



LE COIN DES RÉDACTEURS

MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE
(Février 2009)

Q: Dans le récent module sur la MPOC, dans l'encadré du Test canadien de santé pulmonaire, on peut lire «si vous répondez «OUI» à l'une ou l'autre des questions suivantes (contrairement aux deux mentionnées au point 12), demandez à votre médecin de passer un simple test respiratoire (spirométrie)»? ?

R: Cette observation d'un de nos membres est exacte. Les lignes directrices sur la MPOC publiées en 2008 mentionnent que les patients devraient passer un dépistage par spirométrie s'ils répondent «Oui» à UNE question contrairement aux DEUX mentionnées dans le module ^{1,2}.

Toutefois, en regardant de plus près ce point d'information et la littérature, nous croyons qu'il est important de revoir les preuves sur cette recommandation de dépistage:

- (1) Les symptômes de toux chronique et de production d'expectorations ont plus de chances d'être causés par un diagnostic autre que la MPOC (RGO, rhinorrhée postnasale) ³.
- (2) Les résultats de spirométrie peuvent être inexacts en raison d'un mauvais coaching, d'efforts insuffisants de la part des patients, d'équipement mal calibré ou d'une mauvaise interprétation des résultats ³.
- (3) Il y a des données contradictoires quant à savoir si l'utilisation de la spirométrie augmente les chances d'abandon du tabac ^{3,4}.
- (4) Il n'existe pas de données de recherche qui soutiennent qu'une intervention pharmacologique précoce peut réduire, de façon significative, la morbidité ou l'évolution de la maladie chez des patients à un stade léger (Société canadienne de thoracologie, stade 1, ou Conseil de recherche médicale, stade 1).^{3,4}

En 2006, le rapport de l'Agency for Healthcare Research and Quality a suggéré que la spirométrie soit réservée aux personnes ayant de la dyspnée, peu importe qu'ils fument ou non ⁴.

Il est important de confirmer la présence d'une MPOC chez les personnes symptomatiques à l'aide d'une spirométrie fiable avant de prescrire des médicaments coûteux à inhaler. Par contre, il semble qu'en terme d'impact global, à la fois sur l'apparition et l'évolution de la MPOC, nous devrions concentrer tous nos efforts sur l'abandon du tabagisme. – ES/JW

update - highlights for primary care. *Can Respir J* 2008; 15(Suppl A):1A-8A.

- (3) Enright P. The use and abuse of office spirometry. *Prim Care Respir J* 2008; 17(4):238-242. PM:18958360
- (4) Wilt TJ, Niewoehner D, Kim C, Kane RL, Linabery A, Tacklind J et al. Use of spirometry for case finding, diagnosis, and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2005;(121):1-7. PM:16238364

CAPACITÉ À CONDUIRE (FÉVRIER 2009)

Q: En rapport avec le module capacité à conduire, le pointage «seuil» recommandé de 14 au mini-mental qui apparaît à l'annexe 3 est-il réellement bon? Il nous semble qu'il s'agit d'un seuil reflétant un stade sévère de maladie d'Alzheimer. Veuillez nous éclairer.



R: Le seuil de 14 est beaucoup trop bas et nous nous excusons pour cette erreur de frappe. En se fondant sur les recommandations de l'AMC, on aurait dû lire à l'annexe 3: «On accepte, en général, qu'un patient qui obtient un résultat au mini-mental inférieur à 24 est inapte à conduire de façon sécuritaire» ¹. Toutefois, cet élément soulève un point important.

L'annexe 3 fait aussi la mise en garde que le mini-mental «n'est pas suffisamment sensible pour tester des habiletés spécifiques comme le jugement et la perception qui sont essentielles, avec d'autres, à la conduite automobile sécuritaire» ¹. Une revue systématique ² a révélé qu'il n'existe malheureusement pas «un seuil de pointage précis utilisable en clinique» pour fournir au médecin un guide de prise de décisions clair sur la capacité à conduire.

Une récente revue de l'UK-DVLA regroupant des données de patients suivis pendant plus de 20 ans, a aussi révélé que certains patients qui obtiennent un pointage de 24 sont, dans les faits, des chauffeurs dangereux alors que d'autres qui ont obtenu un pointage de 20 conduisent sans fautes (habituellement, ces patients conduisaient des autobus ou des camions durant leur vie active) – ce qui suggère que la conduite automobile peut devenir une habileté pratiquement instinctive ³.

La plupart des experts conseillent de compléter le mini-mental par des outils qui vérifient d'autres habiletés, par exemple, le test du dessin de l'horloge ⁴ ou le test de la chute d'une règle pour vérifier le temps de réaction ⁵. Par contre, un test sur route semble être la façon idéale d'évaluer un chauffeur avec un déficit cognitif ^{6,7}.

Molna ⁵ propose que les médecins se posent uniquement la question suivante: «Est-ce que j'accepterais d'être passager dans le véhicule de cette personne sachant les trouvailles que j'ai mises à jour?» Si la réponse est non, ils devraient alors poursuivre les étapes pour suspendre le

(1) Manno M, Kaplan A. Maladie pulmonaire obstructive chronique. *Module de formation PGBP* 2009; 17(2):1-18. Hamilton, ON, La Fondation pour l'éducation médicale continue.
(2) O'Donnell DE, Hernandez P, Kaplan A, Aaron S, Bourbeau J, Marciniuk DD et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease - 2008

permis de conduire comme le recommande le module. – DH/AM/JW

- (1) Determining medical fitness to operate motor vehicles: CMA driver's guide. 7th ed. Ottawa, ON: Canadian Medical Association (CMA); 2007.
- (2) Molnar FJ, Patel A, Marshall SC, Man-Son-Hing M, Wilson KG. Clinical utility of office-based cognitive predictors of fitness to drive in persons with dementia: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(12):1809-1824. PM:17198485
- (3) McFarlane A. Fitness to Drive: Editor's Corner. 2009.
- (4) Wang CCKCJ, Schwartzberg JG, Shanklin A.V. Physician's Guide to Assessing and Counseling Older Drivers. American

Medical Association, editor. 2003. Washington, DC. National Highway Traffic Safety Administration. Accès vérifié en juillet 2009. <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/433/physiciansintro.pdf>

- (5) Molnar F. Assessment of Fitness-to-Drive in Persons with Dementia. 11 November/December (10):24-26. 2008. 28th Canadian Geriatrics Society Annual Meeting: Main Program. Accessed June 29, 2009.
- (6) Viamonte SM, Ball KK, Kilgore M. A Cost-Benefit Analysis of Risk-Reduction Strategies Targeted at Older Drivers. *Traffic Injury Prevention* 2006; 7(4):352-359.
- (7) Breen DA, Breen DP, Moore JW, Breen PA, O'Neill D. Driving and dementia. *BMJ* 2007; 334(7608):1365-1369. PM:17600026

Mise à jour sur la recherche communiquez avec Stefanie Roder à 905.525.9140 poste 22223 roders@mcmaster.ca

MERCI à tous les membres des programmes PGBP et AIBP qui ont participé à notre étude portant sur les répercussions de l'environnement d'apprentissage sur la pratique réflexive personnelle.

Cette étude faisait partie d'un projet de recherche d'une durée de deux ans subventionné par la SACME (Society for Academic Continuing Medical Education) et dirigé par la D^{re} Heather Armson, chercheuse principale. Nous en sommes maintenant aux dernières étapes du recueil et de l'analyse des données. Surveillez le rapport des résultats de cette étude qui devrait paraître dans le bulletin de nouvelles du printemps.

Sondage 2009 : Programme PGBP

La FÉMC fait régulièrement un sondage auprès d'une partie de ses membres du Programme PGBP pour déterminer quels sont les aspects du programme qui fonctionnent bien et identifier ceux qui pourraient être améliorés. Notre dernier sondage remonte à 2005; nous planifions au cours de l'automne 2009, un nouveau sondage pour donner l'occasion aux membres du programme PGBP de nous faire savoir leur impression sur le programme d'apprentissage PGBP et les améliorations qu'ils souhaiteraient. Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec Stefanie Roder, coordonnatrice à la recherche, à : 905-525-9140 poste 22223 ou roders@mcmaster.ca.

Nouvelles et avis de La Fondation

Nouvelles de la réunion annuelle du Conseil d'administration

La journée de retraite et la réunion annuelle du Conseil d'administration de 2009 ont eu lieu les 5 et 6 juin dernier à Hamilton, Ontario.

Au cours de la retraite, le personnel et les administrateurs de la FÉMC ont présenté les différents programmes et services de soutien aux membres du Conseil d'administration. De plus, des reconnaissances ont été remises aux membres du personnel et aux administrateurs qui ont cumulé 5, 10 et 15 ans de service. Le Conseil d'administration a consacré l'après-midi à revoir les énoncés de la mission, les règlements administratifs et les règles de gouvernance du conseil.

La réunion annuelle du Conseil d'administration a aussi inclus une journée complète de discussion et de prise de décisions sur les activités de la FÉMC. Veuillez consulter le site <http://www.fmpe.org/en/contact/board.html> pour connaître la liste des membres qui siègent actuellement au Conseil d'administration.

Ateliers de formation communiquez avec Heather Haywood 800.661.3249 haywood@mcmaster.ca

Automne 2009 (Dates prévues – nombre minimal d'inscriptions requis pour confirmer l'atelier)

Samedi 17 octobre
Hamilton – **Places disponibles**

Samedi 24 octobre
Calgary – **Complet**

Samedi 24 octobre
Halifax – **Places disponibles**

**Évitez d'être déçu
Réservez tôt!**

Modules à venir Avez-vous un sujet de module à suggérer? Envoyez vos suggestions à fmpe@mcmaster.ca

• Syndrome coronarien aigu: prévention secondaire • TDAH chez l'adulte • Troubles dépressifs • Dysfonction érectile

Visitez notre site Web à: www.fmpe.org ou appelez au: (800) 661-3249