



RETURN BIDS TO:

RETOURNER LES SOUMISSIONS À:

**Bid Receiving - PWGSC / Réception des soumissions -
TPSGC**

Place du Portage, Phase III

Core 0B2 / Noyau 0B2

11 Laurier St./11, rue Laurier

Gatineau, Québec K1A 0S5

Bid Fax: (613) 997-9776

**SOLICITATION AMENDMENT
MODIFICATION DE L'INVITATION**

The referenced document is hereby revised; unless otherwise indicated, all other terms and conditions of the Solicitation remain the same.

Ce document est par la présente révisé; sauf indication contraire, les modalités de l'invitation demeurent les mêmes.

Comments - Commentaires

Vendor/Firm Name and Address

**Raison sociale et adresse du
fournisseur/de l'entrepreneur**

Issuing Office - Bureau de distribution

Health Services Project Division (XF)/Division des
projets de services de santé (XF)
Place du Portage, Phase III, 12C1
11 Laurier St./11 rue, Laurier
Gatineau
Gatineau
K1A 0S5

Title - Sujet Agence en soins infirmiers	
Solicitation No. - N° de l'invitation HT426-172611/C	Amendment No. - N° modif. 005
Client Reference No. - N° de référence du client HT426-172611	Date 2017-12-04
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$\$XF-005-31945	
File No. - N° de dossier 005xf.HT426-172611	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2017-12-13	Time Zone Fuseau horaire Eastern Standard Time EST
F.O.B. - F.A.B. Plant-Usine: <input type="checkbox"/> Destination: <input type="checkbox"/> Other-Autre: <input type="checkbox"/>	
Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à: Chapple, Jeremy	Buyer Id - Id de l'acheteur 005xf
Telephone No. - N° de téléphone (819) 420-2226 ()	FAX No. - N° de FAX () -
Destination - of Goods, Services, and Construction: Destination - des biens, services et construction:	

Instructions: See Herein

Instructions: Voir aux présentes

Delivery Required - Livraison exigée	Delivery Offered - Livraison proposée
Vendor/Firm Name and Address Raison sociale et adresse du fournisseur/de l'entrepreneur	
Telephone No. - N° de téléphone Facsimile No. - N° de télécopieur	
Name and title of person authorized to sign on behalf of Vendor/Firm (type or print) Nom et titre de la personne autorisée à signer au nom du fournisseur/ de l'entrepreneur (taper ou écrire en caractères d'imprimerie)	
Signature	Date

**SERVICES INFIRMIERS D'AGENCE DANS LES COMMUNAUTÉS ÉLOIGNÉES, SEMI-ISOLÉES ET
ISOLÉES DES PREMIÈRES NATIONS (PN) POUR LE COMPTE DE SANTÉ CANADA (SC)**

N° DE LA DEMANDE DE PROPOSITION #HT426-172611/C

MODIFICATION 005

Cette modification contient les sections suivantes :

1. Questions et réponses
2. Modifications à la Demande de soumissions

Section 1 : Ensemble de questions et réponses

À noter que les questions d'éclaircissement sont numérotées par ordre à leur arrivée à SPAC. Une question et sa réponse seront affichées par Achatsetventes lorsque la réponse sera disponible. Les répondants éventuels sont donc avisés que les questions et réponses ne seront pas nécessairement affichées par Achatsetventes dans l'ordre. Les questions suivantes ont été reçues. Conformément à l'article 13 du document 2003 Instructions uniformisées – Biens ou services – besoins concurrentiels (2017-04-27), qui a été intégré dans la demande de soumissions, les questions et leurs réponses sont fournies à tous les soumissionnaires éventuels comme suit :

Question 10 :

Relativement à la question n° 3 de la modification 002, nous souhaitons obtenir des éclaircissements concernant la réponse selon laquelle les personnes définies comme des « préposés aux services de soutien à la personne » sont des professionnels de la santé aux fins de la Pièce jointe 1 de la Partie 4 (pour toutes les régions)

L'article 1.0 de la Pièce jointe 1 de la Partie 4 (pour toutes les régions), définit « les professionnels de la santé » en tant que personnes qui fournissent systématiquement des services de soins de santé préventifs et curatifs, de promotion de la santé et de réhabilitation pour des personnes, des familles ou des communautés. Cette définition s'applique aux critères d'évaluation techniques obligatoires et aux Critères techniques cotés de cette Demande de proposition.

Dans la réponse à la question n° 3 de la modification 002, le Canada a indiqué qu'un « préposé aux services de soutien à la personne » répond à la définition d'un « Professionnel de la santé » à la Pièce jointe 1 de la Partie 4 malgré le fait que ces préposés ne font pas l'objet d'une désignation officiellement reconnue, ou ne sont pas soumis à une norme nationale, à une norme d'attribution de licence, ou à un organe de réglementation.

Nous sollicitons des éclaircissements, car nous voulons faire valoir qu'un préposé aux services de soutien à la personne n'est pas en mesure de fournir tous les services énoncés dans la Partie 1, section 1.2 de la demande de propositions (DP) et d'assumer les rôles décrits dans la définition d'un « professionnel de la santé ». Par exemple, le préposé ne peut diagnostiquer une maladie. Si l'on s'entend sur le fait que les fonctions d'un préposé aux services de soutien à la personne sont très différentes de celles des infirmières et infirmiers, des infirmières et infirmiers praticiens et des médecins, nous pouvons en déduire que la prestation de services et la gestion d'un effectif de préposés sont assurément d'une autre nature que la prestation de services et la gestion d'un effectif d'infirmières et infirmiers, d'infirmières et infirmiers praticiens et de médecins. Par exemple, un établissement de soins infirmiers faisant appel à trente-cinq préposés aux services de soutien à la personne à temps plein répondrait au critère technique obligatoire O-TO1 de la présente demande de proposition.

Nos questions sont les suivantes:

A) La réponse donnée dans la modification 002 est-elle correcte, ou est-ce seulement les rôles énoncés au troisième point des instructions pour la préparation des soumissions A-TO1, M-TO1, O-TO1 et Q-TO1 « 3) la désignation du personnel de la santé (p. ex. infirmier(e) autorisé [IA], infirmier(e) praticiens [IP], médecin, etc.) » qui sont pertinents pour l'évaluation des critères techniques obligatoires A-TO1, M-TO1, O-TO1 et Q-TO1 en vue de la prestation de services au titre de la présente DP?

B) Si la réponse 3 du Canada (publiée dans la modification 002) est correcte, quelles autres fonctions de soins de santé répondent, selon Santé Canada, à la définition de « professionnel de la santé », de sorte que la fourniture et la gestion de cet effectif peuvent être prises en compte pour l'évaluation des critères techniques obligatoires A-TO1, M-TO1, O-TO1 et Q-TO1?

Par exemple, les rôles suivants seraient-ils inclus?

- Sage-femme [à savoir inscription à l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario (à l'exception des sages-femmes autochtones); diplôme universitaire d'une durée de quatre ans; sinon Programme de formation pour les sages-femmes autochtones d'une durée de quatre ans, etc.]
- Aide-soignant
- Préposé aux soins infirmiers
- Préposé aux malades
- Préposé aux soins
- Intervenant en toxicomanie
- Aide en diététique

Réponse 10 :

A) Le Canada confirme que

Les critères techniques permettent d'évaluer la capacité et l'expérience d'un soumissionnaire en matière de prestation de services et de gestion d'un effectif (dans le domaine des soins de santé) selon les exigences en volume de Santé Canada.

La capacité et l'expérience d'un soumissionnaire en matière de prestation de services d'un effectif d'infirmières et infirmiers autorisés et/ou d'infirmières et infirmiers praticiens, conformément à l'Annexe A, Énoncé des travaux, seront évaluées selon les critères techniques cotés TC1 (pour toutes les régions).

B) Pour les besoins des critères techniques A-TO1, M-TO1, O-TO1 et Q-TO1, le Canada acceptera tous les rôles assurant systématiquement des services de soins de santé préventifs et curatifs, de promotion de la santé et de réhabilitation pour des personnes, des familles et des communautés, à titre de professionnel de la santé.

Il en résulte que le Canada accepterait les sages-femmes, les aides-soignants, les préposés aux soins infirmiers, les préposés aux malades, les préposés aux soins, les intervenants en toxicomanie et les aides en diététiques afin de démontrer les critères techniques obligatoires A-TO1, M-TO1, O-TO1 et Q-TO1.

Question 11 :

Afin de satisfaire aux critères techniques obligatoires A-TO3, M-TO3, O-TO3 et Q-TO3, le soumissionnaire doit soumettre un plan détaillé de son programme de formation des infirmier(e)s contractuel(le)s, conformément à l'appendice J de l'Annexe A et devrait clairement décrire pour chacune des sections du Programme de formation de l'infirmier(e) contractuel(le) (PFIC) (c.-à-d., sections A à I) les éléments pédagogiques suivants : théorie, stage pratique et évaluation (de la théorie et du stage pratique).

Les critères techniques cotés A-TC.2.1, M-TC.2.1, O-TC.2.1 et Q-TC.2.1 stipule que, pour chacune des dix principales exigences de service, les soumissionnaires devraient présenter une description détaillée de l'approche pédagogique incluse dans sa proposition de Programme de formation des infirmier(e)s contractuel(le)s (PFIC) proposé, y compris la composante théorique et le volet pratique. De plus, il devrait indiquer les méthodes d'évaluation théorique et pratique (stage) des infirmier(e)s contractuel(le)s (IC). Le soumissionnaire devrait également démontrer comment cette formation sera intégrée au perfectionnement professionnel continu des IC.

Nous sommes préoccupés par le degré de chevauchement et de recoupement du contenu entre les critères techniques obligatoires A-TO3, M-TO3, O-TO3 et Q-TO3 et les critères techniques cotés A-TC2.1, M-TC2.1, O-TC2.1 et Q-TC2.1. En voici quatre exemples,

- Principale exigence fonctionnelle 1), *Soins maternels et prénataux, y compris grossesse à risque* est une composante de l'appendice J de l'Annexe A – PFIC, section D) *Gestion et évaluation des clients obstétricaux, gynécologiques et néonataux*.
- Principale exigence fonctionnelle 2) *Évaluation du nouveau-né et pédiatrique, incluant l'évaluation du bien-être du bébé (Rourke and Nippissing)* sont des composantes de l'appendice J de l'Annexe A – PFIC, section D) *Gestion et évaluation des clients obstétricaux, gynécologiques et néonataux* et de l'appendice J de l'Annexe A – PFIC, Section C) *Gestion et évaluation des clients pédiatriques*
- Principale exigence fonctionnelle 3), *Évaluation de l'historique de santé et évaluation physique des adultes et des aînées* sont des composantes de l'appendice J de l'Annexe A – PFIC section B), *Gestion et évaluation des clients adultes*.
- Principale exigence fonctionnelle 10), *Évacuations médicales, transferts médicaux*, est une composante de l'appendice J de l'Annexe A – PFIC section E), *Urgences générales et traumatismes majeurs*.

Nous sommes pleinement conscients du fait que les soumissionnaires peuvent utiliser des renvois. Au moment de la rédaction, la description la plus exhaustive de notre Programme de formation de l'infirmier(e) contractuel(le) se trouve dans la section des critères techniques obligatoires A-TO3, M-TO3, O-TO3 et Q-TO3. Les scénarios suivants nous préoccupent :

1. Impossibilité de passer à la phase III du processus de conformité des soumissions par étapes en raison de renvois dans une section de critères techniques cotés;
2. Capacité compromise d'obtenir le nombre maximal de points disponibles pour A-TC2.1, M-TC2.1, O-TC2.1 et Q-TC2.1 (750 points, soit 25 % de la note) dans l'éventualité où nous devrions demander aux évaluateurs de consulter les critères A-TO3, M-TO3, O-TO3 et Q-TO3 pour de plus amples renseignements.

Nous aimerions obtenir certaines instructions spécifiques.

Enfin, il vaut la peine de souligner que l'ampleur du chevauchement et recoupement de contenu est significatif.

Réponse 11 :

Il revient aux soumissionnaires de déterminer la meilleure façon de structurer le format et le contenu de leur soumission, en accord avec les exigences de la DP. Les soumissionnaires doivent traiter clairement, et de façon suffisamment approfondie les points assujettis aux critères d'évaluation en fonction desquels la soumission sera évaluée.

Les dix principales exigences de service énoncées dans les critères techniques cotés A-TC2.1, M-TC2.1, O-TC2.1 et Q-TC2.1 sont des éléments essentiels de la portée des travaux qui seront assurés par les infirmières et infirmiers contractuels au titre de cette exigence. Il en résulte que même si ceux-ci sont

couverts par le contenu de l'appendice J de l'Annexe A, l'approche pédagogique visant à s'assurer qu'un(e) infirmier(e) contractuel(le) acquerra et maintiendra les compétences nécessaires pour exécuter ses tâches conformément aux dix principales exigences de service devrait être intégrée dans le PFIC proposé par le soumissionnaire; et celles-ci seront prises en compte dans l'évaluation cotée, afin de veiller à ce que les infirmières et infirmiers contractuels soient préparés pour les défis particuliers que présente le travail dans des communautés éloignées, isolées et semi-isolées.

Afin de faciliter l'évaluation de la soumission, le Canada demande que les soumissionnaires reprennent les sujets dans l'ordre des critères d'évaluation, sous les mêmes rubriques. Pour éviter les recoupements, les soumissionnaires peuvent faire référence à différentes sections de leur soumission en indiquant le numéro de l'alinéa et de la page où le sujet visé est déjà traité; cela n'est toutefois pas obligatoire. Le Canada évaluera les soumissions conformément à la Partie 4 de la DP. Il revient au soumissionnaire de décider s'il est préférable de structurer sa soumission à l'aide de renvois ou de recoupements afin de répondre aux critères d'évaluation.

Question 12 :

Le Canada peut-il donner des éclaircissements sur le point suivant relativement à la *Partie 3 – Instructions pour la préparation des soumissions, sous-section 3.1 e) Présentation d'une seule soumission*:

Si un soumissionnaire désigne un sous-traitant dans sa soumission destinée à une région donnée, ce sous-traitant perd-il le droit de présenter une soumission à titre de soumissionnaire principal dans une autre région?

Réponse 12 :

Le document 2003 (27-04-2017), Instructions uniformisées – biens ou services – besoins concurrentiels du *Guide des CCUA* définit un soumissionnaire comme étant «la personne ou l'entité (ou dans le cas d'une coentreprise, les personnes ou les entités) qui dépose une soumission pour l'exécution d'un contrat de biens, de services ou les deux. Le terme ne comprend pas la société mère, les filiales ou autres affiliées du soumissionnaire, ni ses sous-traitants ».

La Pièce jointe 1 de la Partie 4 – Critères techniques (pour toutes les régions), évalue l'expérience, la capacité et la méthodologie proposée du soumissionnaire, et non celles de l'un des sous-traitants proposés.

Comme les sous-traitants proposés ne font pas partie de l'entité soumissionnaire, si l'on prend l'exemple donné ci-dessus, ceux-ci peuvent soumissionner dans n'importe quelle région pourvu qu'ils le fassent conformément à la partie 3, sous-section 3.1, e) de la DP.

De plus, conformément à la Partie 3, sous-section 3.1 e) (iii) Les membres individuels d'une coentreprise ne peuvent pas participer à une autre soumission en présentant eux-mêmes une soumission ou en participant à une autre coentreprise.

Question 13 :

A) À l'Annexe F (Volet participation autochtone);

- i. Est-ce qu'un soumissionnaire peut répondre à l'appel d'offre en ayant uniquement des avantages indirects?
- ii. Qu'est-il entendu par Indicateur clé de rendement (ICR)?
- iii. Comment Santé Canada prévoit-elle accorder les HIR (Québec : 100 000,00\$)?

B) À l'Annexe G (Cadre de mesure de rendement); Quel est la proportion des points qui seront attribués par critères d'évaluation de l'examen? (Quel est le % accordé au point a, b, c et d?)

Réponse 13 :

Soulignons que les soumissionnaires ne sont pas tenus de présenter de l'information en rapport avec l'Annexe F, Volet de participation autochtone ou l'Annexe G, Cadre de mesure du rendement, dans leur soumission.

Conformément à la section 6, d) de l'Annexe A – Énoncé des travaux (pour toutes les régions), l'Entrepreneur doit, dans un délai de 30 jours civils à partir de la date d'attribution du contrat, remettre un Plan relatif au VPA à l'autorité du VPA, aux fins d'examen et d'approbation, décrivant de quelle manière l'Entrepreneur atteindra, ou dépassera, l'exigence minimale annuelle à l'égard du VPA, précisée à l'Annexe F.

- A) i.** Le Canada demande à ce que l'entrepreneur s'engage pour la valeur minimale annuelle de transaction du VPA, dans la mesure du possible, par la création d'avantages directs; celui-ci peut atteindre cette valeur uniquement à l'aide d'avantages indirects, mais ainsi, il obtiendrait une note de 0 point pour l'indicateur clé de rendement, comme cela est indiqué à l'Annexe G, Cadre de gestion du rendement, ce qui nuirait à la capacité de l'entrepreneur d'obtenir des honoraires d'incitation au rendement (HIR) (voir l'Annexe G pour plus de détails).
- ii.** Veuillez vous reporter à la page 2 de 9 de l'Annexe G, pour obtenir la définition de l'indicateur clé de rendement (ICR). En ce qui a trait au VPA, l'ICR 4 mesure le montant consacré par l'entrepreneur aux avantages directs, au titre du volet Participation autochtone.
- iii.** Veuillez vous reporter à la page 8 de 9 de l'Annexe G, sections 32 et 33.
- B)** Veuillez vous reporter à la page 8 de 9 de l'Annexe G, sections 32 et 33.

Question 14 :

Sous l'article 1.2.8 de la demande de soumissions (page 5 de 79), pourquoi le Québec figure-t-il dans les lieux exclus de la soumission?

Réponse 14 :

Conformément à l'article 1.2.8 de la DP, seuls les endroits au Québec qui sont assujettis aux Ententes sur les revendications territoriales globales (ERTG) sont exclus de l'appel d'offres. Comme aucun des lieux de travail indiqués à l'appendice H de l'Annexe A, Région du Québec, ne relève d'une ERTG, elles ne sont pas exclues du présent appel d'offres.

Question 15 :

A la Pièce jointe 1 de la Partie 4, le critère technique A-TO1 stipule que « *Le soumissionnaire doit démontrer une expérience cumulative d'au moins 24 mois en matière de prestation de services et de gestion d'un Effectif d'au moins 10 professionnels de la santé à l'échelle nationale. Cette expérience doit avoir été acquise au cours des cinq dernières années précédant la date d'émission de la demande de proposition.* »

Proposition : Étant donné que les travaux prévus en vertu du présent contrat seront exécutés par des IA et des IP, les critères à prendre en compte dans cette DP doivent comprendre les heures de travail de ces infirmières et infirmiers. Les autres professionnels de la santé (p. ex. médecins, préposés aux services de soutien à la personne) n'auront aucune influence dans le processus de sélection de la soumission gagnante. Nous proposons que le terme « professionnels de la santé » soit remplacé par « IA et IP ».

Réponse 15 :

Les critères techniques obligatoires A-TO1, M-TO1, O-TO1 and Q-TO1 permettent d'évaluer la capacité et l'expérience d'un soumissionnaire en matière de prestation de services et de gestion d'un effectif (dans le domaine des soins de santé) selon les exigences en volume de Santé Canada.

La capacité et l'expérience d'un soumissionnaire en matière de prestation de services d'un effectif d'infirmières et infirmiers autorisés et/ou d'infirmières et infirmiers praticiens, conformément à l'Annexe A, Énoncé des travaux, seront évaluées selon les critères techniques cotés TC1 (pour toutes les régions).

Le changement proposé ne sera donc pas appliqué, et la DP demeurera identique.

Question 16 :

La sous-section 1.2.3.3.2.1 de la Partie 7 (page 54 de 75) stipule que « *L'entrepreneur doit accuser réception du formulaire d'AT au RAT par courrier électronique dans un délai de 1 jour ouvrable suivant la réception. L'entrepreneur doit, dans un délai de 3 jours ouvrables ou dans un délai plus long spécifié dans le formulaire de d'AT, fournir au RAT qui a initié le processus une réponse signée et datée, préparée et soumise en utilisant le formulaire d'AT reçu du RAT contenant au minimum les informations ci-dessous :* »

Proposition : En raison de la formule de réception des autorisations de tâches (AT) par courriel, alliée au volume d'AT que l'entrepreneur sera amené à recevoir, nous recommandons que le processus d'accusé de réception ne soit réservé qu'aux besoins urgents, et ne figure pas dans les processus réguliers d'AT. De même, afin de confirmer les affectations de travail et de réserver les déplacements à temps, nous proposons que l'AT confirmant l'affectation soit envoyée à l'entrepreneur dans les trois jours ouvrables suivant la réception par le Canada de l'AT signée.

Réponse 16 :

Le Canada a examiné la modification proposée et a déterminé que la DP actuelle rend au mieux les besoins opérationnels de Santé Canada. Celle-ci ne sera donc pas appliquée et la DP demeurera identique.

Question 17 :

La sous-section 1.2.3.3.4 de la Partie 7 (page 56 de 75), stipule « Pour les processus d'urgence, lorsque les services doivent être demandés pendant les fin de semaines, les jours fériés ou hors des heures normales de travail, les Demandes urgentes de services (DUS) seront émises par un représentant délégué de Santé Canada à l'aide d'une AT pré-approuvée pour les DUS, en utilisant le formulaire de demandes urgentes de l'Appendice 2 de l'Annexe E. »

Proposition : En dehors des heures normales de travail, nous recommandons de stipuler que les besoins soient communiqués rapidement par téléphone ainsi que par courriel, pour s'assurer que ceux-ci sont bien reçus dans les délais requis.

Réponse 17 :

Dans chaque cas, et selon les besoins opérationnels, le Canada avisera l'entrepreneur des demandes urgentes de services (DUS), en ayant recours à l'une ou à la totalité des méthodes de communication d'urgence énoncées à l'Annexe A de l'Énoncé des Travaux (pour toutes les régions), section 7, c).

Le changement proposé ne sera donc pas appliqué, et la DP demeurera identique.

Question 18 :

La sous-section 1.2.3.3.4.1 de la Partie 7 (page 56 de 75), stipule que « Dans le délai prévu dans le formulaire d'AT des DUS, l'entrepreneur doit fournir au RAT qui a initié le processus une réponse signée et datée en utilisant le formulaire d'AT pour DUS reçu du RAT.

Chaque fois que des services urgents sont requis pendant la période d'une DUS pré-approuvée par une AT, un représentant délégué de Santé Canada initiera le processus de DUS. Dans les deux heures qui suivent, l'entrepreneur doit répondre à la demande en fournissant au représentant délégué de Santé Canada :

(1) le nom de la ressource infirmière (comme indiqué dans la liste de personnel accepté);

- (2) l'itinéraire de voyage, et,
(3) une réponse complétée, signée et datée en utilisant le formulaire de DUS. »

Proposition : Afin de confirmer efficacement et rapidement un besoin urgent, nous proposons que le Canada intervienne également par téléphone et par courriel pour réserver une ressource, dans les deux heures suivant la réponse de l'entrepreneur relativement à la disponibilité d'une ressource.

Réponse 18 :

En raison de la nature particulière des exigences relatives aux DUS et du caractère urgent du besoin du Canada d'obtenir un(e) infirmier(e) contractuel(le) qualifié(e), celui-ci prendra toujours les mesures voulues pour répondre le plus rapidement possible à l'entrepreneur.

Le changement proposé ne sera donc pas appliqué, et la DP demeurera identique.

Question 19 :

À la Partie 7, la sous-section 7.10 i) (page 69 de 75), stipule que :

- (A) Si l'entrepreneur ne peut fournir une infirmière de remplacement dans le délai stipulé à l'article 2.1.1 du contrat, l'entrepreneur doit verser au Canada un montant égal à 50 % du taux horaire normal fixe de l'infirmier(e) contractuel(le) demandé pour chaque journée (ou portion de journée) de retard (jusqu'à un maximum de 8 heures par jour de travail) à fournir l'infirmier(e) contractuel(le), jusqu'à un maximum de dix (10) jours.
- (B) En plus du 7.10(i), (A) ci-dessus, dans le cas où le Canada doit déplacer une infirmière de Santé Canada ou une autre infirmier(e) contractuel(le) pour remplacer un poste où l'entrepreneur n'a pas fourni d'infirmier(e) contractuel(le) de remplacement conformément à l'article 2.1.1 du contrat, alors l'entrepreneur doit fournir un crédit de paiement au Canada qui est égal au coût de tout transport associé à la réinstallation temporaire d'une autre infirmière de Santé Canada ou contractuelle à cet emplacement du travail. Le Canada fournira à l'entrepreneur des copies des reçus démontrant les coûts engagés par le Canada pour la réinstallation temporaire de l'infirmière de Santé Canada ou d'une autre infirmier(e) contractuel(le) pour les crédits de paiements demandés en vertu de la présente clause."

Proposition : Les parties A et B prévoient des sanctions pour un entrepreneur qui ne peut fournir d'infirmier(e) de remplacement lorsque l'infirmier(e) prévu(e) au départ ne peut accomplir les tâches demandées. Soulignons toutefois qu'il existe de nombreuses situations où l'infirmier(e) prévu(e) au départ n'est pas en mesure de travailler pendant les périodes demandées. Cela dit, il revient à l'agence d'inciter cette personne à exécuter ces tâches et à s'acquitter de son mandat complet. Il est aussi dans les meilleurs intérêts de l'agence de trouver un(e) infirmier(e) de remplacement pour se charger de l'affectation. Ce n'est que lorsque toutes les ressources auront été entièrement épuisées qu'une agence sera considérée comme incapable de trouver un(e) infirmier(e) de remplacement. C'est la raison pour laquelle nous proposons d'éliminer de la DP la Partie A de la section 7.10.

Réponse 19 :

Tel que stipulé à l'article 7.10 iv) (page 69 de 75) les crédits sont des dommages-intérêts et qu'ils représentent la meilleure estimation préalable de la perte pour le Canada dans l'éventualité du manquement applicable. Les crédits ne sont pas une pénalité et ne doivent pas être considérés comme tels.

Les délais de prestation de service d'un(e) infirmier(e) contractuel(le) de remplacement, qui peut varier selon la raison pour laquelle il faut remplacer l'infirmier(e) d'origine, sont stipulés dans la partie 7, page 61 de 75, article 2.1.1. Le changement proposé ne sera donc pas appliqué, et la DP demeurera identique.

Question 20 :

À l'Annexe A – Manitoba, la Section 9, Emplacement de travail, stipule que :

« Le lieu du besoin sera indiqué au moment de la demande de tâche initiale/autorisation de tâches, SC ou ses délégué(s) se réservent le droit de changer le lieu de la prestation des services en tout temps durant la

période de l'autorisation de tâches en raison des besoins opérationnels. En de telles circonstances, l'autorité technique ou son/ses délégué(s) s'efforceront de donner un préavis de changement d'emplacement de travail à l'Entrepreneur, dans les meilleurs délais possible. Si l'infirmier(e) contractuel(le) refuse de changer d'emplacement de travail, l'infirmier(e) contractuel(le) sera redirigé aux Centres de transport désignés et l'Entrepreneur devra fournir une ressource de remplacement, conformément à l'article 2.1.1 du Contrat. »

De même que la Question n° 19 ci-haut, les raisons pour lesquelles un(e) infirmier(e) contractuel(le) refuse de changer de lieu de travail au cours d'une affectation sont variées et souvent valables, notamment les suivantes :

- Conseil de bande autochtone
- Impossibilité d'obtenir un salaire normal en raison du déplacement
- Question de sécurité, etc.

Si un(e) infirmier(e) contractuel(le) fournit une justification valable pour ne pas changer de lieu de travail, nous proposons de ne pas renvoyer tout de suite l'infirmier(e) au Centre de transport désigné, mais de permettre à cette personne de remplir son engagement dans la communauté où elle se trouve alors, et que le Canada collabore avec l'entrepreneur en vue de trouver une solution de rechange. De plus, soulignons que du point de vue des coûts, la relocalisation des ressources au milieu d'une affectation entraîne des frais supplémentaires inutiles à la fois pour le Canada et le fournisseur de service.

Réponse 20 :

Le Canada a examiné la modification proposée et a déterminé que la DP actuelle rend au mieux les besoins opérationnels de Santé Canada. Le changement proposé ne sera donc pas appliqué, et la DP demeurera identique.

Question 21 :

Relativement à l'appendice A de l'Annexe A pour le Manitoba, il n'y a pas de centres de transport désignés hors de la province (c.-à-d., centres ontariens); mais il y a un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers au Manitoba qui résident à l'extérieur de la Région. Afin d'obtenir un meilleur taux de réussite des affectations, nous proposons d'ajouter les villes suivantes à la liste des centres de transport désignés actuels dans la Région du Manitoba :

- Toronto (Ontario)
- Ottawa (Ontario)

Réponse 21 :

Le Canada estime que les centres de transport désignés figurant actuellement à l'appendice A de l'Annexe A de chaque région sont suffisants, et ne prévoit donc pas d'ajouter de villes. Il acceptera toutefois des propositions de centres de rechange, lorsque l'on sera en mesure de démontrer que la solution n'entraînera pas de frais supplémentaires ou permettra de faire des économies, à la satisfaction du responsable des autorisations de tâches.

Voir les modifications 55 à 58.

Question 22 :

Section 5 de l'Annexe A – Manitoba, il est stipulé que:

« Santé Canada se réserve le droit de demander l'affectation d'un infirmier(e) contractuel(le) d'un sexe précis lorsque cela est justifié par un besoin clinique particulier »

Le Canada peut-il prévoir la fréquence de telles demandes? Comment le Canada peut-il être certain que ce type de demandes sera appliqué de façon équitable en réponse à des besoins essentiels et ne servira

pas à empêcher des personnes appartenant à un groupe sexuel donné de fournir des services de soins infirmiers?

Réponse 22:

À l'heure actuelle, le Canada n'est pas en mesure de prévoir la fréquence de ce type de demande. La période, le lieu de travail et la durée visés par ces demandes sont fondés sur les besoins cliniques établis par les responsables des services de soins infirmiers.

Le Canada n'entend pas utiliser ce droit pour empêcher des personnes appartenant à un groupe sexuel donné de fournir des services de soins infirmiers ou pour faire preuve de discrimination à leur égard. Le but visé est de permettre au Canada d'offrir des soins de santé adéquats aux patients.

Question 23:

L'Annexe A – Manitoba, section 5, décrit une orientation préplacement (OPP).

- a) Où se tiendra l'orientation préplacement?
- b) En rapport avec le segment 2 : formation sur place de trois jours, au cours de laquelle on décidera de l'endroit où se tiendra l'orientation?

Réponse 23 :

- a) Pour le moment, le Canada prévoit que le segment 1 de l'orientation préplacement se tiendra à Winnipeg, Manitoba, mais ce lieu pourrait être changé. Le Canada confirmera le lieu du segment 1 lors de la phase de démarrage.
- b) Le lieu du segment 2 de l'orientation préplacement sera décidé par le Canada. Celui-ci le confirmera lors de la phase de démarrage.

Question 24 :

Relativement à l'Annexe A – Manitoba, section 4, v), Jours fériés, lorsqu'un jour férié tombe les journées où il n'y a pas de services cliniques (à savoir samedi ou dimanche), les stations sont normalement fermées le jour de la semaine suivante en remplacement du jour férié. Est-ce que le « jour de la semaine en remplacement du jour férié » est reconnu comme un jour férié?

Réponse 24 :

Non. Le contrat ne renferme aucune disposition à cet égard. L'entrepreneur sera payé conformément à la base de paiement à l'Annexe B.

Question 25 :

Relativement à l'Annexe B (toutes les régions), page 4 de 7, sous-section 3.1.2, Temps de déplacement en transit, lorsque le temps en transit est plus long que prévu, quel serait le tarif d'indemnisation pour le temps de transit dépassant la période spécifiée, soit de 6 h à 23 h?

Réponse 25 :

L'entrepreneur sera payé conformément à ce qui est stipulé à l'Annexe B, sous-section 3.1.2, pour le temps en transit entre 6 h et 23 h (qui correspond aux heures normales de travail). Le temps en transit après 23 h ne sera pas indemnisé jusqu'à 6 h le jour suivant (si l'infirmier(e) contractuel(le) est encore en transit).

Question 26 :

En ce qui concerne l'Annexe B (Toutes les régions), page 4 de 7, 4.1 Honoraires professionnels, selon les données historiques (contrats en cours), le Canada pourrait-il fournir les données à ce jour quant au

nombre de contrats qui ont été annulés (plus de 14 jours civils et moins de 14 jours), ainsi que les raisons de chaque annulation?

Réponse 26 :

À ce jour, le Canada n'a annulé aucun des trois contrats conclus en vertu de la demande de proposition (DP) pour ces services (DP HT360-123541/C). Quant à l'annulation des autorisations de tâches approuvées émises dans le cadre des trois contrats existants, environ 44 autorisations de tâches ont été annulées depuis décembre 2016. En ce moment, le Canada n'a pas la capacité de suivi des données pour fournir une ventilation de ce nombre selon la notification plus de 14 jours civils et moins de 14 jours civils avant la date de début de la période de service ni la raison des annulations.

Question 27 :

Sur quelle norme le Canada s'est-il basé pour établir une compensation de 250 \$ par jour pour les affectations annulées en moins de 14 jours civils? 250 \$/7,5 heures (heures normales de travail par jour) = tarif horaire d'environ 33,33 \$, ce qui est considérablement inférieur au taux salarial industriel standard.

Par souci d'équité, au cas où le Canada résilierait une autorisation de tâche ou en réduirait la période de service moins de 14 jours civils avant la date de début de la période de service indiquée, comme convenu dans une autorisation de tâche approuvée, et qu'une autre affectation d'une durée similaire et couvrant une même période de temps que la durée des services réduite ou résiliée, n'a pas été offerte à l'entrepreneur, l'entrepreneur peut facturer au Canada un montant correspondant à 50 % du tarif horaire régulier fixe de l'infirmière contractuelle nécessaire pour chaque jour (ou jour partiel) de retard (jusqu'à un maximum de 8 heures par jour de travail) dans la mise à disposition de l'infirmière contractuelle, jusqu'à un maximum de 10 jours au total.

Réponse 27 :

Veuillez voir les modifications 60-63.

Question 28 :

SC exige un(e) infirmier(e) autorisé(e) plus qualifié(e) (c.-à-d., diplôme universitaire seulement) en Ontario, par rapport à l'Alberta, au Manitoba ou au Québec, même si les offres d'emploi affichées par la DGSPNI, les directives/compétences cliniques, les fonctions de l'infirmière ou de l'infirmier sur le plan de la santé communautaire, etc. sont identiques. Pourquoi?

La modification des exigences ontariennes en matière d'éducation, c.-à-d., le fait de demander un diplôme universitaire au lieu de tout diplôme, est susceptible de diminuer sensiblement le nombre de ressources qualifiées disponibles pour travailler dans cette province.

Réponse 28 :

Les exigences en matière d'éducation énoncées dans la présente DP pour les infirmières et infirmiers travaillant dans la Région de l'Ontario correspondent aux pratiques de dotation internes en vigueur à la DGSPNI – Région de l'Ontario, pour les stations de soins infirmiers des communautés éloignées et isolées.

Question 29 :

Relativement à l'article 8 de l'Annexe A - Manitoba, (Page 9 de 13) :

a) Est-ce que le Canada n'accepte de certificat de transport de marchandises dangereuses (TMD) que de certains fournisseurs de service?

b) Y a-t-il un coût associé aux cours en ligne Notions de base sur la protection des renseignements personnels et Évaluations des facteurs relatifs à la vie privée sur le site santepublique.gc.ca/formation?

Réponse 29 :

- a) Le Canada n'approuve pas un cours en particulier sur le transport des marchandises dangereuses (TMD) ni un fournisseur précis pour le dispenser. L'entrepreneur doit s'assurer que cette formation correspond aux besoins des infirmières et infirmiers travaillant dans des communautés éloignées et isolées, en plus d'être conforme aux normes et règlements de Transports Canada en matière de sécurité.
- b) Pour le moment, aucun coût n'est associé à ce cours en ligne.

Question 30 :

Ce que nous savons c'est que le Canada prévoit attribuer un marché par région (Alberta, Manitoba, Ontario et Québec). Pouvez-vous expliquer comment chaque marché sera géré? Est-ce que chaque marché sera suivi et géré par une seule autorité technique, ou est-ce que l'on fonctionnera par Région (c.-à-d. pour chaque marché, l'entrepreneur doit traiter avec l'autorité technique de la province dans laquelle les services sont demandés)?

Réponse 30 :

On prévoit que chaque marché sera géré par la même autorité contractante, la même autorité technique et les mêmes responsables des autorisations de tâches, quelle que soit la région. Pour le moment, ces responsables se trouvent dans la région de la capitale nationale (RCN), mais cela est sujet à changement et la situation pourrait être revue au cours de la période d'exécution des marchés. Tout changement d'autorité sera appliqué par le biais d'une modification au marché.

Question 31 :

Nous avons une demande de précisions en ce qui a trait à la Modification 003, page 2 de 16, les modifications 24 et 25 qui indique :

"24. À l'Annexe A, Énoncé des travaux – Ontario, Table des matières:

SUPPRIMER: 13. Pas de concurrence.....Page 13

25. À l'Annexe A, Énoncé des travaux – Ontario, article 13 :

SUPPRIMER: Article 13, Pas de concurrence, en entier."

Pourquoi le Canada a-t-il supprimé la clause de non-concurrence?

Réponse 31 :

À la suite d'un examen et d'une analyse plus approfondis de la cause de non-concurrence, il a été décidé de retirer cette clause en raison de la complexité de la gestion d'une telle clause dans un environnement opérationnel décentralisé.

Question 32 :

Nous avons une demande de précisions en ce qui a trait à la Partie 3, sous-section 3.1, c) (i) Format de la soumission qui indique « utiliser des pages en format de 8,5 po x 11 po (216 mm x 279 mm) »

Nous aimerions souligner que la pièce jointe Excel de la DP, intitulée Pièce jointe 2 de la Partie 4, qui contient les barèmes pour les exigences OT1, CT1 et CT2 ainsi que les tableaux de prix, est formatée de telle façon que son impression par défaut est en mode paysage sur du papier légal (8,5 X 14).

Veuillez préciser si le format légal, facile à lire, et à analyser, est acceptable.

Réponse 32 :

Le Canada confirme que le format d'impression actuel en mode paysage est acceptable pour les appendices TO1, TC1.1, et TC1.2 de la Pièce jointe 2 à la Partie 4,

Section 2 : Modifications à la Demande de soumissions

Les modifications suivantes sont apportées à la demande de soumissions :

59. À partie 7, page 63 de 75, à la sous-section 2.2, Conditions générales supplémentaires :

SUPPRIMER : La sous-section 2.2, Conditions générales supplémentaires, en entier.

INSÉRER : **01 Interprétation**

1. Dans le contrat, à moins que le contexte n'indique un sens différent,

« conditions générales » désigne les conditions générales qui font partie du contrat;
« dossier » désigne tout exemplaire papier ou des données sous forme lisible par machine comprenant des renseignements personnels;
« renseignements personnels » désigne tout renseignement qui concerne un individu identifiable, incluant le type de renseignements décrit dans la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#), L.C. 1985, c. P-21.
2. Les mots et expression définis dans les conditions générales et employés dans les présentes conditions générales supplémentaires ont le sens donné dans les conditions générales.
3. En cas de divergence entre les conditions générales et ces conditions générales supplémentaires, les dispositions applicables des conditions générales supplémentaires l'emportent.

02 Propriété des renseignements personnels et des dossiers

Pour exécuter les travaux, l'entrepreneur aura accès et/ou recueillera des renseignements personnels de tiers. L'entrepreneur reconnaît qu'il n'a aucun droit sur ces renseignements personnels ou dossiers et que ces derniers appartiennent à l'autorité technique. L'entrepreneur doit rendre disponibles, sur demande à l'autorité technique, tous les renseignements personnels et dossiers dans un format acceptable pour l'autorité technique.

03 Utilisation des renseignements personnels

L'entrepreneur convient de créer, recueillir, recevoir, gérer, avoir accès, utiliser, conserver et disposer des renseignements personnels et des dossiers uniquement pour exécuter les travaux conformément au contrat.

04 Cueillette des renseignements personnels

1. Si l'entrepreneur doit obtenir des renseignements personnels d'un tiers dans le cadre des travaux, il ne doit recueillir que les renseignements personnels lui permettant d'exécuter les travaux. L'entrepreneur doit

recueillir les renseignements personnels auprès de l'individu concerné et l'informer (au moment de la cueillette ou préalablement) de ce qui suit :

- a. les renseignements personnels sont recueillis au nom de l'autorité technique et lui seront transmis;
 - b. les fins auxquelles ils sont destinés;
 - c. la divulgation des renseignements personnels est volontaire ou lorsqu'une exigence juridique demande que soient divulgués les renseignements personnels, la nature de cette exigence juridique;
 - d. les conséquences, le cas échéant, de refuser de fournir les renseignements;
 - e. l'individu a le droit de consulter et de corriger les renseignements personnels le concernant; et
 - f. les renseignements personnels feront partie d'un fichier de renseignements personnels particulier (au sens de la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#)), et fournir à l'individu de l'information concernant l'institution fédérale qui gère le fichier de renseignements personnels, si l'autorité technique a fourni ces renseignements à l'entrepreneur.
2. L'entrepreneur, ses sous-traitants et leurs employés respectifs doivent s'identifier auprès des individus desquels ils recueillent des renseignements personnels et leur donner le moyen de vérifier qu'ils sont autorisés à recueillir les renseignements personnels en vertu d'un contrat passé avec le Canada.
 3. Si l'autorité technique l'exige, l'entrepreneur doit élaborer un formulaire de demande de consentement à utiliser lors de la cueillette de renseignements personnels, ou un texte dans le cas de cueillette de renseignements personnels par téléphone. L'entrepreneur ne peut utiliser le formulaire ou le texte sans avoir obtenu l'approbation écrite préalable de l'autorité contractante. Il doit aussi obtenir le consentement de l'autorité contractante avant de modifier le formulaire ou le texte.
 4. Si, lors de la cueillette de renseignements personnels auprès d'un individu, l'entrepreneur sait ou soupçonne que cet individu n'est pas en mesure de consentir à la divulgation et l'utilisation de ses renseignements personnels, l'entrepreneur doit demander des directives à l'autorité technique.

05 Exactitude, confidentialité et intégrité des renseignements personnels

L'entrepreneur doit s'assurer que les renseignements personnels sont le plus exacts, complets et à jour que possible, et il doit en assurer la confidentialité. Pour ce faire, l'entrepreneur doit, au minimum :

- a. ne pas utiliser de données d'identification personnelle (par ex., le numéro d'assurance sociale) pour lier de nombreuses bases de données qui comprennent des renseignements personnels;
- b. isoler les dossiers des renseignements et des dossiers de l'entrepreneur;
- c. ne donner l'accès aux renseignements personnels et aux dossiers qu'à ceux qui le requièrent aux fins d'exécution des travaux (par exemple, en utilisant des mots de passe ou un accès biométrique);
- d. donner de la formation à toute personne à laquelle l'entrepreneur donne accès aux renseignements personnels concernant l'obligation d'assurer la confidentialité et de ne l'utiliser qu'aux fins d'exécution des travaux. L'entrepreneur doit donner cette formation avant d'autoriser l'accès aux renseignements personnels et préparer à cet effet un dossier accessible à l'autorité technique, sur demande;
- e. à la demande de l'autorité technique, demander aux personnes ayant accès aux renseignements personnels de reconnaître, par écrit (sous une forme approuvée par l'autorité technique), leurs responsabilités en matière de confidentialité des renseignements personnels, avant de leur en donner l'accès;
- f. garder un registre de toutes les demandes faites par un individu pour la révision de ses renseignements personnels et toutes les demandes de correction d'erreurs ou d'omissions concernant les renseignements personnels (que les demandes soient faites directement par un individu ou par l'autorité technique au nom d'un individu);
- g. joindre une note à tout dossier qu'un individu a demandé de corriger, mais que l'entrepreneur a décidé, pour quelque raison que ce soit, de ne pas corriger. Lorsque cela se produit, l'entrepreneur doit immédiatement informer l'autorité technique de la correction demandée et des raisons de l'entrepreneur de ne pas l'effectuer. Si l'autorité technique demande que la correction soit effectuée, l'entrepreneur a l'obligation de le faire;
- h. garder un registre de la date et de l'auteur de la dernière mise à jour de chaque dossier;
- i. maintenir un journal de vérification électronique qui enregistre tous les accès et les tentatives d'accès des dossiers électroniques. Le journal de vérification doit être dans un format qui peut être lu par l'entrepreneur et l'autorité technique en tout temps; et
- j. sécuriser et contrôler l'accès à tout exemplaire papier des dossiers.

06 Protection des renseignements personnels

L'entrepreneur doit, en tout temps, protéger les renseignements personnels en prenant toutes les mesures nécessaires visant la protection et la sécurité des renseignements. Pour ce faire, l'entrepreneur doit, au minimum :

- a. stocker les renseignements personnels sous format électronique de manière à ce qu'un mot de passe (ou un autre mécanisme de contrôle, comme l'accès biométrique) soit requis pour accéder au système ou à la base de données où sont stockés les renseignements personnels;
- b. s'assurer que les mots de passe ou autres moyens d'accès aux renseignements personnels ne sont fournis qu'aux individus qui le requièrent aux fins d'exécution des travaux;
- c. ne pas confier à un tiers (y compris un affilié) le stockage des renseignements personnels sans l'autorisation préalable et écrite de l'autorité contractante et l'autorité technique;
- d. protéger les bases de données ou les systèmes informatiques qui emmagasinent les renseignements personnels contre un accès externe par des méthodes couramment utilisées par des organismes publics et privés du Canada faisant preuve de prudence en matière de protection des renseignements très protégés et sensibles;
- e. faire une sauvegarde et une mise à jour de tous les dossiers au moins une fois par semaine;
- f. implanter toutes les mesures raisonnables de sécurité et de protection que l'autorité technique demande de temps en temps; et
- g. aviser immédiatement l'autorité contractante et l'autorité technique de toute infraction à la sécurité; par exemple, chaque fois qu'un individu non autorisé obtient l'accès aux renseignements personnels.

07 Nomination d'un agent de protection de la vie privée

L'entrepreneur doit nommer quelqu'un comme agent de protection de la vie privée, qui agira en tant que son représentant pour toutes les questions touchant les renseignements personnels et les dossiers. L'entrepreneur doit fournir le nom de cette personne à l'autorité contractante et l'autorité technique dans un délai de dix (10) jours suivant l'attribution du contrat.

08 Obligation de présenter des rapports trimestriels

Dans un délai de trente (30) jours suivant la fin de chaque trimestre (janvier-mars; avril-juin; juillet-septembre; octobre-décembre), l'entrepreneur doit présenter à l'autorité technique:

- a. une description de toute nouvelle mesure prise par l'entrepreneur pour protéger les renseignements personnels (par exemple, un nouveau logiciel ou de nouveaux contrôles d'accès utilisés par l'entrepreneur);
- b. une liste des corrections apportées aux renseignements personnels à la demande d'un individu concerné (comprenant le nom de la personne, la date de la demande et la correction apportée);

- c. les détails de toute plainte reçue d'individus concernant la manière dont leurs renseignements personnels sont recueillis ou traités par l'entrepreneur; et
- d. une copie (dans un format électronique accepté par l'autorité technique et l'entrepreneur) de l'ensemble des renseignements personnels conservés électroniquement par l'entrepreneur.

09 Évaluation des menaces et des risques

L'entrepreneur doit présenter à l'autorité technique une évaluation des menaces et des risques dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'attribution du contrat, et dans un délai de trente (30) jours civils suivant chaque date d'anniversaire du contrat s'il dure plus d'un an, qui doit comprendre :

- a. une copie de la dernière version du formulaire de demande de consentement ou du script que l'entrepreneur utilise pour recueillir les renseignements personnels;
- b. une liste des types de renseignements personnels utilisés par l'entrepreneur se rapportant aux travaux;
- c. une liste de tous les emplacements où les exemplaires papier des renseignements personnels sont conservés;
- d. une liste de tous les emplacements où les renseignements personnels sous forme lisible par machine sont conservés (par exemple, l'emplacement du serveur sur lequel la base de données est installée), ainsi que les sauvegardes;
- e. une liste de toutes les personnes auxquelles l'entrepreneur a donné l'accès aux renseignements personnels ou aux dossiers;
- f. une liste de toutes les mesures prises par l'entrepreneur pour protéger les renseignements personnels et les dossiers;
- g. une explication détaillée des menaces réelles ou potentielles touchant les renseignements personnels ou les dossiers, accompagnée d'une évaluation des risques créés par ces menaces et la pertinence des protections existantes visant à prévenir ces risques; et
- h. une explication de toute nouvelle mesure que l'entrepreneur considère prendre afin de protéger les renseignements personnels et les dossiers.

10 Vérification

L'autorité technique peut vérifier en tout temps la conformité de l'entrepreneur aux présentes conditions générales supplémentaires. À la demande de l'autorité technique, l'entrepreneur doit donner au l'autorité technique (ou à son/sa représentant(e) autorisé(e)) l'accès à ses locaux et aux renseignements personnels et dossiers en tout temps jugé raisonnable. Si l'autorité technique

découvre un problème durant la vérification, l'entrepreneur doit le corriger immédiatement à ses frais.

11 Obligations réglementaires

1. L'entrepreneur reconnaît que l'autorité contractante, qui traite tous les renseignements personnels aux fins de l'administration du contrat, et l'autorité technique sont tenues de traiter les renseignements personnels conformément aux dispositions de la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#), de la [Loi sur l'accès à l'information](#), L.R.1985, chap. A-1, et de la [Loi constituant Bibliothèque et Archives du Canada](#), L.C. 2004, chap. 11. L'entrepreneur convient de se conformer aux exigences établies par l'autorité contractante et l'autorité technique qui sont raisonnablement requises pour permettre à l'autorité contractante et à l'autorité technique de remplir leurs obligations en vertu de ces lois et de toute autre loi qui entre en vigueur de temps en temps. À titre de précision, le traitement de tous les renseignements personnels par l'autorité contractante, aux fins de l'administration du contrat, se limite aux cas précisés dans ces conditions générales supplémentaires.
2. L'entrepreneur reconnaît que ses obligations en vertu du contrat s'ajoutent à toutes celles que lui impose la [Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques](#), L.C. 2000, c.5, ou une loi similaire en vigueur dans une province ou un territoire du Canada. Si l'entrepreneur estime que l'une ou l'autre des obligations du contrat l'empêche de s'acquitter de ses obligations en vertu de ces lois, il doit immédiatement informer l'autorité contractante et l'autorité technique de la disposition du contrat et de l'obligation de la loi entre lesquelles il considère y avoir conflit.

12 Élimination et retour des dossiers au Canada

L'entrepreneur ne peut éliminer aucun dossier à moins que l'autorité technique le lui demande. Sur demande de l'autorité technique, ou lorsque les travaux liés aux renseignements personnels sont terminés, le contrat est complété ou lorsque le contrat est résilié, selon ce qui se produit en premier, l'entrepreneur doit retourner tous les dossiers (y compris les copies) à l'autorité technique.

13 Obligation juridique de divulguer les renseignements personnels

Avant de divulguer tout renseignement personnel conformément à toute loi, à tout règlement ou toute ordonnance rendue par une cour de justice, un tribunal ou une entité administrative compétente, l'entrepreneur doit immédiatement informer l'autorité contractante et l'autorité technique, afin de leurs permettre de participer aux procédures pertinentes.

14 Plaintes

L'autorité technique et l'entrepreneur conviennent de s'informer immédiatement l'un l'autre de la réception d'une plainte en vertu de la [Loi sur l'accès à l'information](#), de la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#) ou de toute autre loi pertinente concernant les renseignements personnels. Les parties conviennent de s'échanger toute information nécessaire pour faciliter le

règlement de la plainte et de s'informer immédiatement l'une l'autre de son dénouement.

15 Exception

Les obligations énoncées dans ces conditions générales supplémentaires ne s'appliquent pas aux renseignements personnels qui sont déjà du domaine public, du moment qu'elles ne sont pas devenues du domaine public, suite à une faute ou une omission de l'entrepreneur ou de tout sous-traitant, agent ou représentant de l'entrepreneur ou de leurs employés.

60. À l'Annexe B - Base de paiement – Alberta, (page 4 de 7) sous-article 4.1 Honoraires professionnels

SUPPRIMER : Sous-article 4.1 – Honoraires professionnels, en entier.

INSÉRER : **4.1 Honoraires professionnels :**

4.1.1 Il n'y aura pas de frais pour le Canada pour la résiliation d'une AT ou une réduction de la durée des services d'une AT, si une notification écrite est fournie à l'entrepreneur 14 jours civils ou plus avant la date de début de la période de service, comme indiqué dans un AT autorisée.

4.1.2 Quand il y a résiliation d'une autorisation de tâche pour des raisons de commodité par le Canada moins de 14 jours civils avant la date de début de la période de service, comme convenu dans une autorisation de tâche approuvée, et qu'une autre affectation d'une durée totale équivalant à au moins 75 % de la période de service originale et une date de début de la période de service dans les 3 jours civils suivant ou précédant la résiliation de l'autorisation de tâche n'ont pas été offertes à l'entrepreneur dans les 48 heures suivant la réception de la notification de résiliation de l'autorisation de tâche, l'entrepreneur peut facturer au Canada un montant correspondant à 50 % du tarif horaire régulier fixe de l'infirmière contractuelle nécessaire pour chaque jour de la période de service de l'autorisation de tâche (jusqu'à un maximum de 8 heures par jour de travail), jusqu'à un maximum de 10 jours au total.

4.1.3 Quand la période de service d'une autorisation de tâche est réduite de plus de 5 jours par le Canada moins de 14 jours civils avant la date de début de la période de service, comme convenu dans une autorisation de tâche approuvée, et qu'une autre affectation d'au moins la même durée que la période réduite et couvrant une même période de temps que la durée des services réduite n'a pas été offerte à l'entrepreneur dans les 48 heures suivant la réception de la notification de réduction de la période de service, l'entrepreneur peut facturer au Canada un montant correspondant à 50 % du tarif horaire régulier fixe de l'infirmière contractuelle nécessaire pour chaque jour de la période de service de l'autorisation de tâche (jusqu'à un maximum de 8 heures par jour de travail), jusqu'à un maximum de 10 jours au total.

61. À l'Annexe B - Base de paiement – Manitoba, (page 4 de 7) sous-article 4.1 Honoraires professionnels

SUPPRIMER : Sous-article 4.1 – Honoraires professionnels, en entier.

INSÉRER : **4.1 Honoraires professionnels :**

4.1.1 Il n'y aura pas de frais pour le Canada pour la résiliation d'une AT ou une réduction de la durée des services d'une AT, si une notification écrite est fournie à l'entrepreneur 14 jours civils ou plus avant la date de début de la période de service, comme indiqué dans un AT autorisée.

4.1.2 Quand il y a résiliation d'une autorisation de tâche pour des raisons de commodité par le Canada moins de 14 jours civils avant la date de début de la période de service, comme convenu dans une autorisation de tâche approuvée, et qu'une autre affectation d'une durée totale équivalant à au moins 75 % de la période de service originale et une date de début de la période de service dans les 3 jours civils suivant ou précédant la résiliation de l'autorisation de tâche n'ont pas été offertes à l'entrepreneur dans les 48 heures suivant la réception de la notification de résiliation de l'autorisation de tâche, l'entrepreneur peut facturer au Canada un montant correspondant à 50 % du tarif horaire régulier fixe de l'infirmière contractuelle nécessaire pour chaque jour de la période de service de l'autorisation de tâche (jusqu'à un maximum de 8 heures par jour de travail), jusqu'à un maximum de 10 jours au total.

4.1.3 Quand la période de service d'une autorisation de tâche est réduite de plus de 5 jours par le Canada moins de 14 jours civils avant la date de début de la période de service, comme convenu dans une autorisation de tâche approuvée, et qu'une autre affectation d'au moins la même durée que la période réduite et couvrant une même période de temps que la durée des services réduite n'a pas été offerte à l'entrepreneur dans les 48 heures suivant la réception de la notification de réduction de la période de service, l'entrepreneur peut facturer au Canada un montant correspondant à 50 % du tarif horaire régulier fixe de l'infirmière contractuelle nécessaire pour chaque jour de la période de service de l'autorisation de tâche (jusqu'à un maximum de 8 heures par jour de travail), jusqu'à un maximum de 10 jours au total.

62. À l'Annexe B - Base de paiement – Ontario, (page 4 de 7) sous-article 4.1 Honoraires professionnels :

SUPPRIMER : Sous-article 4.1 – Honoraires professionnels, en entier.

INSÉRER : **4.1 Honoraires professionnels :**

4.1.1 Il n'y aura pas de frais pour le Canada pour la résiliation d'une AT ou une réduction de la durée des services d'une AT, si une notification écrite est fournie à l'entrepreneur 14 jours civils ou plus avant la date de début de la période de service, comme indiqué dans un AT autorisée.

4.1.2 Quand il y a résiliation d'une autorisation de tâche pour des raisons de commodité par le Canada moins de 14 jours civils avant la date de début de la période de service, comme convenu dans une autorisation de tâche approuvée, et qu'une autre affectation d'une durée totale équivalant à au moins 75 % de la période de service originale et une date de début de la période de service dans les 3 jours civils suivant ou précédant la résiliation de l'autorisation de tâche n'ont pas été offertes à l'entrepreneur dans les 48 heures suivant la réception de la notification de résiliation de l'autorisation de tâche, l'entrepreneur peut facturer au Canada un montant correspondant à 50 % du tarif horaire régulier fixe de l'infirmière contractuelle nécessaire pour chaque jour de la période de service de l'autorisation de tâche (jusqu'à un maximum de 8 heures par jour de travail), jusqu'à un maximum de 10 jours au total.

4.1.3 Quand la période de service d'une autorisation de tâche est réduite de plus de 5 jours par le Canada moins de 14 jours civils avant la date de début de la période de service, comme convenu dans une autorisation de tâche approuvée, et qu'une autre affectation d'au moins la même durée que la période réduite et couvrant une même période de temps que la durée des services réduite n'a pas été offerte à l'entrepreneur dans les 48 heures suivant la réception de la notification de réduction de la période de service, l'entrepreneur peut facturer au Canada un

montant correspondant à 50 % du tarif horaire régulier fixe de l'infirmière contractuelle nécessaire pour chaque jour de la période de service de l'autorisation de tâche (jusqu'à un maximum de 8 heures par jour de travail), jusqu'à un maximum de 10 jours au total.

63. À l'Annexe B - Base de paiement – Québec, (page 4 de 7) sous-article 4.1 Honoraires professionnels :

SUPPRIMER : Sous-article 4.1 – Honoraires professionnels, en entier.

INSÉRER : **4.1 Honoraires professionnels :**

4.1.1 Il n'y aura pas de frais pour le Canada pour la résiliation d'une AT ou une réduction de la durée des services d'une AT, si une notification écrite est fournie à l'entrepreneur 14 jours civils ou plus avant la date de début de la période de service, comme indiqué dans un AT autorisée.

4.1.2 Quand il y a résiliation d'une autorisation de tâche pour des raisons de commodité par le Canada moins de 14 jours civils avant la date de début de la période de service, comme convenu dans une autorisation de tâche approuvée, et qu'une autre affectation d'une durée totale équivalant à au moins 75 % de la période de service originale et une date de début de la période de service dans les 3 jours civils suivant ou précédant la résiliation de l'autorisation de tâche n'ont pas été offertes à l'entrepreneur dans les 48 heures suivant la réception de la notification de résiliation de l'autorisation de tâche, l'entrepreneur peut facturer au Canada un montant correspondant à 50 % du tarif horaire régulier fixe de l'infirmière contractuelle nécessaire pour chaque jour de la période de service de l'autorisation de tâche (jusqu'à un maximum de 8 heures par jour de travail), jusqu'à un maximum de 10 jours au total.

4.1.3 Quand la période de service d'une autorisation de tâche est réduite de plus de 5 jours par le Canada moins de 14 jours civils avant la date de début de la période de service, comme convenu dans une autorisation de tâche approuvée, et qu'une autre affectation d'au moins la même durée que la période réduite et couvrant une même période de temps que la durée des services réduite n'a pas été offerte à l'entrepreneur dans les 48 heures suivant la réception de la notification de réduction de la période de service, l'entrepreneur peut facturer au Canada un montant correspondant à 50 % du tarif horaire régulier fixe de l'infirmière contractuelle nécessaire pour chaque jour de la période de service de l'autorisation de tâche (jusqu'à un maximum de 8 heures par jour de travail), jusqu'à un maximum de 10 jours au total.

64. À l'Annexe E – Formulaire d'autorisation de tâches, page 1 de 3, Coût de la tâche, Frais d'annulation :

SUPPRIMER : Frais d'annulation, en entier.

65. Santé Canada mettra bientôt à jour les sections sur la pharyngite et la fièvre rhumatismale du *Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires* de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).

Le guide susmentionné, tel que rédigé à la date de publication de la DP (le 3 novembre 2017), sera utilisé aux fins d'évaluation. Les soumissionnaires doivent ignorer le Chapitre 2 : Soins aux adultes – Oto-rhino-laryngologie et le Chapitre 11 – Soins des enfants et des adolescents – Appareil cardiovasculaire, tels que publiés sur le site Web de Santé Canada après le 4 décembre 2017.

Solicitation No. - N° de l'invitation
HT426-172611/C
Client Ref. No. - N° de réf. du client
HT426-17-2611

Amd. No. - N° de la modif.
005
File No. - N° du dossier
005xf. HT426-17-2611

Buyer ID - Id de l'acheteur
005xf
CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME

Les soumissionnaires trouveront ci-joint :

- Chapitre 2 : Soins aux adultes – Oto-rhino-laryngologie (dernière révision en août 2011)
- Chapitre 11 : Soins des enfants et des adolescents – Appareil cardiovasculaire (dernière révision en septembre 2011), à titre de référence pour la préparation de leur soumission.

TOUTES LES AUTRES MODALITÉS DEMEURENT INCHANGÉES

CHAPITRE 2 – OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).

Le contenu de ce chapitre a été mis à jour en août 2011.

Table de matières

ÉVALUATION DES OREILLES, DU NEZ, DE LA GORGE ET DE LA BOUCHE	2-1
Anamnèse et revue des systèmes	2-1
Examen physique	2-2
AFFECTIONS COURANTES DES OREILLES ET DU NEZ	2-3
Épistaxis antérieure	2-3
Cérumineuse (bouchon de cérumen)	2-4
Labyrinthite	2-5
Maladie de Ménière (hypertension endolabyrinthique)	2-7
Otite externe	2-8
Otite moyenne aiguë	2-10
Otite moyenne chronique, suppurée	2-11
Otite moyenne séreuse (avec épanchement)	2-12
Rhinite	2-14
Rhinosinusite aiguë	2-16
Rhinosinusite chronique	2-18
AFFECTIONS COURANTES DE LA GORGE	2-19
Laryngite	2-19
Pharyngite (mal de gorge)	2-20
AFFECTIONS COURANTES DE LA BOUCHE	2-23
Chéilite angulaire (perlèche)	2-23
Stomatite aphteuse	2-23
Abscess dentaire	2-26
Carie dentaire	2-27
Pigmentation d'une dent permanente (morte)	2-30
Gingivite	2-30
Glossite exfoliatrice marginée (langue géographique)	2-30
Péricoronarite	2-30
Parodontite	2-31

Odontalgie (mal de dent)	2-32
Xérostomie (sécheresse de la bouche)	2-32
URGENCES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES	2-33
Avulsion dentaire.....	2-33
Fracture dentaire.....	2-33
Mastoïdite	2-33
Traumatisme buccal.....	2-34
Abcès périamygdalien.....	2-34
Épistaxis postérieure.....	2-35
SOURCES.....	2-37

ÉVALUATION DES OREILLES, DU NEZ, DE LA GORGE ET DE LA BOUCHE

ANAMNÈSE ET REVUE DES SYSTÈMES

Pour chaque symptôme, il faut rechercher et explorer les caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- État actuel (amélioration ou aggravation)
- Siège
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Effets sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires déjà diagnostiqués
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

Il faut rechercher les caractéristiques de chaque symptôme comme suit :

Oreilles

- Changements récents dans l'audition
- Observance quant au port des prothèses auditives et efficacité de celles-ci
- Démangeaisons
- Otalgie
- Écoulement
- Acouphènes
- Vertiges
- Traumatisme de l'oreille, notamment par l'utilisation de coton-tige

Nez

- Écoulement nasal ou rétronasal
- Épistaxis
- Obstruction de l'entrée d'air
- Douleur sinusale, pression sinusale
- Démangeaisons
- Anosmie
- Traumatisme du nez

Bouche et gorge

- État de la dentition
- Lésions buccales
- Saignement des gencives
- Mal de gorge
- Dysphagie (difficulté à avaler)
- Voix enrouée ou changement récent dans la voix

Cou

- Douleur
- Enflure
- Ganglions enflés

Autres symptômes associés

- Fièvre
- Malaise
- Nausées ou vomissements

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (CONCERNANT LES OREILLES, LE NEZ ET LA GORGE)

- Otites ou pharyngites fréquentes
- Rhinosinusite
- Traumatisme à la tête, aux oreilles, au nez ou à la gorge
- Chirurgie aux oreilles, au nez ou à la gorge
- Audiométrie dénotant une perte auditive
- Allergies
- Tabagisme
- Prise régulière de médicaments (prescrits ou en vente libre)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (CONCERNANT LES OREILLES, LE NEZ ET LA GORGE)

- Autres membres de la famille présentant des symptômes semblables
- Allergies saisonnières
- Asthme
- Perte auditive
- Maladie de Ménière
- Cancer aux oreilles, au nez ou à la gorge

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (CONCERNANT LES OREILLES, LE NEZ ET LA GORGE)

- Expositions fréquentes à l'eau (otite du baigneur)
- Utilisation d'un objet pour nettoyer l'oreille
- Logement surpeuplé
- Habitudes d'hygiène dentaire
- Exposition à la fumée ou à d'autres toxines respiratoires
- Voyage récent en avion
- Exposition professionnelle à des toxines ou à des bruits forts

REVUE DES SYSTÈMES

Renseignez-vous sur les antécédents concernant les autres systèmes ayant un lien avec le motif de la consultation, par exemple les yeux, le système nerveux central, l'appareil digestif et/ou l'appareil respiratoire.

EXAMEN PHYSIQUE

ASPECT GÉNÉRAL

- État de santé apparent
- Degré de confort ou de détresse
- Coloration (teint rouge ou pâle)
- État nutritionnel (obésité ou maigreur)
- Concordance entre l'apparence et l'âge déclaré
- Difficulté de la démarche ou de l'équilibre

OREILLES

Inspection

- Pavillon : lésions, apparence ou position anormale
- Conduit auditif : écoulement, enflure, rougeur, cérumen, corps étrangers
- Tympan : couleur, triangle lumineux, repères, apparence bombée ou enfoncée, perforation, cicatrice, bulles d'air, niveau de liquide
- Évaluez la mobilité du tympan à l'aide d'un otoscope pneumatique (si vous en avez un à votre disposition)

Palpation

- Sensibilité du tragus et de l'apophyse mastoïdienne
- Sensibilité du pavillon de l'oreille à la manipulation

Évaluez l'audition à l'aide d'une montre ou en murmurant; procédez à une audiométrie de dépistage ou à une tympanométrie (si vous disposez de l'équipement nécessaire). Procédez à une épreuve de Weber et à une épreuve de Rinne.

NEZ

Inspection

- Partie externe : inflammation, déformation, écoulement, saignement
- Partie interne : coloration de la muqueuse, œdème, déviation de la cloison nasale, polypes, sources de saignement
- Transilluminez les sinus pour détecter toute matité (atténuation du reflet lumineux)
- Respiration nasale par opposition à respiration buccale

Palpation

- Sensibilité des sinus (frontaux et maxillaires) et du nez

Percussion

- Sensibilité des sinus (frontaux et maxillaires) et du nez

BOUCHE ET GORGE

Inspection

- Lèvres : uniformité de la coloration (rose pâle à rose foncé), lésions, symétrie des lèvres
- Muqueuse buccale et langue : odeur de l'haleine; couleur; lésions de la muqueuse buccale, du palais, de la langue; sensibilité du plancher buccal
- Gencives (*voir « Gingivite » dans la section « Affections courantes de la bouche »*) : rougeur, enflure
- Xérostomie (*voir « Xérostomie » dans la section « Affections courantes de la bouche »*) (sécheresse de la bouche)
- Dents : caries, fractures
- Gorge : couleur, symétrie et tuméfaction des amygdales, exsudat, luette sur la ligne médiane

COU

Inspection

- Symétrie
- Enflure
- Masses
- Rougeur
- Hypertrophie de la thyroïde
- Amplitude des mouvements actifs

Palpation

- Sensibilité, hypertrophie, mobilité (amplitude des mouvements passifs), contour et consistance des masses
- Thyroïde : taille, consistance, contour, position, sensibilité

**GANGLIONS LYMPHATIQUES
DE LA TÊTE ET DU COU****Palpation**

- Sensibilité, hypertrophie, mobilité, contour et consistance des ganglions

- Ganglions pré-auriculaires ou rétroauriculaires
- Ganglions cervicaux antérieurs et postérieurs
- Amygdales
- Ganglions sous-maxillaires
- Ganglions sous-mandibulaires
- Ganglions occipitaux

AFFECTIONS COURANTES DES OREILLES ET DU NEZ

ÉPISTAXIS ANTÉRIEURE

Saignement localisé dans la partie antérieure de la fosse nasale.

CAUSES

- Traumatisme et irritation
- Assèchement de la muqueuse nasale attribuable à un manque d'humidité dans le milieu ambiant
- Irritation causée par un corps étranger
- Tumeur nasale (rare)

Facteurs prédisposants

- Rhinite allergique
- Déviation de la cloison nasale
- Infection des voies respiratoires supérieures
- Lésions vasculaires localisées
- Polypes nasaux
- Consommation de cocaïne
- Usage de vaporisateurs nasaux
- Coagulopathies systémiques
- Médicaments (warfarine, AINS)
- Affections hématologiques malignes
- Hypertension artérielle
- Insuffisance hépatique
- Urémie
- Dyscrasies (hémophilie, maladie de von Willebrand)

ANAMNÈSE

- Présence d'un ou plusieurs des facteurs prédisposants
- Affection généralement unilatérale
- Saignement abondant ou écoulement nasal strié de sang
- Durée, fréquence et abondance des saignements
- Utilisation d'anticoagulants, de produits à base d'AAS ou d'autres médicaments, comme des stéroïdes topiques en vaporisation nasale

- Tendance à se faire des bleus facilement ou antécédents de saignements ailleurs (par exemple, méléna, règles abondantes)
- Antécédents familiaux de maladies hémorragiques (maladie de von Willebrand)

OBSERVATIONS

- Examinez le client assis et penché en avant pour que le sang afflue vers l'avant
- La tension artérielle est normale à moins que l'hémorragie ne soit assez grave pour provoquer une hypovolémie
- La fréquence cardiaque peut être élevée parce que le client est effrayé ou parce que l'hémorragie est assez grave pour entraîner une hypovolémie
- Déformation ou déviation évidente de la cloison nasale dans certains cas
- Le saignement peut provenir de la partie antérieure de la cloison nasale
- Examinez la gorge pour détecter un saignement postérieur
- Possibilité de sensibilité des sinus au toucher
- Déviation possible de la cloison nasale

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Infection de la muqueuse nasale
- Sécheresse et irritation de la muqueuse nasale
- Fracture du nez
- Corps étranger
- Tumeur
- Tuberculose
- Dyscrasie

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

TRAITEMENT

Objectifs

- Arrêter le saignement
- Prévenir d'autres épisodes

Consultation

En règle générale, il n'est pas nécessaire de consulter un médecin sauf s'il y a des complications ou si on soupçonne une affection sous-jacente grave.

Interventions non pharmacologiques

Exercez une pression sur les deux côtés du nez en appuyant fermement sur la cloison nasale pendant 15–20 minutes. Cette façon de procéder suffit à arrêter la plupart des saignements.

Éducation du client

- Recommandez au client d'augmenter l'humidité ambiante (en gardant une casserole remplie d'eau sur le poêle en tout temps, particulièrement en hiver)
- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (posologie et effets secondaires; mise en garde contre l'emploi abusif)
- Recommandez-lui d'éviter les irritants connus et les traumatismes locaux (se mettre les doigts dans le nez, se moucher fort)
- Expliquez au client les premiers soins en cas d'épistaxis récurrente (s'asseoir droit et se pencher vers l'avant; appuyer fermement et directement sur les tissus mous du nez)
- Recommandez au client de s'appliquer généreusement un lubrifiant, comme de la gelée de pétrole (par exemple, Vaseline), à l'intérieur des narines pour favoriser l'hydratation de la muqueuse nasale
- Conseillez au client de se couper les ongles pour qu'il évite de se blesser en se mettant les doigts dans le nez

Interventions pharmacologiques

Si l'application d'une pression directe ne suffit pas à arrêter le saignement, utilisez un vasoconstricteur topique :

gouttes de xylométazoline à 0,1 % (Otrivin)

Imbibez un tampon d'ouate de la solution. Placez-le dans la partie antérieure du nez. Appuyez fermement sur la cloison nasale pendant 10–20 minutes.

Si cette mesure ne réussit pas à arrêter le saignement, il faudra effectuer un tamponnement nasal.

Anesthésie et vasoconstriction¹ :

- Imbibez un tampon d'ouate d'une solution de lidocaïne à 1 % et d'épinéphrine (1:1 000)
- Insérez 1 ou 2 tampons d'ouate dans la narine qui saigne. (S'il n'est pas évident que le saignement est unilatéral, insérez des tampons d'ouate dans les deux narines.)
- Bouchez la narine par un tampon d'ouate sec afin de prévenir l'écoulement
- Laisser les tampons d'ouate en place pendant 10 minutes
- Remplissez la partie antérieure de la fosse nasale avec du ruban de gaze d'environ ½ po (13 mm) enduit de Vaseline; disposez-le en couches, sur le plancher de la fosse nasale, de l'avant vers l'arrière, en allant le plus au fond possible, jusqu'à ce que vous atteigniez le toit de la fosse nasale. Laissez en place pendant 2 ou 3 jours
- Vous pouvez utiliser des tampons nasaux ou des éponges de marque Gelfoam, si vous en avez, au lieu de ruban de gaze

Surveillance et suivi

Il est nécessaire de faire un suivi après 2 ou 3 jours pour retirer les tampons.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin pour écarter la possibilité d'autres affections si le client est âgé ou si les saignements se produisent à répétition.

S'il y a eu traumatisme (par exemple, une bagarre), il importe d'écarter la possibilité d'un hématome de la cloison nasale, qui nécessite une chirurgie. L'évacuation médicale du client s'impose dans ce cas.

CÉRUMINOSE (BOUCHON DE CÉRUMEN)

Obstruction du conduit auditif par du cérumen (cire).

CAUSES

Le cérumen est sécrété naturellement par le conduit auditif et est normalement éliminé par les mécanismes du corps. Il arrive parfois qu'il soit produit en quantité excessive au point d'obstruer partiellement ou complètement le conduit auditif.

ANAMNÈSE

- Otalgie
- Sensation de pression
- Démangeaisons
- Surdité de transmission

OBSERVATIONS

- Obstruction du conduit auditif par du cérumen (cire)
- Le conduit auditif peut être rouge et enflé
- Les résultats à l’épreuve de Weber et à l’épreuve de Rinne peuvent être anormaux (signes d’une surdité de transmission)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Irritation causée par un corps étranger
- Otite moyenne
- Otite externe

COMPLICATIONS

- Perte auditive
- Otite externe

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

TRAITEMENT**Objectifs**

- Retirer le cérumen
- Traiter toute irritation sous-jacente du conduit auditif

Consultation

Il n’est généralement pas nécessaire de consulter un médecin.

Interventions non pharmacologiques

Il est parfois utile de ramollir le bouchon de cérumen à l’aide de quelques gouttes d’huile minérale ou d’huile pour bébé légèrement réchauffée avant d’irriguer l’oreille. Injectez de l’eau tiède dans le conduit auditif à l’aide d’une seringue en dirigeant le jet vers le haut jusqu’à ce que le bouchon de cérumen soit dégagé (n’ayez recours à cette technique que si la membrane tympanique est visible et intacte).

Afin de prévenir la c  ruminose, toute personne qui sécrète beaucoup de cérumen peut de temps à autre (une ou deux fois par semaine) appliquer 3 gouttes d’une solution composée à parts égales de peroxyde d’hydrogène et d’eau dans chaque oreille pour

réduire les risques de formation d’un bouchon. Il suffit d’instiller 1 ou 2 gouttes d’huile pour bébé dans l’oreille une ou deux fois par semaine pour empêcher le cérumen de durcir. Ne recourez à ces méthodes que si la membrane tympanique est intacte.

Surveillance et suivi

Demandez au client de revenir si ses symptômes réapparaissent.

LABYRINTHITE²

Affection s’accompagnant d’une inflammation du labyrinthe vestibulaire de l’oreille interne. Se présente très souvent comme une affection qui survient après une infection des voies respiratoires supérieures d’origine virale et qui se résout spontanément. Cette section traite aussi du vertige paroxystique bénin.

CAUSES³

- Infection virale (virus de la grippe, virus parainfluenza, adénovirus, virus respiratoire syncytial, virus Coxsackie, cytomégalovirus, virus varicelle-zona)
- Infections bactériennes (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *P. aeruginosa*, *P. mirabilis*). Si l’infection se trouve à proximité de structures telles que l’oreille moyenne, une telle infection peut causer les problèmes suivants :
 - accumulation de liquide dans le labyrinthe (labyrinthite séreuse)
 - envahissement direct de liquide dans le labyrinthe occasionnant une labyrinthite purulente (suppurée)
- Traumatisme ou blessure à la tête ou à une oreille
- Allergies
- Certains médicaments pris à fortes doses (par exemple, furos  mide⁴, AAS, certains antibiotiques IV, phénytoïne à des doses toxiques⁵)
- Tumeur bénigne de l’oreille moyenne
- Vertige paroxystique bénin, causé par de petits calculs ou des particules calcifiées qui se brisent et rebondissent dans le vestibule. Les particules déclenchent des influx nerveux que le cerveau interprète comme des mouvements
- Névrite
- Vascularite

- Il peut arriver, bien que cela soit rare, que des causes plus graves de vertiges entraînent des symptômes semblables à ceux d'une labyrinthite, par exemple :
 - tumeurs à la base de l'encéphale
 - accidents vasculaires cérébraux ou apport sanguin insuffisant au tronc cérébral ou aux nerfs entourant le labyrinthe

ANAMNÈSE

- Vertiges (symptôme prédominant)
- Étourdissements
- Nausées et vomissements
- Perte auditive intermittente
- Acouphènes
- Malaise
- Transpiration

OBSERVATIONS

- Diaphorèse
- Salivation accrue
- Nystagmus

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Maladie de Ménière
- Mastoïdite bactérienne chronique
- Lésion vestibulaire causée par des médicaments
- Neurinome de l'acoustique
- Sclérose en plaques
- Épilepsie temporale

COMPLICATIONS

- Perte auditive permanente
- Chute pouvant entraîner des blessures
- Méningite (si la cause est bactérienne)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

TRAITEMENT

Objectifs

- Détecter et traiter toute maladie sous-jacente si on soupçonne autre chose qu'une labyrinthite virale
- Offrir un traitement de soutien uniquement pour les symptômes

Consultation

Il faut consulter un médecin si les symptômes du client persistent pendant plus d'une semaine malgré le traitement ou si on soupçonne autre chose qu'une affection virale simple.

Interventions non pharmacologiques

Conseillez au client de se reposer dans une pièce sombre, les yeux fermés, lors des exacerbations (entre les crises, il peut s'adonner aux activités qu'il tolère).

Recommandez au client de boire suffisamment de liquides pour maintenir l'hydratation.

Si vous soupçonnez un vertige paroxystique bénin, recommandez au patient de pratiquer la manœuvre d'Epley modifiée, trois fois par jour, jusqu'à ce que les étourdissements disparaissent pendant 24 heures. La marche à suivre de la manœuvre d'Epley modifiée qui est décrite ci-dessous est conçue pour le côté gauche. Il faut faire chaque série d'exercices une fois de chaque côté :

- S'asseoir préalablement au milieu du lit, un oreiller placé derrière soi de sorte que si l'on se couche sur le dos, le coussin sera à la hauteur des épaules
- Tourner la tête de 45 degrés, vers la gauche (en regardant par-dessus l'épaule)
- S'étendre rapidement sur le dos, les épaules reposant sur l'oreiller, et la tête, sur le lit. Tenir la position pendant 30 secondes
- Tourner la tête (sans la soulever) vers la droite, de 90 degrés seulement, et tenir la position pendant 30 secondes
- Tourner le corps (avec la tête) encore une fois de 90 degrés vers la droite et tenir la position pendant 30 secondes
- S'asseoir du côté droit du lit, les jambes pendant sur le bord du lit

Interventions pharmacologiques

Pour soulager les nausées et les vomissements :

dimenhydrinate (Gravol), 50 mg PO, ou suppositoire rectal, q6h prn

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 1 ou 2 jours pour voir si les symptômes sont soulagés. Veillez à ce que le client ne se déshydrate pas s'il a beaucoup de nausées ou de vomissements.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin si vous soupçonnez autre chose qu'une labyrinthite virale, particulièrement si les crises sont sévères ou récurrentes. La consultation d'un neurologue peut être nécessaire pour diagnostiquer et traiter un trouble sous-jacent.

**MALADIE DE MÉNIÈRE
(HYPERTENSION
ENDOLABYRINTHIQUE)**

Affection dans laquelle l'endolymph n'est pas suffisamment absorbée dans l'oreille interne, de sorte qu'elle s'accumule et déforme le labyrinthe membraneux, ce qui entraîne des crises récidivantes accompagnées d'un ensemble de symptômes.

CAUSES

Les causes de cette maladie sont inconnues, mais il s'agirait, d'après la théorie la plus acceptée, d'une réaction de l'oreille interne à une lésion (par exemple, réduction de la pression de l'oreille interne, allergie, maladie endocrinienne, trouble du métabolisme des lipides, trouble vasculaire, infection virale).

Facteurs de risque

- Race blanche
- Stress
- Allergie
- Apport élevé en sel
- Exposition au bruit

ANAMNÈSE

- Alternance de crises épisodiques qui durent plusieurs heures et de périodes de rémission
- Perte auditive intermittente dans les basses fréquences
- Acouphènes
- Vertiges (crises spontanées pouvant durer de 20 minutes à plusieurs heures)
- Sensation de plénitude dans l'oreille
- Nausées, vomissements
- Ataxie : chutes possibles
- Prostration (incapacité de se lever parce que tout mouvement aggrave les symptômes)

OBSERVATIONS

- Pâleur
- Transpiration
- Détresse, prostration
- Une certaine déshydratation est possible si le client vomit beaucoup
- Des épreuves audiométriques utilisant des sons purs peuvent mettre en évidence une surdité de perception des basses fréquences et une perception amoindrie du discours
- Les épreuves faites à l'aide d'un diapason (Weber et Rinne) confirment les résultats de l'audiométrie

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Labyrinthite virale
- Vertige paroxystique bénin
- Neurinome de l'acoustique
- Syphilis
- Sclérose en plaques
- Insuffisance vertébrobasillaire

COMPLICATIONS

- Perte auditive
- Blessures résultant de chutes pendant les crises
- Incapacité de travailler
- Impossibilité de diagnostiquer un neurinome de l'acoustique

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

TRAITEMENT**Objectifs**

- Maîtriser les symptômes
- Déterminer la cause sous-jacente

Consultation

Consultez un médecin, qui vous aidera à poser un diagnostic (ce n'est pas urgent tant que l'état du client est stable et que ses symptômes sont soulagés par le traitement).

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

Conseillez le client sur les façons de prévenir les crises :

- réduire le stress (stratégies)
- consommer moins de sel
- cesser de fumer
- consommer moins d'alcool
- éviter les médicaments ototoxiques comme l'acide acétylsalicylique (AAS)

Repos au lit jusqu'à ce que les vertiges cessent.

Interventions pharmacologiques

Pour soulager les nausées et les vomissements pendant les crises aiguës :

dimenhhydrinate (Gravol), 50 mg PO, ou suppositoires rectal, q6h prn

Surveillance et suivi

Évaluez au moins une fois par an l'audition des clients dont les symptômes sont stables.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin si ses symptômes ne sont pas soulagés ou si la perte auditive est évidente. Un neurologue devra peut-être examiner le client pour diagnostiquer et traiter le trouble sous-jacent.

OTITE EXTERNE⁶

Infection ou inflammation du conduit auditif qui peut revêtir deux formes :

- Infection bénigne douloureuse du conduit externe
- Otite externe maligne (nécrosante) : forme d'otite qui peut être mortelle et qui survient généralement chez les personnes âgées, immunodéprimées ou diabétiques. Elle se caractérise par une infection bactérienne qui s'est étendue au cartilage de l'oreille externe et qui est associée à des douleurs et de l'œdème. Elle peut être accompagnée de fièvre et de manifestations générales d'une infection

CAUSES

- Bacilles Gram négatif : *Proteus*, *Pseudomonas*
- Coques Gram positif (moins fréquentes) : *Staphylococcus*, *Streptococcus*
- Infection fongique (par exemple, candidose)

Facteurs prédisposants

- Port d'une prothèse auditive
- Conduit auditif étroit
- Utilisation de coton-tige
- Utilisation de bouchons d'oreille
- Baignade

Facteurs de risque

- État d'immunodépression dû par exemple :
 - au diabète
 - à la prise de médicaments immunodépresseurs
 - à une greffe
 - à la prise à long terme de stéroïdes à action générale

ANAMNÈSE

- Douleur à l'oreille (otalgie)
- Prurit ou irritation
- Écoulement purulent du conduit auditif (blanchâtre, bleu verdâtre ou gris)
- Exposition récente à l'eau ou traumatisme mécanique récent
- Dans certains cas, perte auditive ou sensation de pression dans l'oreille
- Présence possible de céphalées unilatérales

OBSERVATIONS

- Fièvre dans certains cas
- Rougeur et œdème du conduit auditif
- Exsudat purulent ou débris dans le conduit auditif
- Membrane tympanique généralement normale (parfois un peu rouge)
- Si l'œdème et les débris sont importants, il peut être impossible de voir la membrane tympanique
- La manipulation du pavillon de l'oreille ou une pression sur le tragus cause de la douleur
- Les ganglions péri-auriculaires et cervicaux antérieurs peuvent être hypertrophiés et sensibles

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Otite moyenne aiguë avec perforation
- Affection de la peau s'étendant à l'oreille (par exemple, eczéma)
- Mastoïdite
- Présence d'un furoncle dans le conduit auditif
- Irritation causée par un corps étranger

COMPLICATIONS

- Otite externe sévère avec obstruction du conduit auditif
- Cellulite de l'oreille externe et du visage

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun. Le prélèvement d'un échantillon par écouvillonnage en vue d'une culture et d'un antibiogramme n'est pas systématiquement indiqué.

TRAITEMENT**Objectifs**

- Soulager la douleur
- Prévenir les récurrences
- Enrayer l'infection

Consultation

Il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin, à moins que l'infection ne se double d'une cellulite de l'oreille externe ou du visage, que le problème soit récurrent, que le traitement soit inefficace, que des symptômes généraux soient présents (par exemple, fièvre), que le client soit immunodéprimé (par exemple, diabétique) ou que vous soupçonniez une otite externe maligne.

Interventions non pharmacologiques

Il faut débrider le conduit auditif. Cette intervention est absolument essentielle. Nettoyez l'oreille externe et le conduit auditif avec un soluté physiologique et enlevez délicatement les débris et l'exsudat à l'aide d'une mèche de gaze.

Si un écoulement important s'ensuit ou si le conduit auditif risque de rétrécir davantage, une mèche d'oreille (1 po [2,5 cm] de coton ou de gaze), insérée délicatement dans le conduit et laissée en place, aidera à garder le conduit ouvert et à faire en sorte que les médicaments instillés dans l'oreille se rendent au fond du conduit. La mèche finira par tomber lorsque l'œdème se résorbera; sinon, la retirer 2 ou 3 jours plus tard.

Éducation du client

- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (si possible, demandez à un membre de sa famille d'instiller les gouttes et de nettoyer l'oreille)
- Expliquez au client comment nettoyer son oreille avant d'instiller les médicaments

- Expliquez au client comment éviter de nouvelles irritations (par exemple, ne pas nettoyer ses oreilles à l'aide d'un coton-tige)
- Recommandez au client de bien assécher ses oreilles après la baignade ou d'utiliser des bouchons d'oreilles à l'occasion de la baignade, du bain ou de la douche
- Expliquez au client comment bien nettoyer sa prothèse auditive ou ses bouchons d'oreilles

Chez les cas récidivants, amorcez un traitement prophylactique :

solution de Burow (solution otique Buro-Sol), instiller 2 ou 3 gouttes après la baignade ou la douche

ou

solution composée à parts égales de vinaigre et d'eau stérile, instiller 2 ou 3 gouttes après la baignade ou la douche

Interventions pharmacologiques⁷

Pour la douleur, un analgésique simple :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1-2 comprimés q4-6h prn

Puisque l'otite externe peut être très douloureuse, il pourrait être nécessaire de recourir à un analgésique puissant si l'acétaminophène ne soulage pas la douleur.

Otite externe (aiguë, non compliquée) :

Si vous constatez que la membrane tympanique n'est pas perforée, amorcez le traitement suivant :

solution ophtalmique/otique de gramicidine/polymyxine (Optimycin), instiller 4 gouttes qid pendant 7 jours

Si vous ne pouvez voir la membrane tympanique ou si celle-ci est perforée :

solution otique de ciprofloxacine/dexaméthasone (Ciprodex), instiller 4 gouttes bid pendant 7 jours

Otite externe maligne (nécrosante) :

Consultez un médecin, car il faut une antibiothérapie par voie parentérale agissant contre les espèces de *Pseudomonas* (par exemple, ciprofloxacine), en plus de soins hospitaliers.

Otite externe fongique (otomycose) :

Des champignons microscopiques peuvent causer une otite externe, surtout chez les patients immunodéprimés. Dans les cas d'otites externes bénignes ou modérées dues à de tels microorganismes, il faut administrer des agents antifongiques :

clotrimazole, crème à 1 % (Canesten), appliquer bid pendant 7 jours

ou

gouttes otiques Locacorten Vioform, instiller 2 gouttes bid pendant 7 jours (on peut trouver ce produit en pharmacie)

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 7 jours, une fois le traitement terminé. Demandez au client de revenir plus tôt si la douleur augmente ou si une fièvre apparaît malgré le traitement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez immédiatement vers un hôpital tout patient présentant une otite externe maligne (nécrosante), après consultation d'un médecin, surtout si le client souffre d'une affection concomitante (par exemple, s'il est immunodéprimé ou diabétique). Ce genre de cas nécessite une hospitalisation pour une antibiothérapie intraveineuse (IV).

OTITE MOYENNE AIGÜË⁸

Infection de l'oreille moyenne.

CAUSES

- Origine virale, dans 25 % des cas
- Origine bactérienne, attribuable à *Streptococcus pneumoniae* (principalement), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*

Le fait de fumer ou d'inhaler de la fumée secondaire est un facteur prédisposant important.

ANAMNÈSE

- Malaise général et fièvre
- Douleur pulsatile à l'oreille
- Sensation de pression
- Diminution de l'acuité auditive
- Acouphènes ou bourdonnements dans l'oreille, vertiges
- Écoulement purulent si le tympan est perforé
- Une infection des voies respiratoires supérieures peut être présente ou peut avoir précédé l'otite moyenne

OBSERVATIONS

- Fièvre dans certains cas
- Le client semble légèrement ou modérément malade
- Tympan rouge, mat, bombé
- Repères otoscopiques moins visibles ou absents
- Perforation possible du tympan et écoulement de pus dans le conduit auditif
- Mobilité diminuée de la membrane tympanique (observée au moyen d'un otoscope pneumatique, si vous en avez à votre disposition)
- Bulles visibles sur la membrane tympanique (seulement dans les cas d'infection à mycoplasmes)
- Ganglions péri-auriculaires et cervicaux antérieurs tuméfiés et sensibles

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Otite externe aiguë
- Épanchement transitoire dans l'oreille moyenne (pas d'infection)
- Mastoïdite
- Traumatisme ou irritation causée par un corps étranger
- Douleur irradiant vers l'oreille à partir d'un abcès dentaire ou dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire

COMPLICATIONS

- Diminution de l'acuité auditive
- Otite moyenne séreuse
- Mastoïdite
- Otite moyenne chronique
- Méningite
- Abcès épidual
- Cholestéatome

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun. S'il y a écoulement, prélevez un échantillon en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

TRAITEMENT**Objectifs**

- Enrayer l'infection
- Soulager la douleur
- Prévenir les complications

Consultation

S'il n'y a pas de complications, il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin.

Interventions non pharmacologiques**Éducation du client**

- Recommandez au client de prendre du repos pendant la phase fébrile aiguë
- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (posologie, adhésion au traitement, suivi)
- Renseignez-le sur l'évolution de la maladie et les résultats prévus (l'otite moyenne séreuse peut persister pendant plusieurs semaines)
- Conseillez au client d'éviter de prendre l'avion tant que les symptômes n'auront pas disparu

Interventions pharmacologiques⁷

Pour soulager la douleur et la fièvre :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO,
1–2 comprimés q4-6h prn

Antibiothérapie :

amoxicilline (Amoxil), 500 mg PO tid pendant 7 jours
ou

azithromycine (Zithromax), 500 mg PO, le premier
jour, puis 250 mg PO od pendant 4 jours

Surveillance et suivi

- Demandez au client de revenir après 3 jours si les symptômes ne se sont pas atténués ou s'ils s'aggravent malgré le traitement
- Revoyez le client après 7 jours : recherchez les signes d'une otite moyenne séreuse
- Évaluez l'audition du client 1 mois après le traitement si un symptôme persiste

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Elle n'est pas nécessaire s'il n'y a pas de complications

OTITE MOYENNE CHRONIQUE, SUPPURÉE⁹

Infection persistante ou infection légère récurrente de l'oreille moyenne associée à une perforation de la membrane tympanique.

Elle peut devenir dangereuse si l'affection initiale simple des muqueuses finit par entraîner la formation d'épithélium stratifié dans l'oreille moyenne (un cholestéatome), complication qui est toutefois rare.

CAUSES

- En règle générale, ce type d'infection découle d'otites aiguës récurrentes et de la perforation de la membrane tympanique
- *Proteus*, *Pseudomonas* ou *Staphylococcus* (infection généralement polymicrobienne)

ANAMNÈSE

- Diminution de l'acuité auditive
- Écoulement constant et nauséabond de l'oreille
- Acouphènes
- Absence de douleur habituellement, douleur sourde occasionnelle
- Absence de fièvre

OBSERVATIONS

- Le client semble bien portant dans l'ensemble
- Écoulement purulent et nauséabond du conduit auditif
- Perforation de la membrane tympanique
- Surdité de transmission

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Otite externe chronique
- Otite moyenne subaiguë

COMPLICATIONS

- Perte auditive importante et permanente
- Mastoïdite
- Cholestéatome

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun. S'il y a écoulement, prélevez un échantillon en vue d'une culture.

TRAITEMENT**Objectifs**

- Prévenir les complications
- Éviter le recours inutile aux antibiotiques

Consultation

Consultez un médecin sur-le-champ si vous soupçonnez un cholestéatome.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Expliquez l'évolution et l'issue probable de la maladie
- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (y compris l'adhésion au traitement)
- L'irrigation auriculaire avant l'instillation de gouttes est un traitement efficace. Dans la mesure du possible, utiliser une solution composée à parts égales de peroxyde et d'eau stérile. Il est possible d'irriguer le conduit auditif externe avec 30 à 40 ml de cette solution à l'aide d'une petite seringue ou d'une poire à lavement. Laissez le conduit s'assécher pendant 5–10 minutes avant d'instiller l'antimicrobien ototopique
- Mettez le client en garde contre l'utilisation de coton-tige pour le nettoyage des oreilles
- Recommandez au client de bien s'assécher les oreilles après la baignade, le bain ou la douche et d'utiliser des bouchons d'oreille à l'occasion de la baignade
- Expliquez au client comment bien nettoyer sa prothèse auditive ou ses bouchons d'oreille

Pour prévenir les récurrences, recommandez au client de nettoyer son conduit auditif avec :

solution de Burow (solution otique Buro-Sol)

ou

solution composée à parts égales de vinaigre et d'eau stérile, instiller 4–6 gouttes dans le conduit auditif après une exposition à l'eau

Interventions pharmacologiques

Otite moyenne chronique suppurée, bénigne :

Des gouttes antibiotiques topiques suffisent :

gouttes otiques de ciprofloxacine/dexaméthasone (Ciprodex), instiller 4 gouttes bid pendant 7 jours

Otite moyenne chronique suppurée, modérée :

En cas d'atteinte importante des tissus mous, des antibiotiques à action générale peuvent être indiqués, en association avec un traitement topique (gouttes otiques). Consultez un médecin pour le choix de l'antibiotique à action générale. L'un des traitements est le suivant :

gouttes otiques de ciprofloxacine/dexaméthasone (Ciprodex), instiller 4 gouttes bid pendant 7 jours

et

lévofloxacine 500 mg une fois par jour

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 7 jours.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il peut être nécessaire d'adresser le client à un oto-rhino-laryngologiste si le traitement ne donne aucun résultat ou si des complications surviennent. Parfois, une intervention chirurgicale s'impose. Dans certains cas, c'est l'infirmière qui se charge de l'orientation du client, mais il s'agit généralement de la responsabilité du médecin traitant.

OTITE MOYENNE SÉREUSE (AVEC ÉPANCHEMENT)

Présence d'un liquide non infectieux dans l'oreille moyenne pendant plus de 3 mois en l'absence de tout symptôme ou signe d'infection aiguë. La membrane tympanique est intacte.

CAUSES

- Dysfonctionnement de la trompe d'Eustache
- Obstruction nasale, polypes nasaux

Facteurs prédisposants

- Infection virale des voies respiratoires supérieures
- Allergies
- Barotraumatisme
- Hypertrophie des végétations adénoïdes
- Otite moyenne aiguë récente

ANAMNÈSE

- Existence d'un des facteurs prédisposants
- Diminution de l'acuité auditive dans l'oreille touchée
- Sensation de pression dans l'oreille
- Démangeaisons possibles au nez et aux oreilles
- Douleur légère ou absence de douleur
- Absence de fièvre

OBSERVATIONS

- Membrane tympanique intacte, mate, rétractée ou peu mobile
- Présence d'un liquide clair, de bulles d'air ou d'un niveau hydroaérique derrière la membrane tympanique
- Repères otoscopiques généralement accentués à cause de la rétraction du tympan

- L’audiométrie peut révéler une perte auditive
- Les résultats à l’épreuve de Weber et à l’épreuve de Rinne peuvent être anormaux (preuve de surdité de transmission)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Tumeur du nasopharynx (si le problème dure depuis longtemps).

COMPLICATIONS

- Infection secondaire (otite moyenne aiguë purulente)
- Otite moyenne séreuse chronique
- Perte auditive

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

TRAITEMENT

Objectifs

- Découvrir la cause sous-jacente
- Soulager les symptômes
- Prévenir toute perte auditive

Consultation

Consultez un médecin si le client présente un épanchement accompagné d’une perte auditive importante (plus de 20 dB), si l’épanchement et la perte auditive sont bilatéraux ou si l’épanchement persiste pendant plus de 2 ou 3 mois.

Interventions non pharmacologiques

 ducation du client

- Expliquez l’évolution et l’issue prévue de la maladie
- Comme les symptômes peuvent durer longtemps (2–3 mois), rassurez le client
- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (posologie et adhésion au traitement)
- Conseillez au client d’éviter si possible de prendre l’avion tant que les signes et symptômes d’otite n’auront pas disparu
- Si le client doit malgré tout prendre l’avion, recommandez-lui d’employer un décongestionnant nasal topique (par exemple, de la xylométazoline [Otrivin]) une heure avant le décollage en plus de prendre la dose appropriée d’un décongestionnant oral à action générale (par exemple, de la pseudoéphédrine [Sudafed])

- Décrivez les signes et les symptômes de l’otite moyenne purulente et demandez au client de revenir à la clinique s’ils surviennent
- Demandez au client d’essayer d’équilibrer délicatement la pression entre l’oreille moyenne et la gorge, par des gestes simples comme b iller ou mâcher de la gomme

Interventions pharmacologiques

La plupart des études démontrent que les antihistaminiques et les décongestionnants sont inefficaces, mais ils apportent un certain soulagement des symptômes à certains clients.

D congestionnant oral (disponible dans les pharmacies de détail) :

pseudoéphédrine (Sudafed), 30–60 mg PO tid ou qid pendant 4–7 jours (dose maximale : 240 mg/jour)

Remarque : cette posologie vaut pour la pseudoéphédrine   libération normale; la posologie des préparations à action prolongée doit être ajustée en conséquence.

Commencez par la plus faible dose et la plus petite fréquence. Demandez au client d’augmenter la dose lentement afin de prévenir les effets secondaires (par exemple, agitation, insomnie, irritabilité ou tremblements).

Ne prescrivez pas de décongestionnants aux clients âgés, aux personnes souffrant d’hypertension, de maladies du cœur, de maladies vasculaires périphériques, de diabète ou d’hyperthyroïdie, aux personnes ayant des antécédents de glaucome aigu à angle fermé, de rétention urinaire ou d’hypertrophie de la prostate, ou aux personnes qui prennent des inhibiteurs de la monoamine-oxydase ou des antidépresseurs tricycliques.

Vous pouvez prescrire un antibiotique oral aux personnes qui présentent un épanchement bilatéral persistant entraînant une perte auditive importante. Il est recommandé dans de tels cas de consulter un médecin.

Surveillance et suivi

Vérifiez la réponse au traitement après 2–4 semaines. Notez en particulier toute amélioration de l’audition ou diminution des acouphènes.

Réévaluez l’audition, de préférence à l’aide d’une audiométrie de dépistage (si possible).

Orientation vers d’autres ressources médicales

Adressez le client à un oto-rhino-laryngologiste si l’épanchement persiste après 3 mois.

RHINITE

Inflammation de la muqueuse des fosses nasales entraînant une congestion nasale et une rhinorrhée (écoulement nasal). Les trois types de rhinite les plus courants dont il faut tenir compte dans le diagnostic différentiel d'une rhinite sont les suivants :

- *rhinite allergique* : réaction inflammatoire de la muqueuse nasale
- *rhinite vasomotrice* : inflammation chronique de la muqueuse nasale, qui dépend de l'hyperréactivité de celle-ci (non allergique)
- *rhinite virale (infection des voies respiratoires supérieures)* : infection virale limitée aux voies respiratoires supérieures, généralement bénigne et spontanément résolutive

CAUSES

Rhinite allergique

- Sensibilité aux allergènes inhalés (pollen, foin, herbe à poux, poussière, moisissures, phanères d'animaux, fumée)

Rhinite vasomotrice

- Origine inconnue; les symptômes ne sont pas associés à l'exposition à des allergènes spécifiques
- Muqueuse atrophique (chez les personnes âgées)
- Les crises peuvent être déclenchées par des changements brusques de température ou de pression barométrique, par des odeurs, par un stress émotionnel ou par l'exercice

Rhinite virale (IVRS)

- Nombreux agents viraux

ANAMNÈSE

Rhinite allergique

- Symptômes saisonniers ou chroniques
- Antécédents familiaux d'allergies (par exemple, AAS)
- Présence possible d'asthme ou d'eczéma
- Éternuements paroxystiques
- Démangeaisons nasales
- Congestion nasale
- Écoulement nasal aqueux clair, abondant et continu
- Démangeaisons aux yeux ou larmolement
- Démangeaisons aux oreilles
- Malaise général et céphalées dans certains cas

- Les symptômes sont importants le matin et s'atténuent pendant la journée, puis s'intensifient de nouveau pendant la nuit
- Écoulement rétronasal
- Respiration par la bouche
- Ronflement et toux sèche pendant la nuit, dans certains cas

Rhinite vasomotrice

- Congestion nasale soudaine
- Symptômes chroniques
- Écoulement rétronasal persistant
- Irritation intermittente de la gorge
- Ne répond pas aux mesures d'assainissement de l'environnement ni aux médicaments
- Sensation de devoir constamment tousser pour dégager la gorge
- Modification de l'acuité auditive ou olfactive
- Ronflement nocturne
- Fatigue

Rhinite virale (IVRS)

- Toux improdutive ou produisant des expectorations claires
- Légère fièvre
- Congestion nasale avec écoulement nasal clair
- Éternuements
- Écoulement rétronasal
- Démangeaisons dans la gorge
- Légères céphalées et malaise général
- Pression dans les oreilles

OBSERVATIONS

Rhinite allergique

- Conjonctive rouge dans certains cas
- Larmolement dans certains cas
- Œdème possible des paupières et de la région périorbitaire
- Muqueuse nasale œdémateuse, pâle et rose, avec sécrétions liquides et claires
- Présence possible de polypes nasaux
- La peau autour du nez peut être irritée
- Présence possible du « salut allergique »
- Les sinus peuvent être sensibles au toucher si les symptômes sont sévères
- Respiration par la bouche

Rhinite vasomotrice

- Signes vitaux généralement normaux
- Muqueuse nasale rouge et enflée
- Hypertrophie des cornets du nez
- La gorge peut être légèrement rouge en raison de l'irritation causée par les sécrétions rétronasales
- Hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes dans certains cas
- Les sinus peuvent être sensibles au toucher si les symptômes sont sévères

Rhinite virale (IVRS)

- Légère fièvre possible
- Le client semble légèrement malade
- Écoulement nasal clair
- Légère irritation cutanée autour des narines
- Possibilité d'un épanchement stérile passager dans l'oreille moyenne
- Gorge normale, si ce n'est un léger érythème dans certains cas
- Les sinus peuvent être sensibles au toucher si les symptômes sont sévères

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
(TOUS LES TYPES DE RHINITE)**

- Sinusite aiguë ou chronique
- Abus de gouttes nasales
- Abus de drogues ou de solvants (par exemple, cocaïne, essence, colle)
- Présence d'un corps étranger dans les narines
- Polypes nasaux
- Déviation de la cloison nasale
- Hypothyroïdie à l'origine de la congestion nasale
- Congestion nasale causée par la grossesse ou l'utilisation de contraceptifs oraux

**COMPLICATIONS (TOUS LES
TYPES DE RHINITE)**

- Otite moyenne
- Polypes nasaux
- Épistaxis
- Hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes
- Sinusite

**TESTS DIAGNOSTIQUES
(TOUS LES TYPES DE RHINITE)**

Envisagez un test d'allergie cutané.

TRAITEMENT (TOUS LES TYPES DE RHINITE)**Objectifs**

- Soulager et enrayer les symptômes
- Déterminer l'allergène ou les allergènes à l'origine des symptômes
- Prévenir les complications

Consultation

Il est habituellement inutile de consulter un médecin.

Interventions non pharmacologiques

Les mesures d'assainissement de l'environnement sont importantes. Dans la mesure du possible, le client doit éviter, éliminer ou réduire les allergènes connus dans son environnement.

Éducation du client

- Recommandez au client de boire davantage pour améliorer l'hydratation
- Expliquez au client comment employer correctement ses médicaments (dose, fréquence, effets secondaires, mise en garde contre l'emploi abusif)
- Recommandez au client d'éviter la caféine
- Recommandez au client d'éviter les allergènes connus (il devrait garder son milieu de vie exempt de poussière, éviter d'aller dehors lorsque la concentration de pollen dans l'air est élevée, utiliser des articles de literie et des vêtements faits de fibres synthétiques) et se défaire de ses animaux domestiques (pour éliminer les phanères animaux)
- Expliquez au client les mesures à prendre pour éviter de transmettre la rhinite virale à d'autres membres de sa famille
- Recommandez-lui de se laver les mains souvent, de jeter les papiers mouchoirs souillés dans un endroit approprié et de se couvrir la bouche et le nez lorsqu'il tousse ou éternue

Interventions pharmacologiques

Rhinite allergique et rhinite vasomotrice :

Gouttes nasales de solution saline / vaporisateur nasal Salinex, prn (pour éliminer le mucus et tout allergène inhalé).

Antihistaminiques oraux, pour traiter les symptômes aigus d'écoulement nasal, d'éternuements et de prurit et les symptômes conjonctivaux (ces médicaments ne soulagent pas la congestion nasale) :

cétirizine (Reactine), 10 mg PO une fois par jour (à employer aussi longtemps que le patient est en contact avec l'allergène)

Les corticostéroïdes topiques administrés par voie nasale sont la base du traitement de la rhinite allergique chronique et de la rhinite vasomotrice chronique; ils servent également au traitement d'entretien et à la prophylaxie pour ces maladies. Ils peuvent être administrés seuls ou en association avec des antihistaminiques et des décongestionnants.

Consultez un médecin au sujet de l'utilisation de corticostéroïdes par voie nasale / d'antagonistes des récepteurs parasympathiques, si les antihistaminiques et les décongestionnants (*voir « rhinite virale »*) sont inefficaces. À titre d'exemple :

fluticasone (Flonase/générique), 50 µg/vaporisation, 2 vaporisations dans chaque narine une fois par jour

ou

triamcinolone (Nasacort AQ), 55 µg/vaporisation, 2 vaporisations dans chaque narine une fois par jour

Rhinite virale :

On peut administrer des antihistaminiques et des décongestionnants oraux (offerts dans les pharmacies de détail) pendant 4 à 7 jours, au plus (afin d'éviter l'effet rebond) :

pseudoéphédrine (Sudafed), 30–60 mg PO tid ou qid pendant 4–7 jours (dose maximale : 240 mg/jour)

Remarque : cette posologie vaut pour la pseudoéphédrine à libération normale; la posologie des préparations à action prolongée doit être ajustée en conséquence.

D'après les données médicales, les antihistaminiques auraient peu d'effet contre le rhume, y compris la rhinite virale.

Ne prescrivez pas de décongestionnants aux clients âgés, aux personnes souffrant d'hypertension, de maladies du cœur, de maladies vasculaires périphériques, de diabète ou d'hyperthyroïdie, aux personnes ayant des antécédents de glaucome aigu à angle fermé, de rétention urinaire ou d'hypertrophie de la prostate, ou aux personnes qui prennent des inhibiteurs de la monoamine-oxydase ou des antidépresseurs tricycliques.

Pour la fièvre :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

Surveillance et suivi

Demandez au client de revenir s'il se met à faire de la fièvre ou si les symptômes ne sont pas disparus après 14 jours.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin si les symptômes de rhinite ne sont pas disparus après le traitement initial. Il peut être nécessaire de recourir à des tests d'allergie, à une radiographie des sinus ou à d'autres médicaments.

RHINOSINUSITE AIGÜE^{10,11}

Infection de la muqueuse des sinus paranasaux (symptômes présents pendant moins de 4 semaines; moins de 3 épisodes par année) Les sinus maxillaires sont les plus souvent touchés.

CAUSES

- Fréquentes : *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*
- Moins fréquentes : *Chlamydia pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, virus et champignons

Facteurs prédisposants

- Rhume
- Allergies
- Déviation de la cloison nasale
- Tabagisme
- Hypertrophie des végétations adénoïdes
- Abscès dentaire
- Polypes nasaux
- Traumatisme
- Présence d'un corps étranger
- Plongée ou baignade
- Néoplasmes
- Fibrose kystique

ANAMNÈSE

- Existence d'un ou plusieurs des facteurs prédisposants
- Céphalées
- Douleur faciale
- Congestion nasale

- La pression sur les sinus atteints s'accroît lorsque le client se penche vers l'avant
- Possible écoulement nasal purulent, parfois teinté de sang
- Douleur dentaire, surtout des incisives et des canines supérieures
- Malaise général dans certains cas
- Fièvre possible
- Écoulement rétronasal
- Hyposmie/anosmie
- Pression dans les oreilles/sensation d'oreille pleine

OBSERVATIONS

- Légère fièvre possible
- Le client semble légèrement ou modérément malade
- Irritation cutanée autour des narines
- Muqueuse nasale enflée, parfois pâle ou rougeâtre
- Possibles polypes nasaux
- Possible abcès dentaire
- Sensibilité des sinus atteints
- Transillumination réduite des sinus
- Sensibilité au-dessus d'une dent
- Les ganglions cervicaux antérieurs peuvent être tuméfiés et sensibles
- Présence possible de toux

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Abcès dentaire
- Un ou plusieurs polypes nasaux
- Tumeur
- Présence d'un corps étranger
- Cellulite périorbitaire
- Infection des voies respiratoires supérieures
- Rhinite allergique
- Rhinite vasomotrice
- Céphalées vasculaires de Horton
- Migraine

COMPLICATIONS

- Propagation de l'infection aux structures intraorbitaires ou intracrâniennes contiguës
- Sinusite chronique
- Cellulite périorbitaire

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

TRAITEMENT

Objectifs

- Poser le bon diagnostic
- Déterminer les facteurs prédisposants et traiter l'affection
- Traiter l'infection comme il est indiqué
- Détecter tout abcès dentaire sous-jacent
- Soulager les symptômes

Consultation

En règle générale, il n'est pas nécessaire de consulter un médecin, sauf si l'infection ne se résorbe pas avec le traitement, si les symptômes s'aggravent après 2–3 jours ou s'il y a des complications.

Interventions non pharmacologiques

Appliquer de la chaleur humide sur les sinus (par exemple, par l'inhalation de vapeur ou par l'application de compresses chaudes) afin de soulager la pression et de liquéfier les sécrétions épaisses. On peut aussi instiller dans le nez des gouttes de solution saline.

Éducation du client

- Recommandez au client de se reposer davantage durant la phase aiguë de l'infection
- Recommandez au client de boire davantage pour s'hydrater (6–8 verres de liquides par jour)
- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (dose, fréquence, effets secondaires)
- Recommandez au client d'éviter les irritants (par exemple, la fumée)
- Recommandez au client d'éviter les baignades, les plongées et les vols d'avion pendant la phase aiguë

Interventions pharmacologiques

Il peut s'avérer utile d'employer des gouttes nasales de solution saline / un vaporisateur nasal Salinex au besoin.

Le client peut prendre un décongestionnant nasal en vaporisation ou en gouttes pendant les 24–48 premières heures si la congestion est marquée. Les décongestionnants topiques sont plus efficaces que ceux qui sont administrés par voie orale. Le client ne devrait pas utiliser d'antihistaminiques, car ils assèchent et épaississent les sécrétions.

gouttes nasales de xylométazoline à 0,1 % (Otrivin), instiller 1–3 gouttes q8–12h prn pendant 4 jours au plus

Il est très important de cesser de prendre le décongestionnant nasal topique après 3 ou 4 jours pour prévenir une congestion nasale « de rebond » (une complication appelée rhinite médicamenteuse).

Pour la douleur et la fièvre, un analgésique simple :

acétaminophène (Tylenol) 325 mg PO,
1–2 comprimés q4h prn

ou

ibuprofène (Motrin) 200 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn

Dans environ 70 % des cas de sinusite aiguë, l'affection se résorbe d'elle-même, sans antibiothérapie. Cependant, si les symptômes persistent plus de 10 jours ou s'ils s'aggravent après 5 jours, envisagez de recourir aux antibiotiques.

Antibiotiques oraux :

amoxicilline (Amoxil), 500 mg PO tid pendant 10 jours

ou, si allergie à la pénicilline :

doxycycline 200 mg PO une fois, puis 100 mg PO bid pendant 10 jours

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 3–4 jours, ou plus tôt si les symptômes s'aggravent malgré le traitement ou s'il n'y a pas de réponse au traitement.

RHINOSINUSITE CHRONIQUE¹⁰

Inflammation de la muqueuse des sinus paranasaux qui dure au moins 12 semaines.

CAUSES

- Infection (bactéries anaérobies, *Staphylococcus aureus*, virus)
- Anomalies anatomiques

ANAMNÈSE

- Congestion nasale prolongée (plus de 12 semaines)
- Écoulement nasal, parfois purulent
- Écoulement rétronasal possible
- Voix enrouée tôt le matin possible
- Douleur ou pression au niveau des sinus, traversant le milieu du visage
- Céphalées possibles
- Oreilles bouchées
- Douleur oculaire
- Halitose
- Toux chronique
- Fatigue

- Absence de fièvre
- Diminution de l'odorat (hyposmie)
- Antécédents de facteurs de risque sous-jacents tels que rhinite allergique, reflux gastro-œsophagien (RGO), fibrose kystique, immunodéficience, anomalies anatomiques, rhinite non allergique à éosinophiles

OBSERVATIONS

- Le client semble bien portant
- La muqueuse nasale peut sembler pâle et spongieuse
- Sensibilité possible des sinus à la palpation

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Rhinite allergique
- Rhinite vasomotrice
- Polypes nasaux
- Infection des voies respiratoires supérieures
- Tumeur
- Migraine
- Céphalées vasculaires de Horton
- Abscès dentaire

COMPLICATIONS

- Sinusite aiguë récurrente
- Propagation de l'infection aux structures intraorbitaires ou intracrâniennes

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun dans un premier temps. Envisagez des tests diagnostiques comme une radiographie ou une tomodensitométrie (TDM) des sinus en cas d'échec du traitement initial. Discutez de ces tests avec un médecin.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Déterminer les facteurs prédisposants ou sous-jacents
- Empêcher l'infection de se propager à d'autres structures

Consultation

Vous devriez consulter un médecin à propos de ces patients. Il pourrait aussi être nécessaire de consulter un spécialiste si vous soupçonnez des anomalies anatomiques ou si l'affection ne se résorbe pas.

La rhinosinusite chronique est une affection complexe pour laquelle il faut souvent recourir à un traitement associant glucocorticoïdes topiques ou oraux, antibiotiques et irrigation nasale.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Recommandez au client de boire davantage pour s'hydrater (6–8 verres de liquides par jour)
- Recommandez au client d'inhaler de la vapeur ou appliquer des compresses chaudes pour soulager la pression sur les sinus
- Expliquez au client comment employer correctement ses médicaments (posologie et effets secondaires)
- Recommandez au client d'éviter les irritants (par exemple, la fumée) et les allergènes
- Recommandez au client d'éviter les baignades, les plongées et les vols d'avion si les symptômes sont aigus

Interventions pharmacologiques

Traitez les symptômes à l'aide d'antibiotiques oraux; l'antibiothérapie doit généralement être de plus longue durée que dans le cas de la sinusite aiguë (c'est à dire 3 semaines). Il n'est pas recommandé de recourir aux antibiotiques de façon répétée.

amoxicilline/clavulanate (Clavulin), 875 mg PO bid pendant 21 jours

ou

clindamycine (Dalacin C), 300 mg PO qid pendant 21 jours

Surveillance et suivi

Revoyez le client après 2 semaines.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin si ses symptômes ne s'atténuent pas après 4 semaines d'antibiothérapie ininterrompue, afin d'écarter la possibilité d'un état pathologique sous-jacent (par exemple, polypes nasaux, déviation de la cloison nasale, allergies chroniques). Si vous soupçonnez une maladie dentaire, adressez le client à un dentiste.

AFFECTIONS COURANTES DE LA GORGE

LARYNGITE

La laryngite est une inflammation du larynx due à une surutilisation de la voix, à une irritation ou à une infection.

CAUSES

- Infection virale (rhume)
- Infection bactérienne (streptocoques)
- Respiration constante par la bouche
- Surutilisation de la voix
- Sinusite chronique
- Abus de tabac (ou exposition à la fumée secondaire)
- Aspiration de substances chimiques caustiques
- Reflux gastro-œsophagien (RGO)
- Changements dus au vieillissement (par exemple, atrophie musculaire, atrophie des cordes vocales)
- Abus d'alcool
- Exposition prolongée à des poussières ou à d'autres irritants

ANAMNÈSE

- Présence de facteurs de risque (*voir « Causes »*)
- Possibilité d'une infection des voies respiratoires supérieures concomitante
- Voix enrouée ou anormale
- Douleur, chatouillement ou aigreur dans la gorge
- Aphonie (les cordes vocales ne produisent aucun son)
- Dysphonie (modification générale de la qualité de voix)
- Toux
- Fièvre
- Malaise

OBSERVATIONS

- Fièvre possible
- Le client semble légèrement malade
- La gorge peut être légèrement ou assez rouge
- Absence d'exsudat
- Tuméfaction possible des ganglions lymphatiques

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cancer de la gorge ou du larynx (si les symptômes persistent depuis longtemps ou s'ils sont récurrents)
- Polypes des cordes vocales
- Reflux gastro-œsophagien (RGO)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

TRAITEMENT**Objectifs**

- Soulager les symptômes
- Déterminer et supprimer les facteurs prédisposants (par exemple, la cigarette)

Consultation

Consultez un médecin immédiatement si le client présente un stridor et une dyspnée.

Interventions non pharmacologiques

- Le client doit avant tout laisser reposer sa voix (y compris cesser de s'éclaircir la voix)¹²
- L'élimination des facteurs prédisposants (par exemple, le tabagisme et la consommation d'alcool) est aussi importante
- Accroître l'humidité ambiante
- Le client doit boire davantage s'il est fébrile
- Le client doit se reposer jusqu'à ce que la fièvre disparaisse

Éducation du client

- Expliquez au client l'évolution et l'issue prévue de la maladie
- Expliquez au client comment employer correctement ses médicaments (posologie et effets secondaires)
- Insistez sur l'importance de revenir à la clinique si les symptômes ne sont pas disparus après 1 semaine

Interventions pharmacologiques

Habituellement aucune.

Surveillance et suivi

Assurez un suivi si les symptômes ne sont pas disparus après 7 jours (plus tôt, si les symptômes s'aggravent).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin si les symptômes persistent après plus de 2 semaines.

PHARYNGITE (MAL DE GORGE)

Inflammation ou infection de la muqueuse du pharynx (pouvant également s'étendre aux amygdales palatines)

CAUSES**Origine infectieuse**

- Virus (par exemple, rhinovirus, adénovirus, virus parainfluenza, virus Coxsackie, virus d'Epstein Barr, virus herpétique)
- Bactéries (par exemple, streptocoques β -hémolytiques du groupe A [le plus souvent], *Chlamydia*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria gonorrhoeae*)
- Champignons (par exemple, *Candida*); rares sauf chez les personnes immunodéprimées (par exemple, les personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida)

Origine non infectieuse

- Rhinite allergique
- Sinusite avec écoulement rétronasal
- Respiration par la bouche
- Traumatisme
- Reflux gastro-œsophagien (RGO)
- Facteurs de risque : contact avec une personne infectée par un streptocoque du groupe A, logement surpeuplé, immunosuppression (par exemple, VIH/sida), fatigue, tabagisme, consommation excessive d'alcool, contacts sexuels orogénitaux, diabète sucré ou prise de corticostéroïdes (par voie orale ou par inhalation)

ANAMNÈSE**Origine bactérienne**

- Mal de gorge soudain
- Douleur à la déglutition
- Absence de toux
- Fièvre ou frissons
- Malaise
- Éruption cutanée possible
- Céphalées
- Anorexie

Origine virale

- Maux de gorge d'apparition lente et progressive
- Léger malaise
- Toux
- Congestion nasale

Origine non infectieuse

- Maux de gorge d'apparition lente et progressive
- Léger malaise
- Toux
- Symptômes persistants et récurrents
- Douleur à la déglutition

OBSERVATIONS**Origine bactérienne**

- Fièvre
- Pouls accéléré
- Le client semble très malade
- La partie postérieure du pharynx est rouge et enflée
- Amygdales enflées, parfois asymétriques
- Présence possible d'exsudat purulent
- Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs sont tuméfiés et sensibles
- Éruption cutanée (si scarlatiniforme, infection par un streptocoque du groupe A)

Origine virale

- Fièvre possible
- La partie postérieure du pharynx est rouge et enflée
- Présence possible d'exsudat purulent
- Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux peuvent être tuméfiés et sensibles
- Pétéchies sur le palais (mononucléose)
- Vésicules (herpès)

Origine non infectieuse

- La partie postérieure du pharynx est rouge et enflée
- Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs peuvent être tuméfiés et sensibles
- Présence possible d'exsudat

Il est souvent impossible de déterminer à l'examen clinique si la pharyngite est d'origine virale ou bactérienne. Employez l'outil diagnostique Score pour évaluer le mal de gorge (*voir la section « Score pour évaluer le mal de gorge »*), qui vous aidera à déterminer si l'infection à la gorge du patient est causée par un streptocoque du groupe A et s'il faut recourir à une antibiothérapie.

SCORE POUR ÉVALUER LE MAL DE GORGE

Chez l'adulte, 85–90 % des maux de gorge sont causés par des infections virales¹³. Afin d'évaluer la probabilité de diagnostiquer une pharyngite à streptocoque du groupe A chez un patient qui consulte pour un mal de gorge, vous disposez d'un certain nombre d'outils. Dans un contexte de soins primaires, le score pour évaluer le mal de gorge constitue un barème pour la prise de décisions cliniques, fondé scientifiquement, qui est valable pour tous les groupes d'âge^{14,15}.

Première étape

Déterminez le score total du client en lui attribuant des points en fonction des critères suivants.

Critères	Points
Antécédents de fièvre ou température mesurée > 38 °C	1
Absence de toux	1
Adénopathie cervicale antérieure douloureuse	1
Amygdales atteintes (tuméfaction ou exsudat)	1
Âge du patient	1
Âge < 15 ans	1
Âge = 15 à 44 ans	0
Âge ≥ 45 ans	-1

Deuxième étape

Choisissez le mode de prise en charge approprié en fonction du score total.

Score total	Prise en charge
-1 à 0	Ni culture ni antibiotique
1 à 3	Si un test de dépistage rapide du streptocoque est disponible : <ul style="list-style-type: none"> • Si le résultat est négatif : procédez à une culture de gorge et attendez les résultats • Si le résultat est positif : traitez avec des antibiotiques Si aucun test de dépistage rapide du streptocoque n'est disponible : procédez à une culture; aucune antibiothérapie, sauf si le résultat de la culture est positif
4 à 5	Procédez à une culture et envisagez une antibiothérapie empirique fondée sur les observations cliniques jusqu'à l'obtention du résultat de la culture

Le recours à cette évaluation par score est *inutile* dans les situations suivantes :

- dans toute communauté aux prises avec une flambée ou une épidémie de pharyngite à streptocoque du groupe A (le score pour évaluer le mal de gorge *ne doit pas* être utilisé dans ce contexte)
- dans les populations où le rhumatisme articulaire aigu demeure un problème
- chez les clients ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu ou de valvulopathie cardiaque, ou qui sont immunodéprimés

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Déterminez s'il s'agit d'une infection d'origine bactérienne ou virale
- Mononucléose infectieuse
- Infection transmise sexuellement (dans les cas de pharyngite chronique, interrogez le client au sujet de ses pratiques sexuelles)
- Angine de Vincent (angine ulcéronécrotique)
- Distinguez l'inflammation réactionnelle d'un trouble sous-jacent (*voir la section « Causes »*)

COMPLICATIONS

- Rhumatisme articulaire aigu (streptocoques du groupe A seulement)
- Glomérulonéphrite (streptocoques du groupe A seulement)
- Abscess péricaridien

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Test de dépistage rapide du streptocoque, si disponible (*voir la section « Score pour évaluer le mal de gorge » pour les indications en matière de culture*)
- Si indiqué, faites un prélèvement de la gorge en vue d'une culture et d'un antibiogramme (*voir la section « Score pour évaluer le mal de gorge »*)

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infection
- Prévenir les complications
- Prévenir la propagation de streptocoques du groupe A dans l'entourage du client

Consultation

Consultez un médecin si le client présente une importante dysphagie ou une dyspnée (dénotant l'obstruction des voies respiratoires supérieures) ou si vous soupçonnez une affection sous-jacente, comme une infection à VIH.

Interventions non pharmacologiques

- Rester au lit durant la phase fébrile
- Boire suffisamment (6–8 verres par jour)
- Éviter les irritants (par exemple, la fumée)
- Se gargariser avec de l'eau chaude salée qid

Interventions pharmacologiques¹⁶

Pour la douleur et la fièvre :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO,
1–2 comprimés q4h prn

ou

ibuprofène (Motrin), 200 mg, PO, 1–2 comprimés
q4h prn

Amorcez une antibiothérapie si vous soupçonnez une infection à streptocoque, selon le Score pour évaluer le mal de gorge (*voir la section « Score pour évaluer le mal de gorge »*), et/ou si vos soupçons ont été confirmés par une culture ou un test de dépistage rapide du streptocoque.

pénicilline V potassique (Pénicilline V), 300 mg PO
tid ou 600 mg PO bid pendant 10 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

érythromycine, 250 mg PO qid ou 500 mg PO bid
pendant 10 jours

Il ne faut pas utiliser l'ampicilline ni l'amoxicilline car ces médicaments peuvent provoquer un exanthème généralisé (eczéma médicamenteux) chez les sujets atteints de mononucléose infectieuse.

Surveillance et suivi

Demandez au client de revenir à la clinique si les symptômes ne s'atténuent pas après 48–72 heures.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il peut être nécessaire d'adresser le client à un médecin si l'infection est récidivante ou persistante, ou si l'on soupçonne une affection sous-jacente non diagnostiquée.

AFFECTIONS COURANTES DE LA BOUCHE

CHÉILITE ANGULAIRE (PERLÈCHE)¹⁷

Fissures ou lignes aux commissures des lèvres.

CAUSES

- Origine bactérienne : *Staphylococcus aureus*
- Origine fongique : *Candida*

Facteurs prédisposants

- Humidité accrue aux commissures des lèvres
- Affaissement des muscles faciaux et perte de dents (des molaires, surtout) chez les personnes âgées
- Infection fongique

EXAMEN PHYSIQUE

- Érythème, macération aux commissures des lèvres
- Croûtes blanches

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélèvement en vue d'une culture
- Test au KOH pour le dépistage d'une candidose

TRAITEMENT

La clé du traitement de la chéilite angulaire réside dans l'identification de la cause et le traitement de celle-ci.

STOMATITE APHTEUSE^{18,19}

Ulcération et inflammation récurrente et douloureuse des tissus de la bouche, notamment les lèvres, la muqueuse buccale, la langue, les gencives et la paroi postérieure du pharynx. Après la dégradation de la muqueuse, les lésions deviennent infectées par la flore buccale. L'affection est moins fréquente chez les hommes et les fumeurs réguliers²⁰. Il s'agit de la cause la plus fréquente des ulcères buccaux, survenant dans une proportion pouvant atteindre 30 % chez les personnes en bonne santé.

CAUSES

- Virus de l'herpès simplex
- Virus Coxsackie
- Champignons du genre *Candida* (candidose buccale)

Facteurs prédisposants

- Immunodépression
- Maladie auto-immune (par exemple, maladie de Crohn)

Facteurs contributifs

- Allergies (café, chocolat, pommes de terre, fromages, figues, noix, agrumes et gluten)
- Stress
- Exposition au soleil
- Débilité physique généralisée
- Traumatisme
- Carences alimentaires (vitamine B₁₂, folate, fer)
- Hormones
- Médicaments (antihypertenseurs, antinéoplasiques, sels d'or, AINS)

ANAMNÈSE

- Début et durée des symptômes
- Antécédents de la même affection et traitement
- Fièvre
- Sensation de brûlure ou de picotement avant l'ulcération
- Douleur
- Ptyalisme
- Difficulté à avaler
- Diminution de l'apport alimentaire
- Symptômes respiratoires ou gastro-intestinaux associés
- Éruption cutanée associée
- Carences alimentaires, facteurs de stress, allergies, traumatisme buccal récent, infections, facteurs de risque pour les infections transmissibles sexuellement (ITS)
- Médicaments
- Perte de poids (ulcères sévères)
- Maladies systémiques
- Traitement dentaire récent
- Tabagisme ou consommation d'alcool

OBSERVATIONS

- Fièvre possible si de type infectieux
- Poids du patient (le consigner à titre de poids de référence)
- Vérifiez l'état d'hydratation
- Recherchez les signes d'une lymphadénopathie
- Recherchez des lésions sur le corps
- Auscultez la poitrine
- Réalisez un examen physique complet si vous soupçonnez une maladie systémique

Examinez d'abord l'extérieur des lèvres. Ensuite, abaissez délicatement les lèvres à l'aide d'un abaisse-langue pour examiner la muqueuse buccale antérieure et les gencives. Puis, abaissez doucement la langue. Prenez en note l'emplacement des lésions, leur

nombre et leur répartition. Consignez aussi leurs caractéristiques en termes de couleur, de bordure (nette ou irrégulière), de texture (ferme ou fluctuante), d'écoulement et de taille.

Recherchez les signes cliniques suivants :

- Érythème (herpangine)
- Vésicules (premier stade de toute infection)
- Ulcères : observez leur répartition (les ulcères confluents peuvent prendre la forme de grandes zones blanches de forme irrégulière)
- Ganglions lymphatiques sous-mandibulaires (plus évidents dans les cas d'herpès)

Voir le tableau 1, « *Caractéristiques des formes les plus fréquentes de stomatite* »

Tableau 1 – Caractéristiques des formes les plus fréquentes de stomatite

Affection	Cause	Type de lésions	Siège	Diamètre	Autres caractéristiques
Herpangine ou syndrome pieds mains-bouche	Virus Coxsackie, échovirus, entérovirus 71	Vésicules et ulcères accompagnés d'érythème	Piliers antérieurs, palais postérieur; pharynx et muqueuse buccale	1–3 mm	Dysphagie, vésicules sur la paume des mains, sur la plante des pieds et dans la bouche
Stomatite herpétique	Virus de l'herpès simplex	Vésicules et ulcères peu profonds (forme ronde ou ovale), qui peuvent être confluents	Gencives, muqueuse buccale, langue, lèvres	> 5 mm	Ptyalisme, coalescence des lésions Durée d'environ 10 jours
Stomatite aphteuse (mineure ou majeure) ²¹	Inconnue	Ulcères accompagnés d'exsudat	Muqueuse buccale, face latérale de la langue	Mineure < 10 mm Majeure > 10 mm	Douleur, absence de fièvre En général, une ou deux lésions uniquement

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Affection d'origine immunologique : hyperplasie gingivale
- Lupus érythémateux disséminé
- Érythème polymorphe
- Cancer de la bouche (à soupçonner si les lésions persistent plus de 3–6 semaines et ne répondent pas au traitement)
- Candidose buccale
- Lichen plan
- Leucoplasie (irritation chronique)
- Syndrome pieds-mains-bouche
- Virus de l'herpès simplex
- Herpangine
- Infection primaire à VIH/sida
- Syphilis

- Angine de Vincent
- Traumatisme
- Pemphigus
- Stomatite prothétique (rougeur du palais, sous la prothèse dentaire)
- Kyste par rétention de mucus (kyste de couleur normale rempli de liquide, situé à l'intérieur de la lèvre). Il se résorbe de lui-même
- Effet indésirable d'un médicament

COMPLICATIONS

- Déshydratation
- Surinfection (par exemple, stomatite gangréneuse)
- Angine de Ludwig

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Habituellement aucun
- Vitamine B₁₂, folate et fer (si vous soupçonnez une carence alimentaire)
- Formule sanguine (pour exclure l'anémie)
- Cytodiagnostic de Tzanck (pour la stomatite herpétique)
- Biopsie (pour le cancer de la bouche)

TRAITEMENT

Il n'existe toujours pas de traitement spécifique pour ces affections. La stomatite herpétique dure habituellement 10 jours. L'herpangine ne persiste que quelques jours et entraîne peu de complications. La stomatite aphteuse ne nécessite aucun traitement.

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications

Consultation

Puisque la maladie est spontanément résolutive, il est généralement inutile de consulter un médecin, à moins de complications.

Interventions non pharmacologiques

Il est important de maintenir l'état d'hydratation. Augmentez l'apport hydrique oral (pour combler les besoins d'entretien et les déficits liquidiens résultant de la fièvre).

Éducation du client

- Informez le client de la durée prévue de la maladie ainsi que des signes et symptômes de déshydratation
- Recommandez-lui de modifier son alimentation, notamment de choisir des boissons non irritantes et non acides (par exemple, lait, eau) et de consommer des sucettes glacées (Popsicle), de la crème glacée et d'autres aliments semblables, en évitant les aliments à base d'agrumes, comme le jus d'orange
- Recommandez l'utilisation locale, en rince-bouche, d'une solution composée à parts égales de peroxyde d'hydrogène et d'eau, tout particulièrement après les repas
- Recommandez au client de se rincer la bouche avec de l'eau saline tiède 4 fois par jour dans les cas d'ulcères causés par un traumatisme ou un virus

- Recommandez d'éviter tout contact direct avec des personnes infectées (par exemple, baisers, utilisation des mêmes verres et ustensiles, contact des mains) pour empêcher que l'infection ne se propage
- Informez le client que le virus de l'herpès peut se transmettre même en l'absence d'ulcères

Interventions pharmacologiques

Pour la fièvre et la douleur, un antipyrétique et un analgésique :

acétaminophène (Tylenol), 325–650 mg PO ou PR, q4-6h prn

On peut obtenir un anesthésique topique contenant de la benzocaïne (par exemple, Anbesol) en pharmacie.

Ne traitez pas cette affection à l'aide d'antibiotiques; ils ne sont ni indiqués ni utiles.

Lésions herpétiques des lèvres

Si les lésions sont herpétiques, consultez un médecin qui pourrait suggérer un traitement antiviral pour la bouche en fonction de la gravité/réurrence. On a parfois recours à des antiviraux topiques comme l'acyclovir (par exemple, Zovirax), mais il faut commencer le traitement avant l'apparition des lésions²².

Candidose buccale

Un antifongique :

nystatine en suspension buvable, 500 000 unités (5 ml), se rincer vigoureusement la bouche et avaler, qid

Si des lésions persistantes, douloureuses et de grande taille (> 1 cm) nuisent à l'alimentation, et que toute possibilité d'infection a été écartée, consultez un médecin qui pourrait suggérer un traitement bref à la prednisone (60 mg PO, en diminuant de 5 mg/jour, pendant deux semaines)²³.

Surveillance et suivi

- Si les lésions sont graves, assurez un suivi après 2–3 jours
- En cas de lésions d'origine inconnue, assurez un suivi après 7 jours
- Demandez au client de revenir si, malgré le traitement, les lésions ne sont pas disparues après 3 semaines, si le client est incapable de manger ou s'il perd du poids

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin s'il présente encore des lésions après 3 semaines.

ABCÈS DENTAIRE

Infection des tissus mous situés en périphérie de la dent ou de la gencive en raison d'une infection de la dent ou des structures supportant la dent.

CAUSES

- Évolution d'une carie dentaire entraînant une pulpite causée par des bactéries anaérobies Gram positif et des bactéroïdes
- Tassement d'un corps étranger autour de la dent
- Facteurs prédisposants : caries profondes, mauvaise hygiène dentaire, traumatisme dentaire

ANAMNÈSE

- Douleur dentaire localisée
- Douleur constante, profonde et pulsatile
- Douleur intensifiée par la mastication ou par l'exposition au chaud ou au froid
- Dent parfois branlante
- Enflure possible des gencives ou du visage (ou des deux)

OBSERVATIONS

- Fièvre possible
- Enflure possible du visage
- Dent cariée
- Œdème et érythème gingivaux
- Présence possible d'une dent branlante
- Sensibilité localisée dans la région affectée de la mâchoire
- Tuméfaction et sensibilité des ganglions cervicaux antérieurs
- Douleur dentaire localisée

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Affection des glandes salivaires (par exemple, oreillons)
- Sinusite
- Cellulite

COMPLICATIONS

- Cellulite
- Formation récurrente d'abcès

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Empêcher l'infection de se propager

Consultation

Consultez un médecin s'il y a présence d'un gros abcès fluctuant, si le client est très malade, si l'infection s'est étendue aux tissus mous du cou ou s'il n'y a pas de réponse au traitement initial après 48–72 heures.

Interventions non pharmacologiques

Rinçage de la bouche qid avec une solution saline tiède.

Éducation du client

- Expliquez au client comment employer correctement ses médicaments (posologie et effets secondaires)
- Recommandez au patient de modifier son régime alimentaire (diète liquide ou aliments mous)
- Recommandez au patient d'améliorer son hygiène dentaire

Interventions pharmacologiques

Un antibiotique oral (seulement si les ganglions lymphatiques sont atteints) :

amoxicilline, 500 mg PO tid pendant 10 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

clindamycine (Dalacin C), 150–300 mg PO qid pendant 7 jours

Pour les infections qui s'étendent et s'accompagnent d'une enflure du visage :

amoxicilline/clavulanate (Clavulin), 875 mg (d'amoxicilline) PO bid pendant 10 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

clindamycine (Dalacin C), 300 mg PO qid pendant 7 jours

Pour la douleur dentaire bénigne ou modérée, un analgésique simple :

ibuprofène (Motrin), 200 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn, jusqu'à un maximum de 800 mg PO tid

(Assurez-vous que le patient comprend bien qu'il s'agit de la dose quotidienne maximale.)

ou

pour les clients qui ne peuvent pas prendre de l'ibuprofène :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

Si le patient ne peut pas prendre de l'ibuprofène et souffre de douleurs intenses, contactez un médecin pour obtenir un médicament renfermant de la codéine :

acétaminophène avec codéine (Tylenol n° 3) PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 48–72 heures. Si les symptômes persistent, consultez un médecin qui pourrait suggérer de modifier le traitement antimicrobien (par exemple, ajouter le métronidazole).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un dentiste pour un traitement définitif.

CARIE DENTAIRE²⁴

La carie dentaire est une infection causée par plusieurs facteurs. En général, les colonies bactériennes (plaque dentaire) transforment les glucides fermentables en un acide qui déminéralise l'émail dentaire. Des facteurs de protection comme la salive ou l'exposition au fluorure entraînent une reminéralisation de l'émail, ce qui freine la déminéralisation. La carie apparaît lorsque cet équilibre est rompu et que la déminéralisation est favorisée par rapport à la reminéralisation au cours d'une longue période. Dans les premiers stades de la carie, l'émail devient d'un blanc mat; cependant, la carie peut encore être arrêtée ou renversée à ce stade. Elle est habituellement asymptomatique. Si la déminéralisation se poursuit, l'émail se dégrade et une cavité apparaît. Le processus devient alors de moins en moins réversible.

À mesure que la carie se creuse dans la dentine, la dent devient plus sensible aux aliments sucrés et au froid. Lorsqu'elle s'approche de la pulpe de la dent, la pulpe devient hyperémique (congestionnée) et réagit plus vivement aux variations de température et à d'autres stimuli. Une fois que les bactéries ont atteint la pulpe, un abcès dentaire commence à se former. Avec la destruction de la pulpe, une pression s'accumule à l'apex (l'extrémité de la racine) et la dent atteinte palpite constamment (davantage lorsqu'elle est soumise au chaud et à une pression).

CAUSES

- Bactéries, sucres et salive, en association

ANAMNÈSE

Pour un aperçu des pathologies ainsi que des signes et symptômes associés à la carie dentaire au fil de son évolution, voir le *tableau 2*, «*Pathologies et signes et symptômes associés à la carie dentaire*».

- Sensibilité d'une ou plusieurs dents aux aliments et aux liquides chauds, froids ou sucrés et à la pression
- Antécédents de carie dentaire, d'abcès dentaire
- Douleur, surtout en mangeant
- Habitudes d'hygiène dentaire
- Traitements dentaires récents

Tableau 2 – Pathologies et signes et symptômes associés à la carie dentaire (au fil de son évolution)

État de la dent ou des tissus mous	Pathologie / réversibilité	Explication	Inconfort – Tableau clinique
Asymptomatique (Normal – pas de carie)	Aucune		Normal – légère sensibilité au chaud et au froid
Asymptomatique (Normal – petite carie ou traumatisme mineur)	Petite carie ou traumatisme mineur Réversible	La structure dentaire dure isole la pulpe.	Normal (comme ci-dessus) Aucune douleur persistante
Atteinte légère de la pulpe - cavité - obturation profonde - traumatisme - traitement dentaire récent	Hyperémie de la pulpe Réversible	Les tissus durs se contractent au froid, ce qui fait pression sur le tissu hyperémique; le sucré cause un déplacement d'ions, créant ainsi une pression osmotique.	Sensibilité accrue au froid et aux aliments sucrés À l'atteinte pulpaire, douleur vive, occasionnelle, mais de courte durée
Atteinte grave de la pulpe - carie profonde - obturation profonde - traumatisme grave récent	Nécrose de la pulpe Irréversible	La chaleur cause l'expansion des gaz produits par les tissus nécrotiques.	Sensibilité accrue à la chaleur Sensibilité à la percussion (tapotement, occlusion) Douleur spontanée, pulsatile, de durée moyenne
Atteinte des tissus mous entourant l'extrémité de la racine	Réaction inflammatoire chronique à l'extérieur de la dent Irréversible	Les tissus mous qui soutiennent la dent sont étirés, l'enflure est limitée par l'os.	Sensibilité extrême à la percussion Extrusion de la dent Mobilité de la dent Douleur persistante
Extension de la pathologie apicale au delà du cortex osseux le plus près	Abcès gingival ou enflure du visage (dépend de la longueur de la racine) Irréversible	Suppuration chronique : le patient ne peut trouver la source du problème. S'il y a écoulement à partir d'une fistule, il n'y a pas de pression intra-osseuse, donc aucune douleur.	La douleur s'atténue, mais on note un signe évident : apparition d'un abcès gingival ou enflure du visage. Les tissus mous de la bouche peuvent sembler normaux. La douleur est causée par la distension des tissus mous du visage. Le trismus (musculature) peut restreindre l'ouverture de la bouche.

EXAMEN PHYSIQUE

Pour vous aider à déterminer le stade d'évolution de la carie dentaire, voir le tableau 2, « Pathologies et signes et symptômes associés à la carie dentaire ».

Évaluez les éléments suivants :

- Aspect général
- Douleur
- Température (le client ne devrait pas être fébrile, sauf s'il y a abcès)
- Lésion accompagnée d'un écoulement
- Couleur, enflure des tissus mous de la bouche
- Sensibilité des dents atteintes à la percussion (tapotement)
- Mobilité de la dent atteinte
- Fissures carieuses ou caries dentaires

- Enflure du visage ou abcès gingival
- Capacité à ouvrir la bouche

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Abcès dentaire

COMPLICATIONS

- Abcès dentaire
- Inconfort chronique dans la bouche
- Exposition de l'os, dans l'alvéole, après l'extraction d'une molaire inférieure (alvéolite)
- Fracture d'une dent

TRAITEMENT

Consultation

Consultez un médecin dans les cas suivants :

- enflure du visage
- immunodépression (par exemple, diabète)
- douleur que le traitement ne soulage pas
- affection qui ne disparaît pas après un cycle de traitement
- fièvre
- difficulté à ouvrir la bouche

Interventions non pharmacologiques

Encouragez une hygiène buccodentaire régulière.

Atteinte pulpaire légère :

laissez guérir si un traitement dentaire a été effectué récemment.

Interventions pharmacologiques

Pour le tableau clinique, consultez le tableau 2, « Pathologies et signes et symptômes associés à la carie dentaire ».

Atteinte pulpaire légère :

- les antibiotiques ne sont pas nécessaires

Pour la douleur dentaire bénigne ou modérée, un analgésique simple :

ibuprofène (Motrin), 200 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn

ou

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

Pour la douleur dentaire modérément intense, il pourrait être nécessaire de recourir à la codéine :

acétaminophène avec codéine (Tylenol n° 3) PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

Atteinte pulpaire grave :

- antibiotique (dose faible) (par exemple, Pénicilline V potassique [Pen V], 300 mg qid)
- analgésique, au besoin

Atteinte des tissus mous entourant l'extrémité de la racine :

antibiotique et analgésique par voie orale. Traitement antibiotique :

pénicilline V potassique (Pénicilline V), 300–600 mg PO qid pendant 7 jours

Si l'infection s'étend ou si des symptômes généraux sont présents, il faut ajouter le métronidazole à la pénicilline :

métronidazole (Flagyl), 500 mg PO bid pendant 7 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline ou dans les régions où la résistance à la pénicilline est importante :

clindamycine (Dalacin C), 150–300 mg PO qid pendant 7 jours

Si la pathologie apicale s'étend au-delà du cortex osseux le plus près :

- aucun traitement si l'écoulement est intrabuccal
- en présence d'une enflure du visage, antibiotique PO ou IV et analgésique, s'il y a lieu. Consultez un médecin si vous estimez que des antibiotiques IV sont nécessaires. Sinon, vous pouvez recourir à un antibiotique oral comme pour l'atteinte des tissus mous entourant l'extrémité de la racine

Surveillance et suivi

- Le client qui se présente avec une enflure du visage devrait être suivi quotidiennement jusqu'à ce que l'enflure disparaisse
- Demandez au client de revenir sans délai si une lésion apparaît, si la douleur s'amplifie ou s'il fait de la fièvre

Orientation vers d'autres ressources médicales

Si le client se présente avec une grave enflure du visage ou s'il a de la difficulté à ouvrir la bouche, il peut être justifié de l'adresser à un médecin. Cette décision doit être prise après consultation d'un médecin.

Il est justifié d'orienter le client vers un dentiste, en vue d'un traitement, dans les cas suivants :

- client asymptomatique avec petite carie ou traumatisme mineur, pour une restauration dentaire
- atteinte pulpaire légère, pour une obturation temporaire s'il y a présence de cavité
- atteinte pulpaire grave, pour l'élimination du tissu nécrosé dans la dent, par extraction ou par traitement de canal (l'obturation temporaire ou permanente est inutile et peut entraîner une intensification de la douleur)

- atteinte des tissus mous entourant l'extrémité de la racine, pour le drainage de la zone par extraction ou par traitement de canal
- extension de la pathologie apicale au-delà du cortex osseux le plus près, pour l'extraction de la dent et peut-être un curetage. S'il s'agit seulement d'un abcès gingival (intra-buccal), le traitement n'est pas urgent dans la plupart des cas

PIGMENTATION D'UNE DENT PERMANENTE (MORTE)

Pour des renseignements détaillés sur le tableau clinique et le traitement en cas de dyschromie d'une dent permanente, voir la section « *Pigmentation d'une dent permanente (morte)* », dans le chapitre « *Oto-rhino-laryngologie* » du *Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires*. Le traitement est le même chez les enfants et les adultes.

GINGIVITE

La gingivite est une inflammation des tissus gingivaux non attachés entourant une dent.

ANAMNÈSE ET OBSERVATIONS

Les tissus sont rouges, légèrement enflés et saignent lorsqu'on les manipule un peu (par exemple, brossage des dents).

TRAITEMENT

Interventions non pharmacologiques

La gingivite est réversible avec un brossage des dents minutieux et l'utilisation de la soie dentaire. Informez le client que les tissus saigneront au cours des premiers jours, mais avec un auto-traitement complet, les saignements cesseront et les tissus redeviendront sains en quelques jours.

GLOSSITE EXFOLIATRICE MARGINÉE (LANGUE GÉOGRAPHIQUE)

Affection de la langue caractérisée par la présence de plusieurs zones lisses et rouges délimitées par un bourrelet de tissu épithélial gris. La glossite exfoliatrice marginée n'est pas une pathologie et aucun traitement n'est indiqué.

CAUSES

Inconnues.

TRAITEMENT

Interventions non pharmacologiques

Rassurez le client.

PÉRICORONARITE

La péri-coronarite est une infection et une inflammation du tissu gingival entourant une dent partiellement sortie. Elle atteint très souvent la gencive autour d'une dent de sagesse inférieure.

CAUSES

- Infection bactérienne (souvent un spirochète)

ANAMNÈSE

- Dent récemment apparue
- Le tabagisme est souvent un facteur

OBSERVATIONS

- Rougeur et enflure des tissus mous entourant une dent partiellement sortie
- À l'occlusion, la dent antagoniste (du maxillaire opposé) peut appuyer sur les tissus tuméfiés autour de la dent concernée
- Tuméfaction possible des ganglions lymphatiques sous-mandibulaires
- L'ouverture de la bouche pourrait être restreinte

COMPLICATIONS

- Infection plus généralisée

TRAITEMENT

Objectifs

- Empêcher l'infection de s'étendre
- Atténuer l'inconfort

Consultation

Il n'est habituellement pas justifié de consulter un médecin, sauf en cas de complications.

Interventions non pharmacologiques

- Rincer avec de l'eau chaude salée 4 fois par jour, jusqu'à disparition des symptômes
- Éviter les aliments épicés
- Éviter de fumer

Éducation du client

- Habituellement, l'affection se résorbe d'elle-même
- Insistez sur l'hygiène minutieuse des autres dents

Interventions pharmacologiques

Il n'est pas nécessaire de recourir aux antibiotiques, sauf si l'infection péricoronaire (péricoronarite) s'accompagne d'une atteinte des ganglions lymphatiques et d'une enflure du visage, ou si l'ouverture de la bouche est restreinte.

Au besoin, un antibiotique oral :

amoxicilline, 250–500 mg PO tid pendant 7 jours

Si l'infection s'étend ou si des symptômes généraux sont présents, ajoutez le métronidazole à la pénicilline :

métronidazole (Flagyl), 500 mg PO bid pendant 7 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline ou dans les régions où la résistance à la pénicilline est importante :

clindamycine (Dalacin C), 150–300 mg PO qid pendant 7 jours

Pour la douleur dentaire bénigne ou modérée, un analgésique simple :

ibuprofène (Motrin), 200 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn

ou

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1–2 comprimés q4–6h prn

Pour la douleur dentaire modérément intense, il peut être nécessaire de recourir à la codéine :

acétaminophène avec codéine (Tylenol n° 3) PO, 1–2 comprimés q4–6h prn

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un dentiste pour le suivi.

PARODONTITE

La parodontite se caractérise par une inflammation du tissu parodontal (tissu entourant la dent) et par la perte subséquente des structures de soutien des dents (le ligament parodontal et l'os alvéolaire). Chez l'adulte, la forme courante de parodontite se manifeste par une destruction lente des tissus, laquelle peut entraîner la mobilité ou la perte de la dent.

CAUSES

- Inflammation de la gencive (gingivite)
- Accumulation de tartre

Les problèmes de santé générale (comme le diabète) et les irritants locaux (comme la fumée de cigarette) influent sur la parodontite.

ANAMNÈSE

- Maladies telles que le diabète
- Le tabagisme est souvent un facteur
- Vitesse d'accumulation du tartre

OBSERVATIONS

- Les signes de la parodontite pourraient être difficiles à déceler (accumulation possible de tartre sous la gencive; perte osseuse non évidente)
- Accumulations importantes de tartre
- En général, aucun inconfort marqué; le patient se plaindra peut-être de « démangeaisons » ou « d'inconfort » au niveau des gencives
- Odeur de l'haleine
- Aux stades avancés de la maladie, les dents concernées peuvent être mobiles

COMPLICATIONS

- L'évolution d'une parodontopathie débouche sur la perte dentaire
- Il y a de plus en plus de preuves de liens entre la maladie parodontale et d'autres états pathologiques (par exemple, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète)

TRAITEMENT

- Hygiène buccodentaire minutieuse et régulière
- Consulter régulièrement un professionnel de la santé dentaire (dentiste, hygiéniste dentaire et/ou thérapeute dentaire)

Objectifs

- Prévenir ou ralentir la perte des tissus de soutien
- Réduire l'inflammation

Interventions non pharmacologiques

- Se brosser les dents et utiliser la soie dentaire minutieusement et régulièrement
- Éviter de fumer

Éducation du client

- Insistez sur l'hygiène buccodentaire minutieuse et régulière
- Recommandez au client de consulter régulièrement un professionnel de la santé dentaire (la fréquence dépend des besoins de chacun)

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un professionnel de la santé dentaire pour le suivi.

ODONTALGIE (MAL DE DENT)

Pour obtenir des renseignements détaillés sur le tableau clinique et le traitement de l'odontalgie, consultez la section « *Odontalgie (mal de dent)* » dans le chapitre « *Oto-rhino-laryngologie* » du *Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires*. Le traitement est le même chez l'enfant et chez l'adulte.

XÉROSTOMIE (SÉCHERESSE DE LA BOUCHE)^{25,26}

Il nous arrive tous d'avoir la bouche sèche de temps en temps, mais pour bon nombre d'adultes, il s'agit d'une affection chronique, la xérostomie, qui se caractérise par une bouche sèche, sensible et pâteuse. Certains patients ont de la difficulté à manger, à avaler, à parler ou à porter leur prothèse dentaire (due à la perte de l'effet de succion). Leur bouche peut être sujette aux ulcères et aux infections à levures, et leurs dents sont plus sensibles à la carie.

CAUSES

- Effet secondaire de certains médicaments (antidépresseurs tricycliques, benzotropanes et autres anticholinergiques, benzodiazépines, isotrétinoïne)
- Problèmes de santé (diabète, syndrome de Sjögren, maladie de Parkinson)
- Radiothérapie ou chimiothérapie
- Consommation d'alcool
- Traumatisme crânien

ANAMNÈSE

- Médicaments
- Autres maladies (diabète, maladie de Parkinson)
- Tabagisme et consommation d'alcool

OBSERVATIONS

- Sécheresse excessive de la muqueuse buccale et de la langue
- Prothèses dentaires mal ajustées
- Candidose
- Modification de l'élocution

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Xérostomie chronique
- Réaction de courte durée consécutive à la prise temporaire de certains médicaments

COMPLICATIONS

- Carie dentaire plus fréquente
- Ulcères
- Infections fongiques
- Carences alimentaires (difficulté à manger certains aliments)

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir la carie dentaire, les infections fongiques
- Améliorer le confort

Interventions non pharmacologiques

- Augmenter l'apport hydrique (boire de l'eau ou de l'eau gazéifiée, de préférence)
- Éviter les boissons acides (boissons gazeuses, boissons énergisantes)
- Éviter les boissons contenant de la caféine (café, thé, certaines boissons gazeuses)
- Utiliser un humidificateur (si possible)
- Privilégier la gomme à mâcher sans sucre (édulcorée au xylitol)
- Privilégier les bonbons édulcorés au xylitol
- Éviter les aliments épicés
- Éviter de fumer et de consommer de l'alcool

Éducation du client

- Expliquez au client les causes de la sécheresse de la bouche
- Insistez sur l'apport hydrique
- Insistez sur l'hygiène buccodentaire
- Exposez les mesures d'atténuation de la xérostomie ci-dessus

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Consultez un médecin pour une revue de la médication
- Adressez le client à un dentiste pour un suivi des caries et de la santé buccodentaire

URGENCES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

AVULSION DENTAIRE

Pour des renseignements détaillés sur le tableau clinique et le traitement de l'avulsion dentaire, consultez la section « *Avulsion dentaire* » dans le chapitre « *Oto-rhino-laryngologie* » du *Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires*. Le traitement est le même chez les enfants et les adultes.

FRACTURE DENTAIRE

Pour des renseignements détaillés sur le tableau clinique et le traitement de la fracture dentaire, consultez la section « *Fracture dentaire* » dans le chapitre « *Oto-rhino-laryngologie* » du *Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires*. Le traitement est le même chez les enfants et les adultes.

MASTOÏDITE

Inflammation/infection suppurée (bactérienne) de l'antre mastoïdien et des cellules pneumatiques. La mastoïdite peut être aiguë ou chronique.

CAUSES

- La mastoïdite aiguë est une complication rare de l'otite moyenne aiguë
- La mastoïdite chronique est plus souvent associée à un cholestéatome (kyste de l'oreille moyenne) ou à une otite moyenne chronique suppurée (perforation du tympan avec épanchement chronique)
- Micro-organismes les plus fréquents : *Haemophilus influenzae*, streptocoques du groupe A, *Streptococcus pneumoniae*

Facteurs de risque

- Otites à répétition
- Cholestéatome
- Immunodépression

ANAMNÈSE

- Otalgie
- Otite moyenne persistante
- Poussées de fièvre avec pics
- Acouphènes
- Otorrhée (si le tympan est perforé)

OBSERVATIONS

- Fièvre moyenne ou forte
- Le client semble modérément malade
- Perte auditive
- Enflure et érythème derrière l'oreille
- Le pavillon de l'oreille peut être déplacé vers l'avant si l'œdème est sévère
- La manipulation du pavillon de l'oreille et l'examen otoscopique causent une douleur vive
- Écoulement purulent (si le tympan est perforé)
- Chaleur dans la région rétroauriculaire
- Sensibilité sur l'apophyse mastoïdienne
- Tuméfaction et sensibilité des ganglions cervicaux antérieurs et péri-auriculaires

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Otite externe sévère
- Cellulite rétroauriculaire
- Néoplasme bénin ou malin
- Infection des espaces sous-mandibulaires (angine de Ludwig)

COMPLICATIONS

- Perte auditive résiduelle
- Méningite
- Abscesses intracrâniens
- Abscesses sous-périosté

TESTS DIAGNOSTIQUES

S'il y a otorrhée, prélevez un échantillon en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer la douleur et l'enflure
- Empêcher l'infection de s'étendre

Consultation

Consultez un médecin pour le choix d'une antibiothérapie intraveineuse (IV).

Traitement adjuvant

Amorcez un traitement IV avec un soluté physiologique et réglez le débit de perfusion en fonction de l'état d'hydratation.

Interventions pharmacologiques

Consultez un médecin pour la prescription d'antibiotiques IV. Un antibiotique à large spectre est nécessaire (par exemple, céfuroxime [Zinacef]).

Pour la douleur et la fièvre, un analgésique :

acétaminophène (Tylenol), 325 ou 500 mg PO, 1-2 comprimés q4-6h

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale du client dès que possible; il doit de toute urgence consulter un oto-rhino-laryngologiste. Il pourrait avoir besoin de plusieurs jours de traitement par IV, voire d'une chirurgie.

TRAUMATISME BUCCAL

Après un traumatisme, on peut constater une fracture, un déplacement ou une perte de vitalité de la dent (et un abcès), ou bien une lésion ou une ulcération de la muqueuse buccale.

TRAITEMENT

Interventions non pharmacologiques

- Bains de bouche avec une solution salée tiède 4 fois par jour, pour les ulcères causés par un traumatisme

Orientation vers d'autres ressources médicales

Tout problème résultant d'un traumatisme doit être examiné par un dentiste à des fins de surveillance et/ou de traitement.

ABCÈS PÉRIAMYGDALIEN

Cellulite de l'espace situé derrière la capsule amygdalienne s'étendant au voile du palais et entraînant la formation d'un abcès. Affection plus courante chez les 15-30 ans. L'abcès (ou phlegmon) périamygdalien est considéré comme modéré à grave si le patient semble très malade, secrète de la salive en abondance, a de la difficulté à avaler ou à respirer et/ou est incapable d'ouvrir la bouche. Sinon, il s'agit d'un abcès périamygdalien léger à modéré.

CAUSES

Infection bactérienne généralement causée par un streptocoque du groupe A (50 %), mais parfois par *Streptococcus pyogenes*, *S. aureus* ou *Haemophilus influenzae*.

ANAMNÈSE

- Pharyngite récente
- Douleur unilatérale croissante à l'oreille et à la gorge
- Fièvre
- Malaise
- Dysphagie (difficulté à avaler)
- Dysphonie
- Ptyalisme (sécrétion salivaire excessive)
- Trismus (difficulté à ouvrir la bouche)

OBSERVATIONS

- Fièvre
- Pouls accéléré
- Le client peut sembler très mal en point ou en détresse
- Le client est en diaphorèse et est rouge s'il a de la fièvre
- L'amygdale atteinte est très enflée, rouge et déplacée vers la ligne médiane
- En raison de l'hypertrophie de l'amygdale, la luette et le voile du palais peuvent être déplacés de l'autre côté du pharynx
- Érythème et enflure du voile du palais
- Trismus (difficulté à ouvrir la bouche) Salivation accrue
- Dysphonie (le patient parle comme s'il avait une patate chaude dans la bouche)
- Douleur unilatérale irradiant vers l'oreille
- Tuméfaction et extrême sensibilité des ganglions sous-maxillaires/cervicaux
- Tuméfaction fluctuante possible sur le côté atteint du palais

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Épiglottite
- Pharyngite gonococcique

COMPLICATIONS

- Obstruction des voies respiratoires
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

S'il y a exsudat, prélevez un échantillon en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

TRAITEMENT DES CAS LÉGERS À MODÉRÉS

Traitement ambulatoire.

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications

Interventions non pharmacologiques**Éducation du client**

- Demandez au client de revenir immédiatement si la douleur s'aggrave, s'il a une production de salive excessive, ou s'il a de la difficulté à avaler, à respirer ou à ouvrir la bouche
- Recommandez au client de boire davantage
- Recommandez au client de se reposer davantage jusqu'à ce que la fièvre soit tombée
- Recommandez au client de se gargariser souvent avec une solution salée chaude, pendant 48 heures

Interventions pharmacologiques

Un antibiotique :

pénicilline V potassique (Pénicilline V), 300 mg PO qid ou 600 mg PO bid pendant 10 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

clindamycine (Dalacin C), 300 mg PO tid pendant 10 jours

Pour la douleur et la fièvre, un analgésique :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn

ou

ibuprofène (Motrin), 200 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 24 heures. Si l'état du patient ne s'est pas amélioré, consultez un médecin. Il pourrait être nécessaire de drainer l'abcès par une aspiration (à l'aide d'une aiguille), intervention qui doit être effectuée par un médecin.

TRAITEMENT DES CAS MODÉRÉS À GRAVES

Le client semble très malade et a du mal à avaler.

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin si l'abcès est gros et si le client semble très mal en point. Il est justifié d'orienter le client immédiatement vers l'hôpital et de l'adresser à un oto-rhino-laryngologiste (ORL).

Traitement adjuvant

Amorcez le traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique; réglez le débit de perfusion en fonction de l'âge et de l'état d'hydratation du client.

Interventions non pharmacologiques

- Rester au lit
- Boire des boissons froides uniquement, par petites gorgées
- Ne rien prendre par la bouche s'il y a production excessive de salive (ptyalisme)

Interventions pharmacologiques

Consultez un médecin pour le choix de l'antibiotique IV. La clindamycine (Daladin) par IV est, dans bien des cas, le médicament de prédilection. En outre, l'emploi d'une dose ou deux de dexaméthasone IV peut être associé à l'antibiothérapie IV.

Surveillance et suivi

Surveillez le client pour vous assurer que ses voies respiratoires sont suffisamment dégagées.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale du client vers un hôpital pour amorcer une antibiothérapie IV et drainer l'abcès par une aspiration ou par une intervention chirurgicale.

ÉPISTAXIS POSTÉRIEURE

Le saignement semble provenir de la partie postérieure de la fosse nasale.

CAUSES

- Affection idiopathique (d'origine inconnue)
- Hypertension artérielle
- Anomalies vasculaires (télangiectasie hémorragique héréditaire)
- Traumatisme (déviation ou perforation de la cloison nasale)
- Infection (par exemple, sinusite chronique)
- Néoplasme (rare)

ANAMNÈSE

- Hémorragie nasale soudaine (sang écarlate)
- Peut être unilatérale ou bilatérale
- Écoulement de sang le long de l'arrière-gorge
- Antécédents possibles d'hématémèse (si le client a avalé beaucoup de sang)

- Tendance à se faire des bleus facilement, saignements ailleurs (par exemple, méléna, menstrues abondantes), antécédents familiaux d'une tendance à saigner, utilisation d'anticoagulants, utilisation de produits à base d'acide acétylsalicylique (AAS)

OBSERVATIONS

- Pouls accéléré
- Baisse de la tension artérielle (si la perte de sang est importante)
- Le client semble anxieux
- Le client peut être pâle et couvert de sueur (si la perte de sang est importante)
- Sang rouge vif s'écoulant des narines (saignement unilatéral ou bilatéral)
- La source du saignement n'est pas visible
- Sang dans le pharynx

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Saignement du tube digestif supérieur
- Saignement consécutif à une amygdalectomie
- Perforation de la cloison nasale

COMPLICATIONS

- Hypotension ou état de choc (hypovolémie)
- Anémie (si le saignement est intermittent, mais fréquent)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

TRAITEMENT

Objectifs

- Arrêter le saignement
- Maintenir le volume sanguin circulant

Consultation

Consultez un médecin si le traitement initial ne réussit pas à arrêter le saignement, si l'état du client est instable ou si vous soupçonnez fortement une affection sous-jacente.

Traitement adjuvant

- Réanimez le patient, s'il y a lieu
- Amorcez un traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique ou de lactate de Ringer; ajustez le débit de perfusion en fonction du pouls du patient, de sa tension artérielle et du débit du saignement

Interventions non pharmacologiques

- Mettre le client au repos, assis dans la position la plus confortable possible
- Exercer une pression sur le nez
- Réaliser un tamponnement nasal postérieur (si possible, utiliser une sonde à double ballonnet; ou bien, installer une sonde de Foley)

Marche à suivre pour l'installation d'une sonde de Foley :

1. Glissez une sonde de calibre 12–16 F pourvue d'un ballonnet de 30 cc dans le nez du patient, le long du plancher du nasopharynx, jusqu'à ce que l'extrémité soit visible dans la partie postérieure du pharynx.
2. Gonflez lentement le ballonnet avec 15 ml d'eau stérile, tirez le vers l'avant jusqu'à ce qu'il tienne bien en place contre la choane (dans la partie postérieure de la fosse nasale).
3. Maintenez la traction sur la sonde et étirez légèrement.
4. Effectuez un tamponnement nasal antérieur en insérant un ruban de gaze imprégné de Vaseline ($\frac{1}{2} \times 72$ po [$1,25 \times 180$ cm]).
5. À l'aide d'un clamp pour cordon ombilical, fixez le tampon contre la narine; grâce à l'élasticité de la sonde, le ballonnet sera comprimé contre le tamponnement antérieur.
6. Protégez la peau du visage en plaçant des tampons de gaze de 2 x 2 po (5 x 5 cm) sous le clamp.
7. Avec du ruban adhésif, fixez le bout libre de la sonde à l'oreille située du même côté.

Pour obtenir une compression suffisante, il faut parfois effectuer un tamponnement bilatéral. Le saignement devrait cesser une fois l'installation terminée.

Surveillance et suivi

Surveillez de près les signes vitaux et la perte de sang. Enlevez les tampons et les ballonnets après 24–36 heures. Il est possible que le saignement continue ou reprenne.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Évacuez d'urgence le client vers l'hôpital si l'hémorragie persiste, s'il y a des signes évidents d'hypovolémie (hypotension, tachycardie) ou si vous soupçonnez une affection sous-jacente grave.

SOURCES

Les adresses Internet ont été vérifiées en février 2012.

LIVRES ET MONOGRAPHIES

Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010.

Bickley LS. *Guide de l'examen clinique*. 4^e éd. Paris: Arnette; 2001.

Colman R, Somogyi R (Editors-in-chief). *Toronto notes – MCCQE 2008 review notes*. 24th ed. Toronto, ON: University of Toronto, Faculty of Medicine; 2008.

Ferri FF. *Ferri's clinical advisor: instant diagnosis and treatment*. St. Louis, MO: Mosby; 2004.

Fischbach FT. *A manual of laboratory and diagnostic tests*. 6th ed. Lippincott; 2000.

Graber MA, Lanternier ML. *University of Iowa family practice handbook*. 4th ed. Chapter 20 Otolaryngology. Iowa City, Iowa: The University of Iowa; 2004.

Gray J (Editor-in-chief). *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2007.

Greenberg DE, Muraca M (Editors). *Canadian clinical practice guidelines*. Toronto, ON: Elsevier Canada; 2008.

Karch AM. *Lippincott's 2002 nursing drug guide*. Philadelphia, PA: Lippincott; 2002.

Repchinsky C (rédactrice en chef). *CPS, compendium des produits et spécialités pharmaceutiques : l'ouvrage de référence canadien sur les médicaments pour les professionnels de la santé*. Ottawa (Ont.): Association des pharmaciens du Canada; 2007.

Tierney LM Jr, McPhee SJ, Papadakis MA. *Current Medical Diagnosis and Treatment*. 40th ed. New York: Lange Medical Books – McGraw-Hill; 2001.

Tintinalli J, et al. *Emergency medicine*. 5th ed. McGraw-Hill; 2000.

LIGNES DIRECTRICES SUR INTERNET

Ahovuo-Saloranta A, Borisenko OV, Kovanen N, et al. *Antibiotics for acute maxillary sinusitis*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD000243. DOI: 10.1002/14651858.CD000243.pub2. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000243.html>

Arroll B, Kenealy T. *Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD000247. DOI: 10.1002/14651858.CD000247.pub2. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000247.html>

Burton MJ, Doree CJ. *Ear drops for the removal of ear wax*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD004326. DOI: 10.1002/14651858.CD004326. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab004326.html>

Del Mar C, Glasziou PP, Spinks A. *Antibiotics for sore throat*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD000023. DOI: 10.1002/14651858.CD000023.pub3. Disponible à : <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD000023/frame.html>

De Sutter AIM, Lemiengre M, Campbell H. *Antihistamines for the common cold*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD001267. DOI: 10.1002/14651858.CD001267. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917904>

Harvey R, Hannan SA, Badia L, Scadding G. *Nasal saline irrigations for the symptoms of chronic rhinosinusitis*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD006394. DOI: 10.1002/14651858.CD006394.pub2. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006394.html>

Jefferson T, Del Mar C, Dooley L, et al. *Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD006207. DOI: 10.1002/14651858.CD006207.pub3. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006207.html>

Revez L, Cardona Zorrilla AF, Ospina EG. *Antibiotics for acute laryngitis in adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004783. DOI: 10.1002/14651858.CD004783.pub3. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab004783.html>

Sheikh A, Hurwitz B, Shehata Y. *House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD001563. DOI: 10.1002/14651858.CD001563.pub2. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001563.html>

Thirlwall AS, Kundu S. *Diuretics for Ménière's disease or syndrome*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD003599. DOI: 10.1002/14651858.CD003599.pub2. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003599.html>

NOTES DE FIN DE CHAPITRE

- 1 Goralnick E, Kulkarni R. (2009, May 17). Nasal pack, anterior epistaxis: *Treatment & medication*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/80526-treatment>
- 2 Barton J. (2010, May). *Benign paroxysmal positional vertigo*. À jour, en ligne, le 18 février 2011. Article disponible par abonnement, à <http://www.utdol.com>.
- 3 eMedicineHealth. (2009). *Labyrinthitis causes*. eMedicine. Disponible à : http://www.emedicinehealth.com/labyrinthitis/page2_em.htm
- 4 Ogbu O. (2009). *Medications: furosemide*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicinehealth.com/script/main/art.asp?articlekey=772>
- 5 eMedicineHealth. (1997). *Medications: phenytoin*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicinehealth.com/script/main/art.asp?articlekey=740>
- 6 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p.15-16.
- 7 Blondel-Hill E, Fryters S. Bugs and drugs 2006. Edmonton, AB: Capital Health; 2006. Disponible à : http://www.bugsanddrugs.ca/bugs_drugs_website/web-content/COMBINED_BandD2006_certified.pdf
- 8 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p.17.
- 9 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p. 21.
- 10 Fryters SR, Blondell-Hill EM. Sinusitis. In Gray J. *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacist's Association; 2007. p. 1206-1221.
- 11 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p. 23.
- 12 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p. 12.
- 13 Worrall G, Hutchinson J, Sherman G, Griffiths J. Diagnosing streptococcal sore throat in adults. *Canadian Family Physician* 2007;53:666.
- 14 Ebell MH. Point-of-care guide; Strep throat. *Am Fam Physician* 2003;68(5):937-38. Disponible à : www.aafp.org/afp/20030901/poc.html
- 15 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p. 8.
- 16 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p. 9.
- 17 Wolff K, Allen Johnson R. *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology*. 6th ed. Toronto: McGraw-Hill; 2009. p.1028.
- 18 Uphold C, Graham M. *Clinical guidelines in family practice*. 4th ed. Gainesville, Florida: Barmarrae; 2003. p. 382-84.
- 19 Wolff K, Allen Johnson R. *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology*. 6th ed. Toronto: McGraw-Hill; 2009. p. 1034-35.
- 20 Axell T, Henricsson V. Association between recurrent aphthous ulcers and tobacco habits. *Scandinavian Journal of Dental Research* 1985;93(3):239-42. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3860909?dopt=Abstract>
- 21 Casiglia JM, Mirowski GW, Nebesio CL. *Aphthous stomatitis*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/1075570-overview>
- 22 Goldstein BG, Goldstein AO. *Oral lesions*. (2009, May). Available by subscription: www.utdol.com
- 23 Wolff K, Allen Johnson R. *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology*. 6th ed. Toronto: McGraw-Hill; 2009. p. 1034.
- 24 American Medical Association. *Dental disorders*. MD Guidelines; n.d. Disponible à : <http://www.mdguidelines.com/dental-disorders>
- 25 Bartels CL. (2009). *Xerostomia information for dentists*. Disponible à : <http://www.oralcancerfoundation.org/dental/xerostomia.htm>
- 26 National Institute for Dental and Craniofacial Research. (2010). *Dry mouth*. Disponible à : <http://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/DryMouth/DryM>

CHAPITRE 11 – APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires.

Le contenu de ce chapitre a été mis à jour en septembre 2011.

Table des matières

INTRODUCTION	11-1
ÉVALUATION DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE	11-1
Nourrisson	11-1
Enfant	11-2
Antécédents médicaux (appareil cardiovasculaire)	11-2
Observations	11-2
AFFECTIONS COURANTES DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE	11-3
Souffles cardiaques	11-3
Souffles anorganiques	11-4
URGENCES CARDIOVASCULAIRES	11-5
Insuffisance cardiaque	11-5
Cyanose du nouveau né (de la naissance à 6 semaines)	11-6
Rhumatisme articulaire aigu (cardite)	11-7
Myocardite virale	11-10
SOURCES	11-13

INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires restent rares chez les enfants. Les affections majeures les plus fréquentes sont les maladies cardiaques congénitales (anomalies des grands vaisseaux, hypoplasie du cœur, atrésie pulmonaire ou aortique et tétralogie de Fallot, de manière générale), l'insuffisance cardiaque, la cardite rhumatismale et la myocardite.

Les souffles fonctionnels ou anorganiques sont courants.

La présentation congénitale de l'insuffisance cardiaque congestive est rare et elle est généralement le signe de malformations valvulaires graves.

Les symptômes de la communication interventriculaire, dont l'insuffisance cardiaque, se manifestent généralement vers l'âge de 6 semaines.

De plus amples renseignements sur l'anamnèse et l'examen physique ciblant l'appareil cardiovasculaire chez le grand enfant et l'adolescent sont présentés *au chapitre « Appareil cardiovasculaire » s'appliquant aux adultes.*

ÉVALUATION DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

Les symptômes des maladies cardiovasculaires varient selon l'âge de l'enfant.

Posez des questions sur ce qui suit :

- Respiration rapide ou bruyante
- Toux
- Cyanose
- Habitudes de sommeil
- Tolérance à l'effort : que l'on évalue chez le jeune enfant par son aptitude à s'alimenter et chez le grand enfant par son aptitude à jouer avec ses semblables

NOURRISSON

CYANOSE

- La cyanose est attribuable à une anomalie du transport de l'oxygène mettant en cause le cœur, les poumons ou le sang ou encore à une oxygénation inadéquate du sang expliquée par le mélange du sang veineux au sang artériel. Les anomalies du transport comprennent la diminution de la capacité de l'hémoglobine à transporter l'oxygène (comme cela se produit lors d'un empoisonnement au monoxyde de carbone) et l'hypoxie secondaire à un déséquilibre du rapport ventilation perfusion (qui peut entre autres être causé par une pneumonie)

- Une coloration bleuâtre des muqueuses, du lit de l'ongle et de la peau est observée; il s'agit d'un signe clinique important qui témoigne d'une oxygénation inadéquate du sang artériel
- La cyanose peut être intermittente (liée à l'augmentation du besoin en oxygène des tissus, par exemple, lors de la tétée chez le nourrisson ou encore lorsque le jeune enfant joue) ou encore se manifester depuis la naissance

INTOLÉRANCE À L'EFFORT

- Alimentation lente ou difficile
- Grande fatigabilité pendant la tétée et faible gain pondéral
- Cyanose pendant la tétée (à l'effort)
- Le nourrisson est souvent décrit par les parents ou les personnes qui s'en occupent comme un « bon bébé », c'est à dire un bébé toujours calme qui dort beaucoup. Les parents pourront aussi mentionner qu'il semble être moins énergique que l'étaient leurs autres enfants au même âge

DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE

- Tachypnée
- Signes de rétraction thoracique
- Battement des ailes du nez
- Faciès anxieux
- Gémissement respiratoire (« *grunting* »)

SUDATION EXCESSIVE

- La tête du nourrisson est « toujours moite »
- Le nourrisson transpire beaucoup et facilement, surtout lors de l'excrétion ou lorsqu'il boit

RETARD DE CROISSANCE

- Un retard pondéral par rapport au développement statural est habituellement observé; la difficulté à boire peut contribuer à ce problème
- Augmentation des besoins métaboliques

INFECTIONS RESPIRATOIRES

- Plus fréquentes en cas d'insuffisance cardiaque congestive
- Plus graves en cas d'augmentation du débit pulmonaire

ENFANT

- Croissance lente
- Infections respiratoires
- Douleurs thoraciques
- Palpitations
- Étourdissements ou voiles noirs
- Intolérance à l'effort
- Accroupissement avec épisodes cyanotiques (« crises de tétralogie »)

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX
(APPAREIL CARDIOVASCULAIRE)**

- Prématurité (associée à une fréquence accrue de malformations cardiaques congénitales)
- Antécédents d'affections liées à une cardiopathie (pharyngite streptococcique, etc.)
- Syndrome d'allure grippale
- Douleurs ou œdème articulaires
- Syndrome de Down (associé à une fréquence accrue de cardiopathies congénitales)

OBSERVATIONS

L'examen physique de l'appareil cardiovasculaire ne se limite pas au cœur. Il englobe généralement le système cardiovasculaire central (tête, cou et région précordiale [poitrine]) et le système vasculaire périphérique (membres). L'examen doit également inclure une évaluation complète des poumons et de l'état neuromental (signes de confusion, irritabilité ou stupeur).

SIGNES VITAUX

- Fréquence cardiaque
- Fréquence respiratoire
- Tension artérielle (prise à un bras et à une jambe si possible)
- Température (élevée en cas de myocardite ou de rhumatisme articulaire aigu)
- Les problèmes cardiovasculaires peuvent se traduire par un retard de croissance (poids et taille en dessous des percentiles donnés pour la tranche d'âge) ou par un déclin marqué de la courbe de croissance par rapport à la courbe de percentile; il est donc important de noter la taille et le poids des nourrissons et des enfants à chaque visite de suivi

INSPECTION

- Détresse respiratoire
- Cyanose : centrale et périphérique
- Mains et pieds : cyanose, hippocratisme digital
- Région précordiale : battements cardiaques visibles
- Œdème (pieds, mains, sacrum)

PALPATION

- Le choc de la pointe est situé près de la ligne médioclaviculaire, au quatrième espace intercostal chez le nourrisson et au cinquième espace intercostal chez le grand enfant
- Un choc de la pointe localisé et bref est normal
- Un déplacement latéral du choc de la pointe dénote une cardiomégalie
- Soulèvements ou frémissements à la palpation de la cage thoracique : recherchez les frémissements dans la zone supraclaviculaire (chez l'enfant dont la paroi thoracique est mince, les mouvements normaux du cœur peuvent être palpés facilement et ne doivent pas être confondus avec de vrais soulèvements et frémissements)
- Hépatomégalie
- Palpez les pouls périphériques en évaluant leur fréquence, leur rythme, leur amplitude et leur équivalence surtout au niveau fémoral (le pouls fémoral est inégal et saccadé en cas de persistance du canal artériel et absent en cas de coarctation de l'aorte)
- Vérifiez si les pouls radial et fémoral sont synchrones
- Temps de remplissage capillaire (la normale est de moins de 3 secondes)

- Œdème : évaluez le signe du godet (de 0 à 4) et la distribution de l'œdème (étendue sur les pieds et les jambes); œdème sacro iliaque
- Peau : température, signe du pli cutané

AUSCULTATION

- Bruits du cœur B₁ et B₂
- Fractionnement physiologique du bruit B₂
- Bruits supplémentaires (B₃ et B₄) : déterminez leur emplacement et leur rapport avec la respiration
- Souffles : déterminez leur localisation (foyer d'auscultation où ils sont le plus audibles), leur irradiation, leur situation dans la révolution cardiaque, leur intensité ou grade (*voir le tableau 1, intitulé « Caractéristiques des bruits du cœur selon le grade »*) et leur qualité
- Bruits : peuvent survenir dans les carotides, l'aorte abdominale, les artères rénales, les artères iliaques et les artères fémorales
- Crépitations dans les poumons : peuvent dénoter une insuffisance cardiaque (chez le nourrisson et l'enfant, il s'agit généralement d'un signe tardif)

Tableau 1 – Caractéristiques des bruits du cœur selon le grade

Grade	Caractéristiques
I	Très doux, à peine audible
II	Doux mais audible
III	Facilement audible
IV	Frémissement palpable, souffle facilement audible
V	Frémissement palpable et souffle bruyant, audible avec le stéthoscope posé légèrement sur la poitrine
VI	Frémissement palpable et souffle très bruyant audible lorsque le stéthoscope est légèrement éloigné de la paroi thoracique

AFFECTIONS COURANTES DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

SOUFFLES CARDIAQUES

La majorité des souffles perçus sont des souffles anorganiques de débit; bénins, ils sont présents chez presque 50 % des enfants. *Voir la section « Souffles anorganiques ».*

Le souffle peut cependant révéler une lésion anatomique congénitale, infectieuse ou inflammatoire au niveau des valves et des orifices des quatre cavités du cœur.

OBSERVATIONS : AUSCULTATION

L'auscultation permet de distinguer les souffles pathologiques des souffles anorganiques.

Les souffles doivent être distingués des autres bruits physiologiques et pathologiques du cycle cardiaque.

- Le bruit B₁ est causé par la fermeture des valves mitrale et tricuspide, qui survient généralement simultanément. Le bruit B₁ est plus particulièrement audible au niveau de la pointe du cœur

- Le bruit B₂ survient à la fermeture des valves aortique et pulmonaire. Étant donné que cette fermeture est asynchrone, le bruit B₂ est dédoublé. Ce dédoublement est souvent difficile à percevoir chez le jeune enfant, même s'il s'accroît à l'inspiration. Un écart important entre les deux éléments du bruit B₂ constitue souvent un signe pathologique important. Le bruit B₂ est plus facile à entendre aux deuxième et troisième espaces intercostaux gauches
- Un bruit B₃ peut survenir après le bruit B₂. Il est possible de le percevoir chez certains enfants en bonne santé; cependant, il s'agit d'un signe d'insuffisance cardiaque chez un enfant qui présente des symptômes. Ce bruit B₃ s'entend mieux au niveau de la pointe du cœur (quatrième et cinquième espaces intercostaux) et est accentué en décubitus latéral gauche. Utilisez la cloche du stéthoscope
- Des « clics » d'éjection peuvent être audibles en présence de certaines pathologies; ils sont toujours anormaux

En présence d'un souffle, plusieurs caractéristiques doivent être recherchées.

Situation dans la révolution cardiaque

- Les souffles systoliques éjectionnels surviennent après le bruit B_1 . Ils résultent de la turbulence du débit lorsque le sang quitte le cœur
- Les souffles holosystoliques débutent par le bruit B_1 et se terminent par le bruit B_2 . Ils sont le plus souvent associés à une communication interventriculaire
- Les souffles diastoliques débutent avec le bruit B_2 et sont toujours anormaux

Configuration

- La configuration décrit l'intensité du souffle en fonction du temps; les souffles peuvent être crescendo, decrescendo ou crescendo-decrescendo

Localisation sur le thorax

Il y a 4 principaux foyers d'auscultation :

- *Aortique* : souffle d'éjection ventriculaire gauche
- *Pulmonaire* : souffle d'éjection ventriculaire droit, persistance du canal artériel
- *Tricuspide* : les souffles tricuspidés augmentent à l'inspiration; la communication interventriculaire est le mieux perçue à cet endroit
- *Mitral* : souffle au niveau de la pointe du cœur

Irradiation

L'irradiation du souffle dans le dos, les côtés et le cou doit faire l'objet d'une auscultation soignée. Elle peut fournir d'importants indices diagnostiques (les sténoses aortiques irradient par exemple, vers le cou).

Intensité du souffle

- L'intensité s'exprime en fractions de VI (par exemple, I/VI, II/VI); souffle très intense = V/VI ou VI/VI; souffle intense = III/VI ou IV/VI et souffle de faible intensité = I/VI ou II/VI (*voir le tableau 1, intitulé « Caractéristiques des bruits du cœur selon le grade »*)
- L'intensité n'est pas nécessairement liée à la gravité de l'affection. Des souffles de faible intensité peuvent en effet être dangereux, alors que les souffles de forte intensité ne le sont pas nécessairement. Tout souffle frémissant a une intensité d'au moins IV/VI
- L'intensité peut croître avec l'augmentation du débit sanguin, comme c'est le cas pendant l'effort

Tonalité

- Un souffle peut être aigu, moyen ou grave; la tonalité est définie selon la méthode qui permet la meilleure auscultation du souffle, à savoir l'utilisation de la cloche ou du diaphragme du stéthoscope

Qualité

- Soufflant
- Rude
- Musical
- Roulant
- Métallique

SOUFFLES ANORGANIQUES

Un souffle peut être audible sans qu'il dénote une anomalie anatomique ou physiologique du cœur. Qualifiés d'anorganiques, ces souffles sont bénins et peuvent être observés chez 50 à 80 % des enfants.

TYPES DE SOUFFLES ANORGANIQUES

Souffle de Still – souffle systolique éjectionnel, vibratoire, entendu au bord inférieur gauche du sternum ou à l'apex du cœur; enfants de 3 à 6 ans.

Souffle veineux – continu, entendu dans la région sousclaviculaire, plus souvent à droite qu'à gauche; enfants de 3 à 6 ans.

Sténose pulmonaire périphérique – souffle systolique grave, entendu au foyer pulmonaire et irradiant dans l'aisselle et le dos; observé chez les nouveau nés, il disparaît habituellement entre les âges de 3 et de 6 mois.

Souffle d'éjection pulmonaire – soufflement doux, entendu au bord supérieur gauche du sternum, souffle systolique éjectionnel.

PHYSIOPATHOLOGIE

La plupart des souffles anorganiques sont causés par le débit sanguin qui crée de la turbulence dans les cavités du cœur ou dans les grands vaisseaux. Ces souffles sont souvent plus prononcés dans les états de haut débit, notamment durant une fièvre. Comme l'intensité du souffle est équivalente à la vitesse d'éjection du sang des ventricules, les souffles anorganiques sont généralement audibles entre le début de la systole et la mi-systole, durent peu longtemps et affichent une configuration crescendo-decrescendo (surtout en cas de souffle éjectionnel); leur intensité est inférieure à III/VI et ils ne sont jamais diastoliques.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Les souffles anorganiques sont asymptomatiques et sont généralement détectés lors d'un examen physique de routine.

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Électrocardiographie (ECG)
- Échocardiographie (sur les recommandations du médecin seulement)

TRAITEMENT

Rassurez les parents ou la personne qui s'occupe de l'enfant en leur disant qu'aucun traitement immédiat n'est nécessaire.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Orientez l'enfant asymptomatique vers un médecin en vue d'une évaluation non urgente lorsqu'un souffle est décelé.

URGENCES CARDIOVASCULAIRES

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Incapacité du cœur à pomper le sang en quantité suffisante pour satisfaire aux besoins de l'organisme. Les signes et symptômes ont un rapport étroit avec le degré d'insuffisance cardiaque.

CAUSES

- Anomalie congénitale des structures cardiaques
- Inflammation (par exemple, rhumatisme articulaire aigu)
- Infection (myocardite virale, endocardite bactérienne subaiguë)
- Anémie grave (taux d'hémoglobine inférieur à 40 g/l)
- Autres états (thyrotoxicose, malformation artérioveineuse)
- Maladie extracardiaque (maladie pulmonaire chronique, hypertension pulmonaire)

ANAMNÈSE

La symptomatologie varie selon l'âge de l'enfant.

- Difficulté à s'alimenter
- Essoufflement
- Sueurs excessives
- Faible gain pondéral
- Faciès anxieux

OBSERVATIONS

- Tachycardie
- Tachypnée
- Tension artérielle (dans les deux bras) : généralement normale, mais parfois basse (ce qui est grave et peut dénoter un état de choc cardiogénique)
- Température : si elle est supérieure à la normale, peut indiquer un état inflammatoire ou infectieux

- Irritabilité
- Anxiété
- Fontanelles bombées
- Battements des ailes du nez
- Cyanose
- Œdème périphérique (chez le grand enfant)
- Distension jugulaire accrue
- Choc de la pointe diffus, déplacé (cardiomégalie)
- Soulèvements ou frémissements
- Bruit de galop (avec bruit cardiaque B₃ supplémentaire)
- Souffles plus intenses
- Crépitations dans les champs pulmonaires
- Hépatomégalie
- Pouls périphériques diminués

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Maladie respiratoire (bronchiolite ou pneumonie)
- Anomalie métabolique (hypoglycémie, empoisonnement par les salicylates, etc.); l'hyperglycémie avec cétose et les traumatismes crâniens sont aussi possibles
- Septicémie ou méningite

COMPLICATIONS

- Diminution du débit cardiaque (choc cardiogénique)
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Oxymétrie de pouls

TRAITEMENT

Objectifs

- Accroître la fonction hémodynamique
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin pour un traitement d'urgence.

Interventions non pharmacologiques

- Nourrissez l'enfant en surélevant sa tête (évitez toute flexion de la nuque)
- Limitez les apports liquidiens à la quantité nécessaire au maintien de l'hydratation (voir le chapitre « *Maintien de l'équilibre hydroélectrolytique* »)

Traitement adjuvant

- Amorcez un traitement intraveineux (IV) avec du soluté physiologique pour maintenir un accès veineux (à moins que cela ne stresse trop l'enfant)
- Administrez de l'oxygène à raison de 6–10 l/min ou plus au moyen d'un masque sans réinspiration¹. Réglez le débit pour maintenir une saturation en oxygène > 97 %²

Interventions pharmacologiques

Les médicaments utilisés pour traiter l'insuffisance cardiaque chez l'enfant doivent être prescrits par un médecin.

- Diurétiques, pour diminuer le volume :
furosémide (Lasix), 1 mg/kg IV immédiatement (peut être administré PO si on n'a pas d'accès veineux)
- Des inhibiteurs de l'ECA pourront être prescrits par un médecin dans le but de réduire la postcharge
- Dans certains cas, de la digoxine pourra être administrée afin d'augmenter la contractilité

Surveillance et suivi

Phase aiguë

Surveillez les voies respiratoires, la respiration, la circulation, les signes vitaux, la saturation en oxygène (à l'aide d'un oxymètre de pouls, si possible), les bruits du cœur et des poumons, l'apport liquidien et le débit urinaire jusqu'à ce que l'enfant soit transféré à l'hôpital.

À long terme

L'enfant atteint d'une cardiopathie doit faire l'objet d'un suivi régulier dans la communauté, qui permettra de veiller à ce qu'il grandisse et se développe normalement et de déceler toute complication. La fréquence du suivi dépend de la gravité de la maladie.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale immédiatement.

CYANOSE DU NOUVEAU NÉ (DE LA NAISSANCE À 6 SEMAINES)

Coloration bleutée de la peau et des muqueuses consécutive à une hypoxie.

CAUSES

Cardiopathie congénitale

La cyanose d'origine cardiaque est causée par un shunt gauche droite qui, à la faveur d'une communication anormale, entraîne le passage du sang veineux non oxygéné dans les artères et la circulation générale.

Les situations suivantes augmentent le risque de cardiopathie congénitale :

- Syndromes génétiques (syndrome de Down, etc.)
- Certaines anomalies extracardiaques (omphalocèle, par exemple)
- Diabète maternel mal maîtrisé pendant le premier trimestre
- Exposition à un tératogène cardiaque (lithium, isotrétinoïne [Accutane], alcool)
- Antécédents familiaux de cardiopathie congénitale importante

Causes non cardiaques

- Infection pulmonaire (par exemple, à streptocoque du groupe B)
- Infection intra-utérine ou infection virale systémique (rubéole ou infection par le virus Cocksackie B5, par exemple)
- Aspiration de méconium
- Hypoplasie pulmonaire
- Syndrome de détresse respiratoire (par exemple, chez les prématurés)
- Hypoventilation (dépression neurologique, etc.)
- Circulation fœtale persistante : observée chez les enfants nés après terme avec détresse périnatale ou atteints d'une maladie pulmonaire

Caractéristiques cliniques des nourrissons atteints d'une cardiopathie cyanogène

Les signes cliniques se manifestent généralement pendant la première semaine de vie, mais peuvent aussi survenir ultérieurement :

- Difficulté à boire; grande fatigabilité
- Léthargie
- Cyanose pendant la tétée ou à l'effort (par exemple, lorsque l'enfant pleure)
- Sudation au niveau du visage ou du front, notamment lorsque l'enfant boit ou qu'il s'agite
- Respiration rapide et bruyante

OBSERVATIONS

- Léthargie
- Cyanose, au départ des muqueuses buccales, puis généralisée, dans les cas graves
- Saturation en oxygène diminuée
- Tachypnée
- Mauvaise perfusion (pâleur, teint gris ou cendré; extrémités froides; ralentissement du remplissage capillaire; ralentissement des pouls périphériques)
- En cas de coarctation de l'aorte, la qualité du pouls et la tension artérielle peuvent différer d'un membre à l'autre
- Bruits forts du cœur
- Apparence hyperdynamique de la région précordiale (soulèvements ou frémissements)
- Souffle cardiaque possible
- Hépatomégalie (en cas d'insuffisance cardiaque)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Causes pulmonaires énumérées précédemment
- Septicémie

COMPLICATIONS

- Insuffisance cardiaque (voir la section « Insuffisance cardiaque »)
- Retard de croissance (voir « Retard de croissance » dans le chapitre pédiatrique « Hématologie, endocrinologie, métabolisme et immunologie »)
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Oxymétrie de pouls

TRAITEMENT**Consultation**

Consultez immédiatement un médecin et préparez l'évacuation médicale.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6–10 l/min (ou plus, au besoin) à l'aide d'un masque sans réinspiration. Réglez le débit pour maintenir une saturation en oxygène > 97 %²
- Envisagez une perfusion de soluté physiologique si le nourrisson a du mal à téter ou s'il présente une détresse clinique importante

Interventions non pharmacologiques

- Faites boire le nourrisson en position redressée
- Faites lui seulement boire des petites quantités, à intervalles rapprochés

Surveillance et suivi

- Surveillez l'état de conscience, les signes vitaux, les bruits du cœur et des poumons, la perfusion ainsi que la saturation en oxygène (à l'aide d'un oxymètre de pouls)
- Surveillez l'état d'hydratation (apport liquidien et débit urinaire) (voir le tableau intitulé « Signes cliniques de la déshydratation » dans le chapitre « Maintien de l'équilibre hydroélectrolytique »)
- Surveillez les signes d'insuffisance cardiaque (voir la section « Insuffisance cardiaque »)

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Procédez à l'évacuation médicale dès que possible

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU (CARDITE)

Inflammation diffuse des tissus conjonctifs intéressant le cœur, les articulations, la peau, le système nerveux central et les tissus sous cutanés dont la tendance à la récurrence est élevée. Il s'agit d'une complication auto immune résultant d'une infection à streptocoque β -hémolytique du groupe A.

Le rhumatisme articulaire aigu est beaucoup plus répandu chez les enfants autochtones et chez ceux qui vivent dans des conditions socio économiques difficiles. Il peut survenir à tout âge, mais il est plus fréquent chez les enfants d'âge scolaire. Le risque est supérieur dans les familles qui ont des antécédents de cette maladie.

CAUSES

- Infection antérieure à streptocoque β -hémolytique du groupe A (pharyngite, cellulite) et réponse immunitaire subséquente

ANAMNÈSE

La maladie est presque toujours précédée d'une pharyngite streptococcique (survenue 2 à 5 semaines plus tôt).

Le tableau clinique varie; cependant, il est possible d'observer les symptômes suivants :

- Fièvre
- Douleur, rougeur et œdème articulaires (constellation de symptômes connue sous le nom d'arthrite migratoire, qui intéresse généralement les grosses articulations)
- Labilité émotionnelle
- Mouvements involontaires inutiles (chorée de Sydenham)
- Essoufflement, œdème, toux, fatigue (caractéristiques de l'insuffisance cardiaque)
- Éruption cutanée (érythème marginé)
- Apparition de nodosités sous cutanées (sur les gaines des tendons)

OBSERVATIONS

Les observations sont variables et dépendent des organes et appareils touchés.

- Faible fièvre
- Tachycardie (augmentation du rythme cardiaque au repos)
- Tachypnée

Signes cardiovasculaires

- Dyspnée, cyanose, œdème et hépatomégalie si l'enfant est en situation d'insuffisance cardiaque
- Soulèvements ou frémissements possibles
- Nouveau souffle cardiaque, souvent holosystolique
- Frottements audibles à l'inspiration et à l'expiration en cas de péricardite concomitante
- Affaiblissement de l'intensité des bruits du cœur

Signes musculosquelettiques

- Articulations chaudes, douloureuses et enflées à plusieurs endroits

Peau

- Éruption cutanée (érythème marginé : sans prurit, siège habituellement sur le tronc ou la racine des membres et épargne le visage)
- Nodosités sous cutanées, généralement perçues à la palpation des muscles extenseurs des membres

Autres symptômes

- Labilité émotionnelle
- Mouvements involontaires inutiles (chorée de Sydenham)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cardiopathie congénitale (non auparavant diagnostiquée)
- Cardite virale
- Polyarthrite rhumatoïde
- Tics (évoquant le syndrome choréique)

Le diagnostic repose sur un ensemble complexe de signes connu sous le nom de critères de Jones (voir le tableau 2, intitulé « Critères de Jones pour le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu »).

Tableau 2 – Critères de Jones pour le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu*

Critère principal	Critère secondaire
Cardite	Fièvre
Polyarthrite	Arthralgies
Chorée de Sydenham	Poussées antérieures (rhumatismes)
Érythème marginé	Résultats des analyses de laboratoire : VSG, GB et protéine C réactive augmentés; hémoglobine diminuée, intervalle PR ou QT prolongé à l'électrocardiogramme

Nodules sous-cutanés

VSG = vitesse de sédimentation globulaire;

GB = globules blancs

*Toute association de deux critères principaux ou d'un critère principal et de deux critères secondaires permet de confirmer le diagnostic en présence d'indicateurs d'une infection à streptocoques récente.

COMPLICATIONS

- Cardite
- Insuffisance cardiaque congestive
- Cardiopathie rhumatismale (lésion valvulaire, généralement de la valve mitrale)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT

Le diagnostic et le traitement du rhumatisme articulaire aigu exigent une hospitalisation. Un traitement d'urgence pour l'insuffisance cardiaque congestive peut s'imposer; voir la section « *Insuffisance cardiaque* ».

Objectifs

- Identifier rapidement la maladie
- Prévenir les complications

Prévention primaire

- Traitement énergique des infections pharyngées à streptocoque du groupe A par une antibiothérapie rigoureusement suivie

PHASE AIGUË**Consultation**

Consultez immédiatement un médecin et préparez l'évacuation médicale.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit

Interventions pharmacologiques³

Ne pas administrer de médicaments tant que le diagnostic n'a pas été clairement établi. Les médicaments doivent être prescrits par un médecin.

Le traitement du rhumatisme articulaire aigu comprend une antibiothérapie pour éliminer les streptocoques du groupe A de l'organisme, l'administration d'anti inflammatoires et, au besoin, une médication visant à corriger l'insuffisance cardiaque.

Traitement anti inflammatoire :

acide acétylsalicylique (AAS), 80 à 100 mg/kg/jour, dose fractionnée administrée toutes les 6 à 8 heures chez l'enfant

Antibiothérapie visant à éliminer les streptocoques du groupe A de l'organisme :

Enfants \leq 27 kg

pénicilline VK (Pen Vee K), 250 mg PO, bid ou tid, pendant 10 jours

ou

amoxicilline, 40 mg/kg/jour, PO, dose fractionnée administrée bid ou tid pendant 10 jours

ou

céfalexine, 25–50 mg/kg/jour, PO, dose fractionnée administrée bid pendant 10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

azithromycine, 12 mg/kg, PO, une fois par jour pendant 5 jours

L'érythromycine constitue aussi une option dans le cas des patients allergiques à la pénicilline.

Adolescents > 27 kg

pénicilline VK (Pen Vee K), 500 mg PO, bid ou tid, pendant 10 jours

ou

amoxicilline, 500 mg PO tid pendant 10 jours

ou

céfalexine, 500 mg PO bid pendant 10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

azithromycine, 500 mg PO le jour 1, puis 250 mg pour les jours 2 à 5

L'érythromycine constitue aussi une option dans le cas des patients allergiques à la pénicilline.

Surveillance et suivi

Surveillez les signes d'insuffisance cardiaque. Lorsque ces signes sont présents, *référez vous à la section « Insuffisance cardiaque »*.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale.

PHASE POST AIGUË**Interventions pharmacologiques prophylactiques⁴**

À cause du risque de récurrence, une antibiothérapie prophylactique continue s'impose. Le risque de récurrence est maximal dans les 5 années suivant la première poussée. La prophylaxie doit être débutée immédiatement après la fin de l'antibiothérapie complète décrite précédemment. C'est au médecin que revient la tâche de prescrire la prophylaxie; il privilégiera généralement un régime médicamenteux à base de pénicilline, de sulfadiazine ou d'un macrolide comme l'azithromycine.

Pour les enfants qui n'ont pas de cardite rhumatismale, la prophylaxie devrait durer au moins 5 ans et, de préférence, pendant toute leur enfance.

En cas de pathologie valvulaire, une prophylaxie à vie est conseillée ou à tout le moins jusqu'à 21 ans.

Tout arrêt du traitement prophylactique devrait être effectué sous les recommandations d'un médecin.

MYOCARDITE VIRALE

Inflammation du myocarde caractérisée par une nécrose des myocytes accompagnée d'un infiltrat inflammatoire.

PHYSIOPATHOLOGIE

La myocardite entraîne généralement une détérioration fonctionnelle du myocarde, qui est associée à une dilatation du cœur, de même qu'une augmentation du volume télédiastolique attribuable à un accroissement de la précharge. L'augmentation progressive du volume télédiastolique du ventricule gauche accroît la pression dans l'oreillette gauche de même que les pressions artérielle et veineuse pulmonaires, ce qui élève la pression hydrostatique et favorise l'apparition d'un œdème pulmonaire et d'une insuffisance cardiaque congestive.

CAUSES

Une infection virale est habituellement à l'origine de la myocardite. Le parvovirus B19 et l'herpèsvirus humain de type 6 sont les virus les plus fréquemment retrouvés chez les patients atteints d'une myocardite aiguë; cependant, la myocardite peut aussi être attribuable aux virus suivants :

- Parvovirus B19
- Herpèsvirus
- Virus coxsackie de type A ou B (surtout de type B)
- Adénovirus (le plus souvent de type 2 ou 5)
- Cytomégalovirus
- Echovirus
- Virus Epstein-Barr
- Virus de l'hépatite C
- Virus de l'immunodéficience humaine
- Virus de l'influenza et virus parainfluenza
- Virus de la rougeole
- Virus des oreillons, associé à une fibroélastose endocardique
- Virus de la poliomyélite
- Virus de la rubéole
- Virus de la varicelle

Facteurs de risque

Les patients immunodéprimés et les jeunes patients, en particulier les nouveau nés et les nourrissons, peuvent présenter un risque accru de myocardite.

ANAMNÈSE

Le tableau clinique varie grandement; certains patients pourront en effet ne présenter que peu ou pas de symptômes, tandis que, chez les patients plus gravement atteints, une décompensation cardiaque aiguë évoluant vers le décès pourrait être observée.

Le nouveau né et l'enfant pourraient présenter les signes et symptômes suivants, parfois d'apparition soudaine :

- Irritabilité
- Retard de croissance
- Difficulté à s'alimenter
- Fièvre et autres symptômes liés à l'état infectieux
- Léthargie
- Faible débit urinaire (dénote une baisse de la fonction rénale)
- Pâleur des mains et des pieds (attribuable à une mauvaise circulation sanguine)
- Tachypnée
- Tachycardie

Chez l'enfant de plus de 2 ans, il est aussi possible d'observer les symptômes suivants :

- Maux de ventre et nausée
- Toux
- Fatigue
- Enflure (œdème) des jambes, des pieds et du visage
- Syndrome grippal récent non spécifique
- Dans certains cas, chez le grand enfant, en plus des symptômes décrits précédemment, un manque d'énergie et un état de malaise pourront être notés
- Douleurs thoraciques : bien que rares chez le jeune enfant, les douleurs thoraciques peuvent être le premier signe de myocardite chez le grand enfant et l'adolescent; chez ces patients, elles doivent donc être considérées comme un symptôme important

OBSERVATIONS**Nouveau né/nourrisson**

- Hypothermie ou hyperthermie
- Tachypnée
- Tachycardie
- Cyanose
- Extrémités froides
- Temps de remplissage capillaire augmenté
- Peau pâle ou tachetée
- Respiration sifflante et diaphorèse pendant la tétée
- Irritabilité
- Somnolence
- Hypotonie
- Convulsions
- Oligurie
- Atteinte des organes cibles (par exemple, il peut y avoir apparition d'une insuffisance rénale liée à l'infection directe du rein par le virus ou au faible débit cardiaque)

Enfant

- Faible fièvre
- Tachycardie, pouls faible
- Possibilité de distension jugulaire et d'œdème des membres inférieurs
- Assourdissement des bruits du cœur, surtout en présence d'une péricardite
- Présence d'un bruit B₃
- Souffle cardiaque attribuable à une fuite de la valve mitrale ou de la valve tricuspide
- Crépitations possibles chez le grand enfant
- Hépatomégalie possible chez le jeune enfant
- Extrémités froides
- Temps de remplissage capillaire augmenté
- Peau pâle ou tachetée

Adolescent

Chez l'adolescent, le tableau clinique ressemble à celui noté chez les enfants de 6 à 12 ans. Par contre, les symptômes suivants pourront prédominer :

- Tolérance à l'effort diminuée
- Manque d'énergie, état de malaise
- Douleurs thoraciques
- Faible fièvre
- Arythmie
- Toux
- Faible débit cardiaque

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Myocardite non virale
- Péricardite virale
- Sténose de la valve aortique
- Infections à entérovirus
- Cardiomyopathie dilatée
- Glycogénose de type I ou II
- Coarctation de l'isthme aortique
- Anomalies des artères coronaires

TESTS DIAGNOSTIQUES

Une radiographie du thorax pourra mettre en évidence une cardiomégalie et une insuffisance cardiaque.

Électrocardiographie (ECG)

Chez certains patients atteints d'une myocardite légère, les anomalies relevées à l'ECG pourront être les seuls indicateurs de la maladie.

- Un hypovoltage du complexe QRS (< 5 mm dans les dérivations périphériques) est classique
- Une onde Q de pseudo nécrose et une progression anormale de l'onde R dans les dérivations précordiales peuvent aussi être notées
- Un aplatissement ou une inversion de l'onde T sont fréquemment observés en association avec une onde Q faible ou absente en V5 et V6
- Une hypertrophie ventriculaire gauche avec surcharge (*strain pattern*) peut être observée
- D'autres anomalies non spécifiques, dont un intervalle PR et un intervalle QT allongés, peuvent aussi être observées
- La tachycardie sinusale est l'observation la plus fréquente
- Une contraction prématurée des ventricules et une tachycardie auriculaire ont déjà été observées
- La tachycardie jonctionnelle est fréquente; elle peut aggraver l'insuffisance cardiaque congestive
- Un bloc auriculo ventriculaire de premier ou de deuxième degré occasionnel peut aussi être noté
- Une tachycardie ventriculaire est souvent associée à la myocardite virale et peut en être le premier signe

COMPLICATIONS

- Arythmie
- Insuffisance cardiaque (*voir la section « Insuffisance cardiaque »*)
- Thromboembolie
- Fonction ventriculaire diminuée
- Cardiomyopathie dilatée

TRAITEMENT**Objectifs**

- Stabiliser la fonction cardiovasculaire
- Prévenir les complications

Consultation

Consulter d'urgence un médecin si vous croyez que le patient est atteint de myocardite virale.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène en quantité suffisante au moyen d'un masque sans réinspiration. Réglez le débit pour maintenir une saturation en oxygène > 97 %
- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique à un débit suffisant pour maintenir l'hydratation, selon la capacité de l'enfant à boire. Évitez la surhydratation. Maintenez l'accès veineux jusqu'à la consultation avec le médecin. Pesez toujours le nourrisson avant d'entreprendre l'administration intraveineuse de soluté dans le cadre du maintien de l'hydratation

Interventions non pharmacologiques

- Le repos au lit est nécessaire pendant la phase aiguë de la maladie
- Faites boire le nourrisson en position redressée

Interventions pharmacologiques

Consultez un médecin pour obtenir les prescriptions nécessaires. Le traitement prescrit pourra comprendre les médicaments suivants, au besoin. La section « *Insuffisance cardiaque* » contient de plus amples renseignements.

- Diurétiques, pour diminuer le volume :
furosémide (Lasix), 1 mg/kg IV stat (peut être administré PO si on n'a pas d'accès veineux)
- Des inhibiteurs de l'ECA pourront être prescrits par un médecin dans le but de réduire la postcharge
- Dans certains cas, de la digoxine pourra être administrée afin d'augmenter la contractilité
- Antiarythmiques
- Anticoagulants

Surveillance et suivi**Phase aiguë**

Surveillez les voies respiratoires, la respiration, la circulation, les signes vitaux, la saturation en oxygène (à l'aide d'un oxymètre de pouls, si possible), les bruits du cœur et des poumons, l'état neuromental, l'apport liquidien, le débit urinaire, la réponse au traitement et l'apparition d'effets indésirables jusqu'à ce que l'enfant soit transféré à l'hôpital.

À long terme

L'enfant atteint de cardiopathie doit faire l'objet d'un suivi régulier dans la communauté, qui permettra de veiller à ce qu'il grandisse et se développe normalement et de déceler toute complication. La fréquence du suivi dépend de la gravité de la maladie.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale vers un établissement doté d'une unité de cardiologie et d'une unité de soins intensifs.

SOURCES

Les adresses Internet ont été vérifiées en février 2012.

LIVRES ET MONOGRAPHIES

Bickley L.S. *Guide de l'examen clinique*, 4^e éd., Paris, Arnette, 2001.

Cheng A, et al. *The Hospital for Sick Children handbook of pediatrics*. 10th ed. Elsevier; 2003.

Colman R, Somogyi R (rédacteurs en chef). *Toronto notes – MCCQE 2008 review notes*. 24th ed. Toronto, ON: University of Toronto, Faculty of Medicine; 2008.

Gray J (rédactrice en chef). *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Association des pharmaciens du Canada; 2007.

Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation*, 7^e éd. Ottawa, Ont., Agence de la santé publique du Canada, 2006.

Jensen B, Regier L (rédacteurs). *The Rx files*. 7th ed. Saskatoon, SK; 2008.

Rudolph CD, et al. *Rudolph's pediatrics*. 21st ed. McGraw-Hill; 2003.

Uphold CR, Graham MV. *Clinical guidelines in child health*. 3rd ed. Gainesville, FL: Barmarrae Books; 2003.

Repchinsky, C. (rédactrice en chef). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, Ottawa, Ont., Association des pharmaciens du Canada, 2007.

ARTICLES SCIENTIFIQUES

Arnold JMO, Liu P, Demers C, et al. Recommandations de la Conférence consensuelle de la Société canadienne de cardiologie 2006 sur l'insuffisance cardiaque: diagnostic et prise en charge. *J. can. cardiol.* 2006;22(1):23-45.

Birdi N, Hosking M, Clulow MK, Duffy CM, et al. Acute rheumatic fever and poststreptococcal reactive arthritis: Diagnostic and treatment practices of pediatric subspecialists in Canada. *J Rheumatol* 2001;28:1681-88.

GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE, DOCUMENTS ET AUTRES PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES

Cilliers A, Manyemba J, Saloojee HH. (2003). *Anti-inflammatory treatment for carditis in acute rheumatic fever*. Disponible à : <http://summaries.cochrane.org/CD003176/corticosteroids-and-immunotherapy-to-prevent-heart-damage-as-a-result-of-rheumatic-fever>

Chin TK, Chin EM, Siddiqui T, Sundell, A-K. (octobre 2008). *Rheumatic Heart Disease: Treatment & Medication*. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/891897-overview>

Hong W, Tang W. (septembre 2008). *Myocarditis*. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/156330-overview>

Poothirikovil V. (novembre 2008). *Cardiomyopathy, Dilated*. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/895187-overview>

Rodriguez-Cruz E, Ross RD. (octobre 2008). *Myocarditis, Viral*. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/890740-overview>

Satou GM, Herzberg G, Erickson LC. (juin 2006, mis à jour en mars 2009). *Heart Failure, Congestive*. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/901307-overview>

NOTES DE FIN DE CHAPITRE

- 1 Emergency Nurses Association (ENA) (2007) Trauma Nursing Core Competencies Provider Manual. 6th Edition. p. 70.
- 2 Debbie M. Popovich, Nancy Richiuso, Gale Danek. Pediatric health care providers' knowledge of pulse oximetry *Pediatric Nursing*, Jan-Feb, 2004; p. 2. Disponible à : http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSZ/is_1_30/ai_n17206797/pg_2/?tag=content;coll
- 3 UpToDate Online 18.1, 2010. *Treatment and prevention of rheumatic fever*, et UpToDate Online 18.1, 2010. Antibiotic therapy of GAS pharyngitis, qui se fonde sur Gerber, MA, Baltimore, RS, Eaton, CB, et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis: A scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation* 2009, vol. 119(11), p. 1541-51. Accès avec abonnement : www.uptodate.com
- 4 Secondary prevention of rheumatic fever (prevention of recurrent attacks). UpToDate Online 18.1. Accès avec abonnement : www.uptodate.com