pendant le traitement).
- 7 Soupçonnez certains problèmes médicaux (p. ex. convulsions, intoxication médicamenteuse ou par des drogues, hypoglycémie, tentative de suicide) comme la cause précipitante du traumatisme.
- 8 Ne déplacez pas des patients potentiellement instables de la salle de stabilisation vers la salle d'investigation (p. ex. tomodensitométrie, examen radiologique).
- 9 Déterminez le moment où le transfert du patient est nécessaire (p. ex. saignement au niveau du système nerveux central, absence de soutien spécialisé).
- 10 Transférez les patients de façon appropriée (c.-à-d. stabilisez-les avant le transfert et choisissez le moyen de transfert, p. ex. ambulance ou avion).
- 11 Profitez des occasions propices pour donner vos conseils afin de prévenir ou de minimiser les traumatismes (p. ex. ne conduisez pas en état d'ébriété, utilisez les ceintures et les casques de sécurité).
- 12 Chez les enfants victimes de blessures d'origine traumatique, éliminez la violence. (Évaluez minutieusement le mécanisme déclaré de la blessure et assurez-vous qu'il correspond véritablement à la blessure).



Trouble de comportement chez l'enfant

- 1 Puisque les problèmes comportementaux des enfants sont souvent multifactoriels, élaborez un vaste diagnostic différentiel et évaluez tous les facteurs étiologiques potentiels :
 - Recherchez des affections médicales (p. ex. atteinte auditive, dépression, autres diagnostics psychiatriques, autres problèmes médicaux).
 - Recherchez des facteurs psychosociaux (p. ex. violence, abus de substance, conflits familiaux, difficultés avec les pairs, attentes parentales).
 - Établissez que la cause n'est pas dûe à un trouble déficitaire de l'attention (TDA) (p. ex. troubles d'apprentissage, trouble du spectre de l'autisme, trouble des conduites).
- 2 Lorsque vous obtenez l'anamnèse des problèmes comportementaux d'un enfant :
 - Demandez à l'enfant de vous décrire sa perception de la situation.
 - Faites appel à de multiples sources d'information (p. ex. école, garderie).
- 3 Lorsque vous traitez les problèmes comportementaux d'un enfant chez qui une médication est indiquée, ne limitez pas votre traitement seulement à la médication; considérez les autres dimensions du problème (p. ex. ne vous limitez pas seulement aux amphétamines pour traiter le TDA, mais ajoutez l'enseignement des habiletés sociales, la gestion du temps, etc.).
- 4 Lorsque vous évaluez les problèmes comportementaux d'un adolescent, utilisez une approche systématique et structurée pour arriver à un diagnostic précis :
 - Recherchez spécifiquement l'abus de substance, les relations avec les pairs et les autres facteurs de stress.
 - Recherchez d'autres problèmes médicaux (maladie affective bipolaire, schizophrénie).
 - Ne vous limitez pas à dire que le problème « fait partie de l'adolescence ».
- 5 Chez les patients âgés souffrant de démence, n'attribuez pas les problèmes comportementaux à la démence sans évaluer d'autres facteurs étiologiques (p. ex. effets indésirables ou interactions médicamenteuses, affections médicales traitables, infection ou dépression).

Note : voir également les éléments clés du thème « démence ».



Trouble de la personnalité

- 1 Établissez clairement des limites et maintenez-les lorsque vous prenez charge de patients atteints de trouble de la personnalité. Par exemple, fixez des limites pour :
 - la durée du rendez-vous.
 - l'ordonnance des médicaments.
 - votre disponibilité.
- 2 Chez un patient atteint de trouble de la personnalité qui consulte pour une évaluation de nouveaux symptômes ou de changement de sa symptomatologie habituelle, réévaluez vos diagnostics médicaux et psychiatriques. (Les patients atteints de troubles de la personnalité peuvent également développer des affections médicales et psychiatriques).
- 3 Identifiez et tentez de limiter l'impact de vos sentiments personnels (p. ex. colère, frustration) lorsque vous traitez des patients atteints de trouble de la personnalité (p. ex. gardez votre concentration, n'ignorez pas les symptômes dont se plaint le patient).
- 4 Chez un patient atteint d'un trouble de la personnalité, limitez l'utilisation des benzodiazépines. Utilisez-les judicieusement lorsque nécessaire.
- 5 Lorsque vous voyez un patient chez qui d'autres ont déjà identifié un trouble de la personnalité, évaluez vous-même cette personne parce qu'il peut s'agir d'un diagnostic erroné et que l'attribution d'une étiquette peut avoir des répercussions importantes.



Troubles des conduites alimentaires

- 1 Lorsque les adolescents consultent, profitez-en pour évaluer leur risque de présenter un trouble de conduites alimentaires (p. ex. altération de la perception du schéma corporel, frénésie alimentaire, les danseurs, les gymnastes, les modèles, etc. présentent un risque plus élevé); c'est peut-être la seule occasion de procéder au dépistage.
- 2 Lorsque vous posez un diagnostic de trouble de conduite alimentaire, obtenez une anamnèse complète pour bien différencier l'anorexie mentale de la boulimie, puisque le traitement et le pronostic sont différents.
- 3 Chez un patient atteint d'un trouble de conduite alimentaire, identifiez certaines co-morbidités psychiatriques coexistantes (p. ex. dépression, trouble de la personnalité, trouble obsessionnel-compulsif, trouble anxieux).
- 4 Dans la prise en charge d'un patient atteint d'un trouble de conduite alimentaire, utilisez une approche multidisciplinaire (p. ex. travaillez avec un psychiatre, un psychologue, une diététicienne).
- 5 Lorsque vous évaluez un patient qui présente un défi diagnostique (p. ex. arythmie sans cardiopathie, déséquilibre électrolytique en l'absence d'utilisation de médicament ou d'insuffisance rénale, aménorrhée en l'absence de grossesse), incluez « complication d'un trouble des conduites alimentaires » dans votre diagnostic différentiel.
- 6 Dans le suivi d'un patient atteint d'un trouble des conduites alimentaires :
 - a) Recherchez périodiquement la présence de complications (p. ex. caries dentaires, aménorrhée, déséquilibre électrolytique).
 - b) Évaluez le niveau d'activité de la maladie (p. ex. en notant les habitudes alimentaires, l'exercice, l'usage de laxatifs).



Vaginite

- 1 Chez les patientes qui consultent pour des symptômes récidivants d'écoulement vaginal et/ou de prurit périnéal, élaborez un vaste votre diagnostic différentiel (p. ex. lichen scléreux et atrophique, cancer de la vulve, dermatite de contact, fistule colo-vaginale), obtenez une anamnèse détaillée et procédez à un examen physique minutieux afin d'offrir une investigation et un traitement appropriés. (Ne présumez pas que les symptômes indiquent seulement la présence d'une mycose vaginale.)
- 2 Chez les patientes qui consultent pour un écoulement vaginal récidivant, mais chez qui l'anamnèse, l'examen physique et les résultats des tests sont négatifs, vous pouvez poser un diagnostic positif d'écoulement physiologique. Communiquez-le à la patiente pour éviter des consultations, des investigations ainsi que des traitements répétés et inappropriés dans le futur.
- 3 Lorsque des prélèvements vaginaux ou le Pap test identifient fortuitement une vaginose bactérienne ou des candidoses, informez-vous des symptômes et traitez seulement lorsque approprié.
- 4 Chez une fillette qui présente un écoulement vaginal, éliminez une infection transmissible sexuellement ou un corps étranger. (Ne présumez pas que l'enfant présente une mycose.)
- 5 Chez une fillette qui présente une candidose, recherchez une pathologie sous-jacente (p. ex. immunodépression, diabète).



Viol/agression sexuelle

- 1 Prodiguez une approche globale centrée sur le patient à toutes les victimes d'agression sexuelle, indépendamment de leur décision ou de leur refus de procéder au recueil des preuves.
- 2 Appliquez, les mêmes principes de prise en charge des agressions sexuelles dans un contexte aigu qu'ambulatoire (c.-à-d. évaluation médicale, prévention de la grossesse, dépistage/traitement/prophylaxie des infections transmissibles sexuellement, counselling).
- 3 Dans les cas d'agression sexuelle, limitez la cueillette des données aux observations et aux autres renseignements médicalement nécessaires (c.-à-d. évitez d'inscrire les informations fondées sur les ouï-dire).
- 4 Chez les patientes victimes d'agression sexuelle, en plus de prendre les mesures prophylactiques post-exposition, évaluez le besoin d'une prophylaxie contre le virus de l'immunodéficience humaine et le virus de l'hépatite B.
- 5 Offrez un counselling à tous ceux qui sont affectés par une agression sexuelle, que ce soit les victimes, les membres de la famille, les amis, ou les partenaires; ne négligez pas l'impact de l'agression sexuelle chez toutes ces personnes.
- 6 Réévaluez le besoin de counselling chez les patients affectés par une agression sexuelle.
- 7 Informez-vous de toute agression sexuelle non déclarée lorsque vous voyez en consultation des patientes qui présentent des symptômes de dépression, d'anxiété ou de somatisation.



Violence familiale (sexuelle, physique, psychologique)

- 1 Chez un patient qui présente des risques de violence familiale, profitez des occasions offertes lors des consultations pour dépister la violence familiale (p. ex. examen médical périodique, visites pour anxiété/dépression, visites à l'urgence).
- 2 Chez un patient dont la situation est suspecte ou confirmée de violence familiale :
 - a) Évaluez l'importance du risque et la sécurité des enfants (c.-à-d. le besoin d'une intervention de la protection de la jeunesse).
 - b) Sensibilisez-les sur l'escalade de la violence familiale.
- 3 Dans une situation de violence familiale suspecte ou confirmée, élaborer, avec le patient, un plan d'urgence approprié pour assurer la sécurité du patient et celle des autres personnes vivant sous le même toit.
- 4 Chez un patient qui vit de la violence familiale, offrez vos conseils sur le cycle de la violence familiale et des sentiments qui l'accompagnent (p. ex. sentiment d'impuissance, culpabilité) et ses conséquences sur les enfants.

Note : La violence familiale vécue pendant l'enfance peut influencer la vie adulte (c.-à-d. que la violence familiale peut avoir un impact à long terme sur les autres problèmes qui surviennent).



Violence/patient agressif

- 1 Dans certaines populations (p. ex. patients intoxiqués, patients psychiatriques, patients ayant des antécédents de comportement violent) :
 - a) Anticipez la possibilité de violence ou de comportement agressif.
 - b) Reconnaissez les signaux d'avertissement du comportement violent/agressif.
 - c) Ayez un plan d'action avant d'évaluer le patient (p. ex. demeurez près de la porte, soyez accompagné d'agents de sécurité ou autre personnel, préparez les contentions physiques et/ou chimiques en cas de nécessité).
- 2 Chez tous les patients violents ou agressifs, y compris les intoxiqués, éliminez toute affection médicale ou psychiatrique sous-jacente (p. ex. hypoxémie, trouble neurologique, schizophrénie) (c.-à-d. n'attendez pas qu'ils soient à jeun, et comprenez bien que le fait de les calmer avec ou sans sédation ne signifie pas nécessairement qu'ils sont mieux).
- 3 Chez un patient violent ou agressif, assurez la sécurité (y compris par des contentions appropriées) du patient et du personnel avant d'évaluer ce patient.
- 4 Dans la gestion de votre environnement de pratique (c.-à-d. cabinet, service des urgences), élaborer un plan visant à maîtriser les patients agressifs verbalement ou physiquement, et faites en sorte que votre personnel connaisse ce plan et qu'il soit en mesure de l'appliquer.