

Chers membres,

Nous vous remercions de votre intérêt pour le Comité de programme sur la médecine hospitalière des CPFM. Nous souhaitons vous communiquer une mise à jour sur les initiatives du comité, les sujets pertinents à la médecine hospitalière, de même qu'une vignette clinique. Tous les commentaires sont les bienvenus et peuvent être transmis à l'adresse hospitalmedicine@cfpc.ca.

Plan de travail du comité

Dans les grandes lignes, voici les points clés du plan de travail de notre comité. N'hésitez pas à nous faire part de vos idées quant au plan de travail ou de proposer des points dans l'évaluation des besoins ci-dessous!

Éducation

- Communiquer avec les autres programmes universitaires de compétences avancées en médecine hospitalière pour savoir s'ils souhaitent inclure leur information à la page Web sur la médecine hospitalière du CMFC
- Favoriser le développement de programmes de compétences avancées en médecine hospitalière
- Créer et/ou valider une liste de compétences de base en médecine hospitalière

Développement professionnel continu

- Partager ses expériences en médecine hospitalière dans la section du Partage des présentations du FMF sur la page Web du comité
- Distribuer le calendrier des activités du FMF propres à la médecine hospitalière aux membres de la banque de données

Congrès annuel 2015 de la CSHM

Le congrès annuel du CSHM se tiendra sous peu, soit du 24 au 27 septembre à Niagara Falls, en Ontario, à l'hôtel *Marriott Gateway on the Falls*. Le congrès traitera de sécurité des patients, transition/transfert des soins, controverses dans la prise en charge de l'AVC, équilibrer l'IC et l'insuffisance rénale.

Articles d'intérêt

- [Comparing Antibiotic Treatment Options for CAP](#) Ellison RT III, MD. Review of Postma DF et coll. *N Engl J Med* 2015 Apr 2;372:1312.
- [Hospitalization Is Associated with Changes in Cognition and Brain Structure](#) Matthews BR MD. Review of Brown CH IV et coll. *Neurology* 2015 Mar 11.

Sondage d'évaluation des besoins

Le Comité de programme sur la médecine hospitalière souhaite obtenir vos commentaires au sujet de notre travail, et de toute activité qui, selon vous, serait importante pour le comité. Vos réponses orienteront les travaux futurs du comité et veilleront à nous garder sur la bonne voie. [Cliquez ici](#) pour accéder à notre sondage d'évaluation des besoins.

Page Web du comité

Pour obtenir des renseignements sur le comité, les prochaines activités de DPC, les articles de presse qui sont pertinents aux praticiens en médecine hospitalière, rendez-vous au <http://www.cfpc.ca/medecinehospitaliere>. Les

commentaires et suggestions pour les ajouts au site Web sont encouragés.

Vignette clinique

On lit à ce sujet, mais il faut le voir pour le croire...

M^{me} W. est une femme de 60 ans connue pour un diabète de type 2 de longue date, de l'hypertension et une dyslipidémie. Elle est employée à l'hôpital; je la reconnais et elle me connaît. Elle se présente à l'urgence avec un épisode d'engourdissement facial droit et ce qui semble être un cas d'amaurose fugace ayant persisté pendant cinq minutes. Elle décrit également une douleur thoracique rétrosternale, laquelle survient à l'effort depuis quelques mois. Elle a consulté son médecin de famille qui a organisé un échocardiogramme, lequel devait avoir lieu dans un mois.

Le jour de l'incident, le domicile de M^{me} W. a été inondé. Cela l'a bouleversée, ce qui a causé une douleur thoracique puis les symptômes neurologiques. Elle a été vue à l'urgence en cardiologie et en neurologie. Son bilan initial, qui inclut ECG, troponines, radiographie des poumons et tomodensitométrie de la tête étaient tous négatifs. Elle a subséquemment été admise à mon service avec un diagnostic d'AVC, d'angine possible et d'anxiété.

L'anamnèse était très évocatrice d'une douleur thoracique de type angine et elle présentait certainement tous les facteurs de risque. Son examen physique a révélé une certaine faiblesse du bras et de la jambe du côté droit (4/5) avec dérive possible du pronateur. Deux neurologues, deux cardiologues, un interniste et moi, de même qu'un résident en médecine familiale et un étudiant en médecine avons vu M^{me} W. Son tableau clinique nous laissait tous un peu perplexes (en tenant compte du rôle joué par l'anxiété), mais il était difficile d'écarter les problèmes plus sérieux étant donné ses facteurs de risque. Elle a fait l'objet d'une évaluation en physiothérapie, où on a aussi remarqué une faiblesse unilatérale et des difficultés de la démarche. Le plan initial était de la faire passer à Plavix et de faire une demande de réadaptation après un AVC.

Étant donné l'incertitude entourant son tableau clinique, on a pris la décision de lui faire subir des tests plus poussés. Elle a subséquemment subi un angiogramme coronaire et un IRM. Les deux tests étaient NORMAUX. Il semblait maintenant qu'elle souffrait en fait d'une sorte de trouble de conversion. Jusque-là, elle ne pouvait marcher que quelques mètres avec une marchette et sous la supervision d'un physiothérapeute. Je lui ai parlé des résultats de ses tests, et j'ai laissé entendre que ses symptômes étaient probablement liés à l'anxiété. J'ai aussi recommandé qu'elle se soumette à une évaluation par un psychiatre. Elle a accepté calmement. En deux jours, sa démarche était essentiellement retournée à la normale et elle a reçu son congé de l'hôpital, avec un aiguillage en psychiatrie en consultation externe.

Son médecin de famille est ma collègue et nous travaillons dans la même unité de médecine familiale. Elle était en congé de maternité à ce moment-là et la patiente devait être suivie par un autre de mes collègues. J'ai décidé de voir cette patiente une fois pour le suivi, étant donné la complexité de sa récente admission. Lorsqu'elle est venue me voir, elle marchait normalement. Elle a raconté l'inondation avec davantage de détails, et il m'a semblé percevoir un élément d'ESPT possible.

Durant sa visite, elle a eu un spasme dans sa main droite et à certains moments son élocution est devenue très anormale — un peu comme si l'anglais était une langue étrangère, sa grammaire était mauvaise! Elle attendait son évaluation psychiatrique. Elle a semblé avoir une bonne idée de la cause psychologique de ses symptômes physiques. Je l'ai revue au travail quelques semaines après et tous ses symptômes avaient disparu.

En résumé, mon premier vrai cas de trouble de conversion était difficile à diagnostiquer en raison de plusieurs facteurs, dont le fait que la patiente travaillait à l'hôpital, que je la connaissais, qu'elle présentait de nombreux facteurs de risque et qu'elle ressentait une faiblesse très réelle. En rétrospective, je ne suis pas certain que j'aurais

changé quoi que ce soit. Même si on soupçonnait la présence d'une composante d'anxiété, il n'était possible de la « confronter » à ce sujet qu'après avoir effectué tous les tests objectifs.

- D^r Benjamin Schiff

Cordialement,

Le Comité de programme sur la médecine hospitalière des CPMF, CMFC

D^r Benjamin Schiff, Québec, président du Comité sur la médecine hospitalière

D^r Chris Gallant, représentant de l'Atlantique

D^r Michael Kates, représentant de l'Ontario

D^r Robert Kruk, représentant du Manitoba/Saskatchewan

D^r John Ridley, représentant de la Colombie-Britannique/Alberta