

AUTOMNE 2007

NOUVEAU—*Changements administratifs concernant les programmes PGBP et AIBP*

Membres PGBP, attention! Veuillez vérifier dans votre courrier la facture du Programme PGBP. En effet, dès le mois d'août 2007, et en réponse aux demandes des facilitateurs et des membres, nous commencerons à envoyer les factures directement aux membres, au lieu de les envoyer aux facilitateurs pour distribution.

Si vous avez récemment changé d'adresse postale, veuillez nous contacter le plus tôt possible afin que nous puissions mettre à jour la base de données de nos membres.

Membres AIBP, attention! À la fin de l'année 2008, une date unique sera fixée pour tout renouvellement d'adhésion au programme AIBP. Vous recevrez les détails à ce propos dès qu'ils seront disponibles, vers la fin de l'année en cours.

Le coin des rédacteurs — Votre opinion

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.

AVC/ICT—Prévention primaire et secondaire (août 2005)

Q: *Pourquoi avez-vous utilisé les statistiques de risque relatif au lieu de celles de risque absolu ainsi que le NNT dans ce module? Les statistiques de risque relatif paraissent toujours plus élevées et donnent souvent une fausse perception de l'importance des bénéfices du traitement.*

R: Nous sommes d'accord sur le fait que les données de risque relatif peuvent induire une exagération des bénéfices du traitement, et nous essayons, autant que possible (Suite à la page suivante), d'utiliser la réduction du risque absolu. Cependant, nous sommes parfois obligés d'utiliser le risque relatif car nous avons besoin du risque de base d'un patient particulier afin de calculer les réductions de risque absolu et le NNT — la base des calculateurs de risque. Le module met l'accent sur cette notion à la page 5 (*Stratégies de prévention des AVC*): «La réduction du risque absolu et le NNT de chacune des stratégies suivantes varieront en fonction du risque d'AVC de base de chacun des patients.»

En effet, c'est une notion importante qui aurait dû être expliquée et mise en évidence au début du module. Nous procéderons ainsi dans les prochains modules pour lesquels le concept est applicable. — LC/RR/JW

(Suite à la page suivante)

Automne 2007

Ateliers de formation des facilitateurs

Hamilton, Ont., le 13 octobre 2007

Calgary, Alb., le 20 octobre 2007

Montréal, Qué., le 20 octobre 2007

Contactez: **Heather Haywood**,
Services aux membres et formation des
facilitateurs au 905-525-9140, poste 22750
ou 1-800-661-3249, menu 1
ou par courriel : haywood@mcmaster.ca

Dans ce numéro

- *Changements administratifs: PGBP et AIBP*
- *Le coin des rédacteurs*
- *Avis important concernant le retrait de certains médicaments*
- *Membres à la une: D^{re} Allyn Walsh*
- *Mise à jour des menus de la ligne téléphonique sans frais*

www.fmpe.org

www.fmpe.org

www.fmpe.org

Anémie chez les personnes âgées (février 2006)

Q: Nous remettons en question l'énoncé du point 3 de la section Renseignement généraux: «Sans tenir compte de l'âge, l'anémie apparaît plus souvent chez les hommes que chez les femmes».

R: Nos excuses, la formulation de l'énoncé a probablement causé cette ambiguïté. Le module en question traitait de l'anémie chez les aînés; l'énoncé faisait donc référence aux personnes âgées de toutes catégories d'âge. Cependant, nous pouvons parfaitement comprendre que cela a pu être mal interprété. Avant 55 ans, l'anémie prévaut chez les femmes. Après cet âge, elle devient plus fréquente chez les hommes. À 85 ans et plus, la prévalence atteint 28 à 40 % chez les hommes contre 16 à 21 % chez les femmes.^{1,2}—LC/JW

1. Ania BJ, Suman VJ, Fairbanks Vf, Melton LJ 3rd. Prevalence of anemia in medical practice: community versus referral patients. *Mayo Clin Proc* 1994;69(8):730-5.
2. Izaks GJ, Westendorp RG, Knook DL. The definition of anemia in older persons. *JAMA* 1999; 281(18):1714-1717.

Santé des femmes post-ménopausées (mai 2006)

Les traitements alternatifs pour les symptômes vasomoteurs :

Les résultats peu concluants ou incohérents des précédents essais cliniques ne permettaient pas de savoir si les traitements alternatifs sont à recommander aux femmes ménopausées souffrant de symptômes vasomoteurs. Les résultats d'une récente étude comparative randomisée (n=351) pourraient toutefois s'avérer utiles. On a administré de façon aléatoire aux femmes soit de l'actée à grappe noire, soit un supplément de plusieurs herbes dont l'actée à grappe noire et 9 autres produits, soit le même supplément ainsi que des directives sur la consommation de soja, soit des œstrogènes conjugués (0,625 mg) ou un placebo pendant une année.

Ni la fréquence ni l'intensité des symptômes vasomoteurs ne se sont révélées différentes entre les groupes ayant reçu de l'actée à grappe noire et le groupe placebo, aux différentes étapes du suivi tout au long de l'année. En une année, les symptômes s'étaient considérablement intensifiés pour celles ayant reçu le supplément avec le soja. «Aucun traitement n'a atteint l'efficacité des œstrogènes.»^{1,2} (niveau de preuves = I-2) — EC/LC/JW

1. Newton KM, Reed SD, LaCroix AZ, Grothaus LC, Ehrlich K, Guiltinan J. Treatment of vasomotor symptoms of menopause with black cohosh, multibotanicals, soy, hormone therapy, or placebo: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006 Dec 19;145(12):869-79. PMID: 17179056.
2. Dans: InfoPOEMS: The Clinical Awareness System. www.InfoPOEMS.com. Accès vérifié le 22 février 2007

Thromboembolie veineuse (août 2004)

Diagnostic et traitement de la thromboembolie veineuse: Des lignes directrices pour le diagnostic clinique des cas de thromboembolie veineuse ont récemment été diffusées et publiées dans le *Annals of Family Medicine* du mois de février 2007. Ces recommandations pour la pratique clinique (niveau de preuves = I-1) étaient basées sur une revue systématique de la littérature effectuée par l'Agency for Healthcare Research et le Quality Evidence-Based Practice Centers, et approuvée par l'American Academy of Family Practice et l'American College of Physicians.

Les points importants à prendre en considération pour le diagnostic sont:

1. Commencer par utiliser des règles de prédiction cliniques validées (comme la grille de prédiction de Wells dont il a été question dans le module de la thromboembolie veineuse) pour évaluer la probabilité clinique d'une thromboembolie veineuse.
2. Chez les patients avec une faible probabilité clinique de thromboembolie veineuse, un résultat négatif du dosage des D-dimères, qui a une sensibilité élevée, confirme donc qu'il est improbable que le patient soit atteint d'une thromboembolie veineuse.
3. Chez les patients avec un niveau de probabilité clinique de thromboembolie veineuse moyen à élevé, procéder à une échographie des membres inférieurs.
4. Si le patient présente un niveau de probabilité clinique d'embolie pulmonaire moyen à élevé, des examens d'imagerie diagnostique seraient requis.

Les lignes directrices pour le traitement de la thromboembolie veineuse sont incluses dans l'article et peuvent aussi être téléchargées gratuitement à l'adresse :

<http://www.annfammed.org/content/vol5/issue1/>—JW

Qaseem A, Snow V, Barry P, et al, for the Joint American Academy of Family Physicians/American College of Physicians Panel on Deep Venous Thrombosis/Pulmonary Embolism. Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. *Ann Fam Med* 2007;5:57-62.

(Suite à la page suivante)

Trouble panique (août 2006)

Q: *L'utilisation des benzodiazépines en continue est-elle appropriée dans le traitement du trouble panique?*

R: Bien que les benzodiazépines agissent aussi bien que les ISRS et les antidépresseurs tricycliques dans la réduction des symptômes du trouble panique, seuls les ISRS sont considérés comme traitement de première ligne. Les ISRS ont un meilleur taux de fidélité au traitement et moins d'effets secondaires que les autres agents. Les benzodiazépines peuvent causer de la somnolence, un manque de concentration et de performance motrice, et présentent un risque élevé de rechute lorsqu'elles sont interrompues ¹.

En général, les benzodiazépines sont indiquées comme traitement d'appoint pour les patients atteints d'un trouble panique et qui souffrent d'anxiété sévère ou de symptômes incapacitants. La méthode recommandée consiste en un usage à court terme avec prises régulières (plutôt qu'au besoin) ².

—JGW/LC

1. Austin D, Blashki G, Barton D, Klein B. Managing panic disorder in general practice. *Aust Fam Physician* 2005; 34(7):563-571.
2. Swinson RP. Clinical Practice Guidelines: Management of Anxiety Disorders. *Can J Psychiatry* 2006; 51 Supplement 2:23S-29S.

Convulsions (août 2006)

Quelle que soit la maladie, un mauvais diagnostic provoque une situation embarrassante. Dans certains cas, cela peut même porter préjudice aux patients et coûter cher au système de soins de santé. Les résultats d'une récente étude ¹ révèlent que le taux de mauvais diagnostic d'épilepsie en Angleterre est de l'ordre de 20 à 30 %, ce qui équivaut à 141 000 personnes recevant un traitement d'anticonvulsivants dont ils n'ont pas besoin, un régime thérapeutique qui impose des effets indésirables significatifs. Les auteurs de l'étude reconnaissent les difficultés d'établir un diagnostic d'épilepsie et recommandent que: « toutes les personnes ayant subi une crise convulsive probable doivent être, le plus tôt possible, examinées par un médecin spécialisé et expérimenté en épilepsie. »

Avoir un accès rapide à un spécialiste et être traité par celui-ci serait, certes, idéal, ce n'est toutefois pas possible dans plusieurs régions au Canada, où ce sont les urgentistes et les médecins de famille qui se retrouvent, le plus souvent, face à la difficile tâche de diagnostiquer et traiter les crises d'épilepsie. C'est cette réalité qui a guidé l'orientation de notre récent module: *Convulsions* (août 2006). Ce module fournit un cadre clinique et une approche par étapes (élaborés à partir des recommandations fondées sur des données probantes) pour faciliter l'établissement d'un diagnostic précis et améliorer la prise en charge thérapeutique en médecine familiale. — LC/JGW/LT

1. Juarez-Garcia A, Stokes T, Shaw B, Camosso-Stefinovic J, Baker R. Cost of epilepsy misdiagnosis in England and Wales. *Seizure*, In Press, Corrected Proof, disponible en ligne, le 29 September 2006 [Accédez à <http://dx.doi.org> puis tapez l'identificateur: 10.1016/j.seizure.2006.08.005

La Fondation planifie de tenir un kiosque au
Forum de médecine familiale (FMF) 2007
qui aura lieu à Winnipeg du 11 au 13 octobre.
Passez nous voir!

Avis important concernant le retrait de certains médicaments

Des avis ont récemment été diffusés concernant deux médicaments mentionnés dans les modules du programme PGBP:

(1) Le **maléate d'hydrogène de tégasérod (Zelnorm®)** – À la demande de Santé Canada et de la Food and Drug Administration, les ventes de ce médicament ont été suspendues en raison de l'augmentation de l'incidence des cas d'infarctus du myocarde, d'angine instable et d'accident cérébrovasculaire. [Syndrome du côlon irritable (juin 2004) – point 35b, annexes 2 et 3 et Constipation (février 2007) – point 23, annexe 2]

(2) La **pergolide (Permax® et deux génériques)** La FDA a indiqué que la pergolide a été retirée du marché à cause du risque de graves atteintes des valves cardiaques. Santé Canada révisé actuellement les études clés pour déterminer si ce produit sera de nouveau disponible au Canada. [Maladie de Parkinson (décembre 2003) – points 30 et 31c, annexe 3]

Pour plus de détails, veuillez vous référer au site Internet de Santé Canada (www.hc-sc.gc.ca> Médicaments et produits de santé) ou à celui de l'Association médicale canadienne (www.amc.ca> Informations Médicaments)

Membres à la une: D^{re} Allyn Walsh honorée

D^{re} Allyn Walsh, membre de longue date du programme PGBP et actuellement membre du conseil d'administration de la FEMC, est la récipiendaire 2006 du prix Ian McWhinney pour l'éducation en médecine familiale. Ce prix est décerné par le Collège des médecins de famille du Canada pour souligner des contributions remarquables et innovatrices, ayant une portée nationale, à la formation en médecine familiale au Canada.

D^{re} Allyn Walsh est membre de la Faculté et coordonnatrice de l'éducation au département de médecine familiale de l'Université McMaster. Elle a également été membre du Comité de formation professorale du CMFC et vice-doyenne à la Formation professorale à McMaster. Elle a été un véritable exemple pour des centaines de résidents et d'étudiants en médecine. Vous trouverez plus de détails à ce propos au www.cfpc.ca> Éducation > Section des enseignants> Portrait des récipiendaires du Prix Ian McWhinney pour l'éducation en médecine familiale.

Mise à jour des menus de la ligne téléphonique sans frais

Désormais, lorsque vous nous appelez sur **notre ligne sans frais** (au **1-800-661-3249**), les menus suivants s'offriront à vous:

Menu 1: Services aux membres et Ateliers de formation des facilitateurs: Heather Haywood; si la ligne de Heather est occupée, vous serez réorienté vers Pamela Peterson.

Menu 2: Programmes Ad Hoc: Mindy Bogoslawski

Menu 3: Frais d'adhésion: Margaret Russell

Menu 5: Service en français: Dina D'Ermo

Menu 0: Pour toute autre question: Pamela Peterson

Modules à venir

Asthme chez l'enfant
Incontinence urinaire
Ostéoporose et fractures de fragilité
Polyarthrite rhumatoïde
Souffles cardiaques