

Décembre 2007



*Merci de votre participation enthousiaste, loyale et soutenue, assurant ainsi l'essor constant de La Fondation pour l'éducation médicale continue! Tout le personnel de La Fondation vous souhaite leurs meilleurs voeux pour le temps des Fêtes et l'année 2008.*

### *Le coin des rédacteurs*

Voici quelques questions et commentaires au sujet des récents modules. Le Coin des rédacteurs est un forum qui vous permet non seulement de nous faire part de votre point de vue, mais qui essaie aussi de répondre le mieux possible à vos questions.

### **OSTÉOPOROSE ET FRACTURES DE FRAGILITÉ (MAI 2007)**

**Q: Outre le dépistage et le traitement, ne devrions-nous pas être plus proactifs dans la prévention de l'ostéoporose?**

R: Souvent, les questions sont plus nombreuses que les réponses, cependant, celle-ci met en évidence la possibilité que les médecins de famille, premiers fournisseurs de soins de santé aux enfants et aux adolescents, aient un rôle majeur à jouer dans l'amélioration, à long terme, de la santé des os des patients <sup>1</sup>.

Le pic de la masse osseuse, la « banque de l'os » dans laquelle la personne va puiser à l'âge adulte, est vraisemblablement complété vers 29 ans — la période décisive d'accumulation se produisant à l'enfance et à l'adolescence. L'adolescence est probablement la période la plus importante dans la vie d'un individu concernant sa santé osseuse, car c'est la période durant laquelle se forme plus de la moitié de la masse osseuse <sup>2</sup>.

Bien qu'il n'existe actuellement aucune ligne directrice clinique s'adressant aux professionnels de la santé, les recommandations actuelles <sup>3</sup> sur la nutrition et l'activité physique devraient servir la santé générale de tous les enfants et adolescents (opinion d'expert):

- a. Un apport alimentaire en calcium (1300 mg/jour pour les 9 à 18 ans et 1000 mg/jour pour ceux de plus de 19 ans) et un *minimum* de 200 U.I./jour de vitamine D pour tous les enfants et adolescents sont recommandés. (*Remarque:* la plupart des adolescents ne prennent pas la dose quotidienne recommandée.)
- b. Bien que la période durant laquelle l'exercice est le plus bénéfique se situe au pic de la vitesse de croissance (10 à 11 ans pour les filles et 12 à 14 ans pour les garçons), aucun programme optimal d'exercices n'a été établi. Les recommandations qui pourraient être bénéfiques comprennent la pratique d'activités intenses (comme la course, le saut, la gymnastique ou le basket-ball pendant 10 à 20 minutes) au moins 3 jours par semaine <sup>1</sup>. — *EC/JW/JF*

1. Loud KJ, Gordon CM. Adolescent Bone Health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:1026-1032
2. Bailey DA, Martin AD, McKay HA, et al. Calcium accretion in girls and boys during puberty: a longitudinal analysis. *J Bone Miner Res* 2000;15:2245-2250.
3. Greer FR, Krebs NF. Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics. Optimizing bone health and calcium intakes of infants, children and adolescents. *Pediatrics* 2006;117:578-585.

## **L'INCONTINENCE URINAIRE (FÉVRIER 2007)**

**Q: Au sujet des directives pour faire les exercices du plancher pelvien, plusieurs auteurs/organismes suggèrent «de tenter de garder les muscles du plancher pelvien contractés pendant 10 secondes» (ou de compter jusqu'à 10). Pourquoi alors recommander de «contracter et compter lentement ...1-et-2-et-3-et»? Est-ce que cela fait vraiment une différence?**

R: L'élément clé dans les exercices des muscles du plancher pelvien (exercices de Kegel) est la constance et le rythme durant les exercices. Une période de contraction suivie d'une période de relaxation équivalente est nécessaire pour renforcer ces muscles. La contraction suivante ne doit pas commencer avant que le muscle ne soit complètement relâché. Le problème avec cette recommandation de «tenir pendant un compte de 10» est que la plupart des patients ne tiennent pas réellement la contraction aussi longtemps. Puis, ils relaxent pendant un compte de 10 et développent, en réalité, un rythme irrégulier d'exercices.

L'expérience clinique a montré que la plupart des patients ne peuvent pas tenir plus d'un compte lent de 3 au tout début. L'autre problème est que lorsque les patients tentent de contracter pendant un compte de 10, ils retiennent habituellement leur respiration et contractent d'autres muscles pour être capables de tenir tout ce temps. En mettant l'accent sur le rythme soit «contracter pendant 1-et-2-et-3-et....et relâcher pendant 1-et-2-et-3-et», les exercices sont plus faciles pour le patient et ils continueront de les faire. Lorsqu'on enseigne la méthode du compte «1-et-2-et-3-et», les patients qui ont tenté de faire les exercices de Kegel en gardant la contraction pendant un compte de 10 sont surpris de leur nouveau succès avec un compte lent de 3. — JS/JGW

**Q: Lorsqu'on tente d'améliorer le contrôle de la vessie, pourquoi ne recommandons-nous pas de tenter d'arrêter la miction? Est-ce dommageable?**

R: En réalité, «le fait d'arrêter et de recommencer à uriner» peut mener à une vidange incomplète de la vessie, puisque plusieurs patients ont de la difficulté à recommencer leur miction une fois arrêtée. Ce qui n'est pas vraiment surprenant, car c'est un signal provenant du cerveau qui contrôle la contraction et la relaxation des sphincters et utiliser les muscles du plancher pelvien pour arrêter la miction court-circuite ce signal. De plus, il ne s'agit pas d'un test valide pour vérifier la force des muscles pelviens. Donc, on ne recommande plus d'arrêter d'uriner pendant la miction. — JS/JGW

## **Errata**

### **Souffles cardiaques (mai 2007)**

Un des réviseurs nous a fait remarquer que les lignes directrices sur l'antibioprophylaxie ont récemment changé...rendant ainsi l'annexe 3 du module caduque puisque ces changements sont majeurs!. (NDT La nouvelle version de cette annexe est incluse dans la traduction française de ce module.)

Puisqu'il est utile de comprendre pourquoi ces changements ont été faits pour mieux les expliquer à nos patients, nous avons résumé les principales raisons de la révision de ces lignes directrices :

1. Les anciennes recommandations d'antibioprophylaxie pour prévenir l'endocardite infectieuse se fondaient sur des données dont la qualité n'était pas très bonne. En réalité, il semble que l'endocardite infectieuse est plus liée à une bactériémie occulte en relation avec les activités de la vie quotidienne (p.ex., se brosser les dents, passer la soie dentaire, utiliser des cure-dents en bois, etc.) qu'à une bactériémie causée par des soins dentaires ou des examens du tractus gastro-intestinal ou génito-urinaire.
2. Aucune donnée publiée à ce jour n'a pu démontrer de façon convaincante que l'administration d'antibioprophylaxie prévient l'endocardite associée à un examen invasif. En réalité, la prophylaxie peut prévenir un nombre infime de cas, si elle en prévient le moindre, chez des personnes qui reçoivent des soins dentaires ou passent des examens du tractus gastro-intestinal ou génito-urinaire.
3. Pour le moment, les effets secondaires associés aux antibiotiques dépassent les bénéfices, s'il en subsiste le moindre, de l'antibioprophylaxie.
4. Le maintien d'une santé et d'une hygiène buccale optimales peut réduire l'incidence de bactériémie liée aux activités de la vie quotidienne est plus important lors de soins dentaires que les antibiotiques en prophylaxie pour réduire le risque d'endocardite infectieuse.

Donc, l'antibioprophylaxie est recommandée uniquement dans les cas où une pathologie cardiaque est associée à un risque élevé de complications suite à une endocardite: prothèse valvulaire cardiaque, antécédents d'endocardite infectieuse, formes spécifiques de maladie cardiaque congénitale (voir l'annexe révisée), les patients ayant reçu une greffe cardiaque qui développent une valvulopathie cardiaque.

#### **Éléments clés:**

- Il y a de moins en moins de patients qui doivent recevoir une prophylaxie (plusieurs formes de malformations cardiaques congénitales n'exigent plus de prophylaxie). Nous devons connaître les raisons de ces changements et éduquer nos patients.
- Nous devrions jouer un rôle actif pour encourager une bonne hygiène buccale puisque cette approche serait plus efficace à réduire l'incidence de l'endocardite infectieuse que l'antibioprophylaxie.

### ***Le saviez-vous?***

**Il peut s'écouler environ sept à neuf mois entre le moment de la conception d'un module et sa publication; sans compter les délais additionnels pour en faire la traduction.**

Le module commence par **un choix de sujet** qui s'établit à partir des demandes des participants, des nouveautés importantes au niveau des examens ou des traitements, et(ou) des suggestions des consultants ou des organismes professionnels (la plupart de temps, c'est une combinaison de tous ces éléments).

Au tout début de la production d'un module, un chercheur/une chercheuse fait un résumé de «l'évaluation des besoins». Pour ce faire, on «analyse les écarts» (l'écart entre la meilleure pratique et la pratique actuelle) et on rédige un résumé des facteurs/obstacles à la pratique actuelle pour passer à une meilleure pratique.

**Les histoires de cas** sont choisies par les auteurs qui sont des médecins de famille. Elles deviennent la base des cas simulés du module final.

Puis, on organise un **groupe de discussion** pour valider et revoir le résumé de «l'évaluation des besoins» qui a été transmis à tous les participants à la rédaction avant la réunion. La plupart des rédacteurs participent déjà au Programme d'apprentissage PGBP, le premier public cible, et ont déjà rédigé au moins un autre module.

En se fondant sur la discussion du groupe, la rédactrice médicale prépare une **première version** du module et la transmet aux auteurs/médecins de famille. Les auteurs apportent leurs suggestions et corrections.

La rédactrice prépare ensuite une **deuxième version** qui sera aussi revue par les auteurs et la rédactrice médicale en chef pour proposer d'autres changements ou suggestions.

Puis vient la «réunion d'essai» effectuée par un «**groupe-pilote**» bénévole. Ce groupe-pilote donne sa rétroaction qui est attentivement revue pour apporter les changements appropriés au module.

Ensuite, deux médecins spécialistes du sujet **revoient** la nouvelle version du module sans connaître le nom des auteurs — surtout pour s'assurer de la précision de l'information donnée et identifier toute omission significative. Ces réviseurs peuvent faire des suggestions spécifiques au comité réviseur.

La version définitive du module est ensuite corrigée puis mise en page pour impression. C'est à cette étape que la traduction peut commencer.

## ***Nouveau membre au conseil d'administration Représentant de l'Alberta/Colombie-Britannique et le Yukon***

À la réunion annuelle du Conseil d'administration du 23 juin dernier, Docteure Sarah Cairncross a été nommée représentante de la région Alberta, Colombie-Britannique et Yukon. Docteure Cairncross remplace le Docteur Adrian Gretton qui a cédé son siège après six ans au Conseil.

Vous pouvez consulter la liste des membres actuels du Conseil d'administration sur notre site Web à :  
<http://www.fmpe.org/en/contact/board.html>

## ***Ateliers de formation des facilitateurs***

### **Printemps 2008**

Le samedi 5 avril, à Hamilton  
Le samedi 19 avril, à Vancouver  
Le samedi 19 avril, à Montréal

### **Automne 2008**

Le samedi 4 octobre, à Hamilton  
Le samedi 18 octobre, à Calgary  
Le samedi 18 octobre, à Montréal

Communiquer avec Heather Haywood pour vous inscrire :  
Service aux membres et formation des facilitateurs  
(905) 525-9140 poste 22750 ou (800) 661-3249 menu 1 ou [haywood@mcmaster.ca](mailto:haywood@mcmaster.ca)

## *Point administratif*

**Attention! À l'intention des participants aux groupes PGBP qui commencent en janvier!** Surveillez votre courrier, votre facture vous sera expédiée par la poste. Suite aux demandes répétées des facilitateurs et des participants, nous expédierons maintenant les factures directement aux membres plutôt que les envoyer aux facilitateurs pour distribution. **Si votre adresse postale a récemment changé, nous vous demandons de communiquer avec nous pour mettre votre adresse à jour.**

## *Votre groupe voudrait-il être groupe-pilote pour un module en rédaction?*

Au cours de la rédaction d'un module, nous incluons une étape d'essai d'un brouillon du module par un groupe-pilote. Il s'agit d'un groupe PGBP qui accepte de faire «une pratique» avec le module en rédaction comme s'il s'agissait de la version définitive au cours d'une de leurs réunions régulières. Le groupe fournit une rétroaction importante qui nous permet d'apporter les correctifs nécessaires au contenu et au format du module. Ce groupe-pilote rend un service inestimable au comité réviseur et aux membres du programme PGBP qui utiliseront ce module. Nous avons, de plus, reçu des commentaires très positifs de la part des groupes qui ont participé à ce processus. **Remarque :** À cette étape de révision, les modules sont disponibles uniquement en anglais.

Pour de plus amples détails, veuillez communiquer avec Nancy McInnes à: [mcinn@mcmaster.ca](mailto:mcinn@mcmaster.ca) ou compléter le formulaire ci-dessous et nous le télécopier :

Nom: \_\_\_\_\_

Courriel et(ou) numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Sujet(s) d'intérêt: \_\_\_\_\_

### *Modules à venir*

Trouble bipolaire ~ Dyslipidémie ~ Hématurie ~ Virus du Papillome humain

**Consultez notre site Web: [www.fmpe.org](http://www.fmpe.org) ou appelez au : (800) 661-3249**