

Portrait d'un membre du conseil de la FEMC — D^r Claude Rajotte



Le D^r Claude Rajotte travaille depuis peu au CLSC des Faubourgs au centre sud de Montréal où il pratique comme médecin de famille. Le département de médecine familiale de l'Université de Montréal l'a récemment nommé directeur de l'Unité d'enseignement qui compte 10 résidents en première et deuxième année de résidence et où ils effectuent leurs stages en rotation avec le CHUM (Centre hospitalier universitaire de Montréal), l'hôpital universitaire affilié.

Le D^r Rajotte a d'abord été facilitateur d'un petit groupe du Programme d'apprentissage PGBP avec ses collègues enseignants du CLSC St-Hubert (situé sur la rive sud de Montréal). Pour bien montrer son implication, il mentionne à la blague: «J'ai tellement aimé ce programme que je voulais acheter la compagnie». La compagnie n'était pas à vendre mais il s'est tout de même impliqué pour donner des ateliers de formation de facilitateurs au Québec.

Par la suite, il a été élu directeur pour le Québec au conseil d'administration; il est actuellement président du conseil de la Fondation pour l'éducation médicale continue. De concert avec ses collègues directeurs, le directeur général et le personnel administratif et clinique, il entrevoit un brillant avenir pour la Fondation et ses programmes partout au Canada et dans le monde!

Le Dr Rajotte est l'auteur d'un module de formation sur la lombalgie aiguë paru en novembre dernier.

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. L'édition de l'hiver 2004-2005 portait sur l'ostéoporose, les troubles de comportement chez l'enfant et la maladie de Parkinson.

Pharyngite (Mars 2004)

Q: *Comment les médecins de famille peuvent-ils savoir si une épidémie de streptocoque du groupe A se développe?*

R: Le taux endémique chez les enfants est autour de 30 à 40% donc, une épidémie se déclare si le taux est plus élevé ou s'il y a apparition d'une souche particulière. Toutefois, les médecins de famille ne s'en rendront pas compte tout de suite à moins de voir une augmentation de la scarlatine ou des complications de l'infection au streptocoque du groupe A — rhumatisme articulaire aigu et glomérulonéphrite post-streptococcique. Puisque ces complications sont rares, tout cas peut déclencher une alerte de la part de la direction de la Santé publique. Le site Internet de Santé Canada présente des bulletins de nouvelles hebdomadaires au sujet des maladies infectieuses (www.phac-aspc.gc.ca/bid-bmi/dsd-dsm/nb-ab/index.html)

(suite à la page suivante)

Stand au Primary Care Today

Venez nous visiter à notre stand du Primary Care Today qui aura lieu au International Centre, Hall 5, de Toronto, du 5 au 7 mai prochain. Nous serons heureux de recueillir vos commentaires et de répondre à vos questions.

Dans cette édition

- 📖 *Portrait du D^r Claude Rajotte*
- 📖 *Le Coin des rédacteurs*
- 📖 *Information sur les crédits*
- 📖 *Demande de candidature*
- 📖 *En bref*

et publie l'état d'une grande variété d'infections et de leurs complications au Canada. Si vous croyez que vous avez vu un plus grand nombre de cas de streptocoque du groupe A ou de scarlatine que d'habitude, communiquez avec votre bureau local de Santé publique pour vérifier si d'autres médecins en ont fait mention. Le ministère de la Santé de concert avec les spécialistes des maladies infectieuses de la région peuvent alors évaluer s'il s'agit réellement ou non d'une épidémie et organiser une réponse concertée dans votre localité, si nécessaire.—SAH/JGW

Fausse couche (août 2004)

Q: *Puisque les femmes qui ont eu un avortement retardé (avortement manqué) ont un taux de succès plus faible avec l'approche expectative, est-ce que le misoprostol est un traitement plus efficace?*

R: Jusqu'à tout récemment, il était difficile de répondre à cette question. Présentement, chez les femmes qui ont un avortement retardé (grossesse sans embryon ou mort embryonnaire) on leur offre, habituellement, une approche expectative ou un curetage chirurgical. Une récente étude de séries de cas¹ (niveau de preuves = 4) a revu l'efficacité d'une dose de 800 mcg de misoprostol administrée par voie intravaginale dans les cas spécifiques d'avortement retardé (n=41). De façon typique, des contractions utérines douloureuses apparaissent en moins de 6 heures avec un saignement vaginal important entre la 10^e et la 16^e heure après l'administration. Si l'utérus ne s'est pas vidé en 24 heures, on doit donner un deuxième traitement. Le «taux de succès» était de 78% (avec 6 femmes qui ont requis une deuxième dose). Il n'y a pas eu de cas de saignements incontrôlables exigeant un curetage, d'effets secondaires gastro-intestinaux sévères ni d'infection (endométrite). Une méta-analyse publiée plus récemment² et regroupant 13 études randomisées (niveau de preuves = 2a) a révélé que «les taux d'évacuation complète» étaient de 81% (de 60 à 83%) chez 298 femmes traitées par misoprostol comparés à seulement 28% (de 14 à 47%) chez les 173 femmes avec l'approche expectative seulement. Donc, le misoprostol est un choix raisonnable pour le traitement des avortements retardés et une méthode qui pourrait être préférée par beaucoup de femmes. —DH/CH/JGW

1. Murchison A, Duff P. Misoprostol for uterine evacuation in patients with early pregnancy failures. *Am J Obstet Gynecol* 2004 (June); 190:1445-446.
2. Graziosi GCM, Mol BW, Ankum WM, Bruinse HW. Management of early pregnancy loss. *Int J Gynecol Obstet* 2004;86:337-346.

Diabète: La prise en charge des complications microvasculaires chez les diabétiques de type 2 (août 2004)

Q: *Jusqu'à quel point est-il important d'abaisser le niveau de lipides chez les diabétiques de type 2?*

R: Les plus récentes lignes directrices¹⁻³ recommandent d'employer au moins des doses modérées de statines pour traiter les niveaux élevés de lipides chez les diabétiques de type 2 — en particulier chez ceux qui ont des antécédents de maladie coronarienne ou qui sont à risque de maladie cardiaque (niveau de preuves = 1a). Cette approche agressive émerge parce que tout près de 80% des diabétiques de type 2 décéderont suite à une maladie macrovasculaire. Les lignes directrices canadiennes¹ et américaines² recommandent un niveau

cible de C-LDL < 2,5 mmol/L (< 108 mg/dL) et un ratio CT:C-HDL < 4,0 chez la plupart des patients diabétiques mais les lignes directrices de l'ACP³ mentionnent qu'il n'y a pas encore de preuves convaincantes pour cibler des niveaux spécifiques. Parce qu'il subsiste des incertitudes au sujet des effets d'un contrôle serré de la glycémie sur la diminution des complications *macrovasculaires*, l'abaissement des niveaux de lipides (tout comme l'abandon du tabagisme et le contrôle de la tension artérielle) sont les principaux éléments de la diminution du risque chez ces patients. Les résultats au sujet du traitement par les statines sont modérément impressionnants — les patients diabétiques de type 2 qui ont une maladie coronarienne connue et des niveaux élevés de lipides: nombre à traiter pendant 5 ans pour prévenir la morbidité ou la mortalité cardiovasculaire = 14; diabétiques de type 2 qui ont d'autres facteurs de risque de maladie cardiovasculaire mais pas de maladie cardiaque documentée: nombre à traiter pour prévenir un événement cardiovasculaire majeur = 35. D'ailleurs, les lignes directrices de l'ACP³ ne recommandent pas le suivi de routine de la fonction hépatique — sauf chez les patients qui ont des symptômes de possible maladie hépatique, ont des résultats élevés aux tests de la fonction hépatique de base ou emploient d'autres médicaments qui peuvent augmenter le risque de dommages hépatiques.—RR/JGW

1. Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2003;27(Suppl 2). www.diabetes.ca
2. American Diabetes Association Clinical Practice Recommendations. *Diabetes Care* 2004;27(Suppl 1). www.diabetes.org
3. Snow V, Aronson MD, Hornbake R, Mottur-Pilson C, Weiss KB. Lipid control in the management of type 2 diabetes mellitus: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2004; 140:644-49.
4. Vijan S, Hayward RA. Pharmacologic lipid-lowering therapy in type 2 diabetes mellitus: background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2004; 140:650-58.

(suite du Coin des rédacteurs à la dernière page)

Modules à venir

Nouveaux tests de dépistage génétique prénatal - Quoi de neuf?
Bronchite aiguë
Hémochromatose héréditaire
Syndrome des ovaires polykystiques
Ménorragie

INFORMATION IMPORTANTE AU SUJET DES CRÉDITS D'ÉTUDE POUR LES MEMBRES DU PROGRAMME D'APPRENTISSAGE PGBP

Comme vous le savez, il y a deux mois différents qui marquent le début du Programme d'apprentissage PGBP: septembre et janvier. Au début de chaque période, nous recevons plusieurs demandes de lettre officielle attestant l'obtention des crédits d'étude pour la participation à la période précédente. Bien que nous nous efforcions d'émettre les crédits dans le mois suivant la réception du registre des présences du groupe, notre capacité à émettre les crédits dépend de l'envoi du registre des présences par le facilitateur.

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a consenti à accepter, chaque année, toutes les lettres officielles attestant des crédits d'étude Mainpro-C jusqu'à la fin du mois de décembre (c.-à-d. décembre 2004 pour la période s'échelonnant du début de septembre 2003 au 31 août 2004) pour les groupes commençant au début de septembre. Pour les groupes qui commencent en janvier, le CMFC a consenti à accepter les lettres jusqu'au mois de mars de la période suivante (c.-à-d. mars 2005 pour la période commençant en janvier et se terminant en décembre 2004).

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec Janet McIntyre au: 1-800-661-3249 ou au: 905-525-9140 poste 22830.

Demande de candidature au conseil pour la région de l'Atlantique

Nous apprécierions votre implication pour nous aider à trouver des représentants au conseil d'administration de La Fondation de l'éducation médicale continue.

Nous avons actuellement cinq médecins de famille représentant chacun une région du Canada qui siègent au conseil d'administration. Les cinq régions représentées sont: les provinces de l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, le Manitoba/Saskatchewan en plus de l'Alberta/Colombie-Britannique. **Un poste de représentant des provinces de l'Atlantique sera vacant au cours de l'année 2005.** Le terme du mandat d'un directeur est de 3 ans avec la possibilité d'un renouvellement pour trois années supplémentaires.

Si vous désirez présenter une candidature au conseil d'administration, ou si vous souhaitez soumettre la vôtre, veuillez communiquer avec Dina D'Ermo au: 1-800-661-3249 ou au: 905-525-9140, poste 22381. Dina se fera un plaisir de vous transmettre toute l'information pertinente au sujet des responsabilités des membres du conseil d'administration ainsi qu'un formulaire de candidature à compléter et à nous retourner par télécopieur.

En bref...

Un changement dans la date de début du Programme AIBP

À cause d'un changement dans les envois de modules, la date du 1^{er} mai de début du Programme d'apprentissage individuel basé sur la pratique (AIBP) sera devancée au 1^{er} avril. Tous les journaux de session qui ont commencé en mai seront acceptés tout au long de l'année 2005 et pourront être soumis jusqu'au 28 juin 2005.

Les factures de renouvellement seront expédiées en

mars pour s'ajuster au 1^{er} avril. Nous espérons que ce changement ne vous causera aucun inconvénient. Nous vous remercions de votre soutien continu en 2005!

Programme PGBP international

Le programme d'apprentissage PGBP travaille toujours à établir un partenariat avec l'Écosse et le Kenya. Nous sommes très enthousiastes et ces futures collaborations exigeront de personnaliser notre programme pour mieux répondre aux besoins locaux.

Le Coin des rédacteurs — suite

Complications du diabète (suite)

Q: Où pouvons-nous nous procurer le monofilament recommandé pour le dépistage des neuropathies chez les diabétiques?

R: Le distributeur canadien des monofilaments est Sammons Preston (téléphone: 1-800-665-9200). Un paquet de 20 monofilaments coûte environ 50 \$CAN.

Il existe quelques fournisseurs américains qui livrent partout en Amérique du Nord (consulter: http://bphc.hrsa.gov/leap/purchasing_leap_filaments.htm).

La plupart de ces fournisseurs vendent des monofilaments réutilisables mais il est possible d'acheter des monofilaments 10 gr à usage unique avec une poignée en carton. Ces derniers peuvent être achetés auprès de: Medical Monofilament Manufacturing (téléphone: 508-746-7877; <http://www.medicalmonofilament.com>). Chaque monofilament revient à moins de 0,50\$; le prix n'inclut pas la livraison (qui dépend du poids du colis) .

Le U.S. Department of Health, dans le but d'augmenter l'examen des pieds des diabétiques dispose d'une quantité limitée de monofilament à usage unique; ces monofilaments sont expédiés gratuitement (par quantité de 50) aux professionnels de la santé. Les commandes en ligne sont acceptées tant qu'il y en aura (www.bphc.hrsa.gov/leap); si la demande provient de l'extérieur des États-Unis, le formulaire exige d'inclure une adresse de courriel.

Depuis le printemps 2002, le National Diabetes Information Clearinghouse a commençé à offrir des troussees révisées du «Feet Can Last a Lifetime» qui contiennent des instructions pour l'examen des pieds sur une carte pratique qui se glisse dans une poche *en plus* d'un monofilament à usage unique, de feuillets d'information pour les patients et des sources d'information et de référence pour les professionnels de la santé. Vous pouvez commander cette trousse en appelant NDIC au 1-800-860-8747. La première copie est gratuite, les suivantes coûtent 3 \$US chacune. REMARQUE: Les monofilaments sont réutilisables! Vous n'avez qu'à les nettoyer avec de l'alcool ou une solution chlorée à 10%.

— JGW/WL/RR

Laryngite

Q: Y a-t-il du nouveau au sujet du traitement de la laryngite?

R: Le premier module portant sur la laryngite (de janvier 2001) mettait l'accent sur les preuves en faveur du traitement par des glucocorticoïdes oraux dans les cas de laryngite modérée à sévère. Une récente étude à double insu randomisée regroupant des enfants se présentant aux urgences avec une laryngite *légère* a révélé qu'une seule dose (0,6 mg par kg) de dexaméthasone administrée par voie orale présente certains bénéfices (niveau de preuves = 1b). Les enfants qui ont reçu de la dexaméthasone obtenaient un score plus bas de laryngite au jour 1 et avaient moins de probabilités de revenir pour des soins dans les 7 jours suivants (7,3% vs 15,3%; nombre de patients à traiter n = 13). Les coûts payés à la fois par le système de soins de santé et les parents étaient réduits de façon significative. Les autres bénéfices attribués aux stéroïdes incluait un meilleur sommeil chez les enfants et moins d'anxiété/de stress chez les parents. Il n'y a pas eu d'événements néfastes significatifs dans l'un ou l'autre des deux groupes. Toutefois, il est important de noter que cette étude a aussi révélé que la plupart des patients étaient complètement rétablis après trois jours — qu'ils aient été traités ou non par des stéroïdes! — JGW/LM

Références:

Bjornson CL, Klassen TP, Williamson J, et al. A randomized trial of a single dose of oral dexamethasone for mild croup. *N Engl J Med* 2004; 351:1306-13.

Single oral dose dexamethasone effective for even mild croup (Daily POEM). In: InfoPOEMs: The Clinical Awareness System. www.InfoPOEMs.com. Accessed November 3, 2004.

Avez-vous lu...

Feuilles de suivi des soins préventifs approuvées par le CMFC

Le Collège des médecins de famille du Canada a récemment approuvé des *Fiches de contrôle - Soins préventifs* qui s'apparentent à la Feuille de suivi des enfants de Rourke. Chacune de ces fiches (disponibles à: www.cfpc.ca/French/cfpc/communications/health_policy/Preventive_Care_Checklist_Forms/Intro/) est un formulaire recto-verso différent pour les hommes et les femmes à risque modéré. Chaque formulaire est accompagné d'une feuille recto-verso qui explique les niveaux de preuve A et B pour les interventions et souligne la façon de faire pour compléter le formulaire. Toutes les autres recommandations qui ne sont pas clairement identifiées de niveau A ou B viennent de «lignes directrices d'autres sources canadiennes». La fiche de contrôle doit être remplie par le médecin traitant et placée au dossier du patient.

Le module *Prévention: comment l'intégrer dans sa pratique?* (décembre 2003) a examiné les feuilles de suivi et offre d'autres approches. Le module présente aussi un questionnaire de santé qui est rempli par le patient avant la discussion sur les soins préventifs (disponible à: www.fmpe.org/fr/documents/doc_aids/aid_prevention_apd1.pdf). Le but de ce questionnaire est de permettre au médecin de faire rapidement la revue des réponses du patient et de se concentrer sur les éléments «à risque» spécifiques. Le questionnaire peut être gardé au dossier du patient pour référence future.

Tous ces outils pratiques sont valables et se complètent. Les feuilles de suivi des enfants nous ont démontré qu'elles peuvent nous aider à faire un meilleur suivi et qu'elles sont faciles à consulter. Peut-être est-ce le bon moment pour commencer à appliquer un «système Rourke» à tous nos patients adultes. — DH/MG/JGW