

## Complications du diabète de type 2

# Résultats d'une enquête

Une enquête menée en 2011 auprès de 760 personnes souffrant de diabète et de quelque 300 médecins révèle que les complications de cette maladie suscitent des inquiétudes, mais pas pour les mêmes raisons. Des divergences d'opinions à prendre en compte dans nos suivis.

Par **Dalila Benhaberou-Brun**, inf., M.Sc.

**E**n effet, les médecins se préoccupent d'abord des complications cardiaques et rénales alors que les personnes diabétiques, elles, craignent plutôt de devenir aveugles ou d'être amputées. Cette enquête met en évidence une divergence sur les inquiétudes respectives, mais également sur le contenu de la consultation. Mauvaise perception des premiers, problème de communication pour les seconds ?

Les médecins déclarent aborder certaines complications, ce que les personnes diabétiques ne valident pas forcément. Toujours selon l'enquête, il existerait des variations entre les Canadiens. Ainsi, les Québécois se soucieraient moins du risque cardiaque que les habitants des autres provinces. Pourtant, environ un tiers des patients suivis à l'Institut de Cardiologie de Montréal présentent aussi un diabète. Finalement, la répercussion rénale serait « la grande oubliée », et par près de la moitié des personnes concernées ! D'après la D<sup>re</sup> Marie José Cucuzza, médecin de famille à Montréal, la prévalence des néphropathies dans le diabète de type 2 serait de 50 %. L'omnipraticienne souhaiterait que les personnes soient plus conscientes des effets délétères sur leur santé et surtout, leur survie.

### Craindre l'invalidité

Interrogé à propos de cette enquête, Marc Aras, directeur des communications à Diabète Québec, déclare qu'il n'est pas surpris des résultats. Il précise que Diabète



**D<sup>re</sup> Marie José Cucuzza**  
Omnipraticienne

« Un diabétique va mourir d'une complication rénale bien avant de devenir aveugle. »

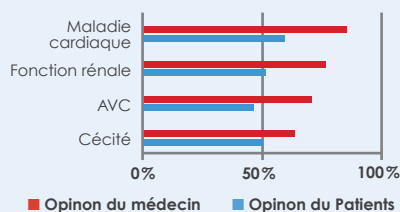
Québec met d'abord en garde sa clientèle contre les conséquences cardiovasculaires et rénales, mais qu'elle ne fait pas forcément le lien avec le diabète.

« Et pourtant, les atteintes rénales frappent de plus en plus. Et 90 % des dialysés mourront dans les cinq ans », souligne M. Aras. Perdre un pied ou la vue fait plus peur qu'une maladie du rein ou un infarctus, « surtout parce que les personnes diabétiques ont vu

### Des questions

**Aux médecins :** Avec quelle proportion de vos patients avez-vous abordé ces complications ?

**Aux patients :** Est-ce que vous et votre médecin avez discuté de ces complications ?



**Marc Aras**  
Diabète Québec

« On a raison de s'inquiéter des complications du diabète, mais les plus invalidantes, comme la cécité et l'amputation, ne surviennent que très tard dans la progression de la maladie. »

un parent ou un proche être amputé ou devenir aveugle », poursuit-il. Selon lui, la crainte d'une amputation paraît démesurée par rapport aux risques réels puisque ces chirurgies sont moins pratiquées de nos jours. Marcher sur ses deux jambes ou conserver la vue semble primordial alors que personne ne redoute l'ennemi invisible de l'insuffisance rénale ou cardiaque.

### Croyances et réalités

Les professionnels de la santé agitent-ils en vain l'épouvantail de l'infarctus du myocarde et de la dialyse ? Pourquoi les diabétiques y sont-ils insensibles ? Il semble paradoxal de craindre de perdre ses orteils et d'ignorer que ses reins ne fonctionnent plus.

### Complications les plus inquiétantes

Omnipraticiens	Patients
1. Maladie cardiaque	1. Cécité
2. Détérioration de la fonction rénale	2. Amputation
3. AVC	3. Maladie cardiaque

Trois complications qui inquiètent.

Ce qu'il faut retenir de cette enquête ? Certains mythes sont tenaces dans la croyance populaire, alors que de funestes réalités demeurent encore sous-estimées. Ne tenons pas pour acquis que tout le monde utilise une information donnée de la même façon. Il convient d'évaluer les connaissances et surtout les perceptions des patients. Il faut valider ce qu'ils ont compris et découvrir ce qu'ils pourraient négliger ou mal interpréter. Ce faisant, il faudra adapter nos suivis de la surveillance glycémique, la prise de médicaments, l'alimentation et l'activité physique !

**Pour en savoir plus sur le sondage :**  
[www.newswire.ca/en/story/1026707/les-patients-diabetiques-et-les-omnipraticiens-ne-se-soucient-pas-des-memes-complications-du-diabete](http://www.newswire.ca/en/story/1026707/les-patients-diabetiques-et-les-omnipraticiens-ne-se-soucient-pas-des-memes-complications-du-diabete)

## Les complications du diabète

Microvasculaires : reins (néphropathie), yeux (rétinopathie, œdème maculaire, cécité), système nerveux (diminution de la sensibilité, neuropathie).

Macrovasculaires : muscle cardiaque (infarctus du myocarde), principaux vaisseaux sanguins (hypertension artérielle, AVC).

# Le syndrome de RETT n'est pas un trouble autistique

La prochaine édition du DSM le reconnaîtra comme une maladie à part entière attestée par une preuve génétique.

Par **Louis Gagné**

Le syndrome de Rett, un trouble grave du développement neurologique s'apparentant à l'autisme, connaîtra une petite révolution à compter de 2013.

Dans la cinquième édition de son Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, mieux connu sous l'abréviation anglaise DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), la Société américaine de psychiatrie proposera une nouvelle classification des troubles envahissants du développement. Les différentes formes d'autisme seront dorénavant regroupées dans une seule catégorie appelée « troubles du spectre autistique ». Le syndrome de Rett en sera exclu pour être considéré comme une maladie génétique à part entière.

La cinquième édition du DSM en est à l'étape de la dernière révision et devrait être lancée en mai prochain. « C'est une excellente chose, se réjouit Sandra Chism, présidente de l'Association québécoise du syndrome de Rett, dont la fille de 37 ans a été l'une des premières au pays à être diagnostiquée. Le syndrome de Rett sera ainsi reconnu comme une maladie distincte et non plus comme une forme d'autisme. Cette reconnaissance est assurément un plus pour les chercheurs, les personnes atteintes et leur famille. »

## Description

Le syndrome de Rett<sup>2</sup> est une maladie neurologique du développement. Il se manifeste presque exclusivement chez les filles. Une nouveau-née sur 10 000 dans le monde en serait atteinte. Environ 75 Québécoises en seraient atteintes et quelque 400 Canadiennes.

Décrit pour la première fois en 1966 par le neurologue allemand Andreas Rett, ce n'est qu'en 1999 – donc trois ans après la publication du DSM-4 – que son origine génétique a été mise en évidence grâce aux travaux d'une équipe de chercheurs de l'Institut de recherche neurologique de Houston dirigée par la professeure Huda Zoghbi.

Une enfant atteinte du syndrome de Rett aura un développement physique et mental normal jusqu'à un âge compris entre 6 et 18 mois, âge où commence une perte des acquis cognitif et moteur. On assiste alors à une régression de la communication, de la marche et des habiletés manuelles qui se transforment en mouvements répétés et involontaires. À partir de 3 ans, cette détérioration s'accélère. Une fois adulte, la personne atteinte ne peut généralement plus parler ni marcher.

Avec l'âge, plusieurs troubles physiques et comportementaux peuvent apparaître tels que la scoliose, l'atrophie musculaire, l'épilepsie, les troubles respiratoires, cardiaques et du sommeil, l'hypoesthésie et la constipation. La personne atteinte peut être irritable, anxieuse et avoir des accès de rire et de cris.

## Génétique

La presque totalité des cas de syndrome de Rett découle de mutations spontanées et sporadiques – autrement dit, survenues au hasard sans transmission génétique – du gène MECP2 situé sur le chromosome X. Les garçons peuvent naître porteurs du gène anormal, mais ils présentent alors une encéphalopathie sévère et meurent avant l'âge de 2 ans.

Il n'existe aucun traitement curatif pour le syndrome de Rett, mais des médicaments permettent de soulager certains de ses symptômes. Compte tenu du caractère régressif de la maladie, la prise en charge du patient implique un travail conjoint de plusieurs professionnels de la santé tout au long de la vie du patient.

Pour le Dr Patrick MacLeod, l'un des spécialistes canadiens de cette maladie, cette nouvelle classification est une bénédiction. « Le syndrome de Rett deviendra une entité en soi basée sur une définition biologique et attestée par une preuve génétique. Il ne sera plus coincé dans une catégorie dont les autres formes

« Le syndrome prendra de l'importance aux yeux des décideurs puisque le DSM est un outil de référence pour orienter les politiques. »

Dr Patrick MacLeod  
Pédiatre et chercheur en génétique médicale

lui faisaient ombrage », affirme le pédiatre et chercheur en génétique médicale associé au Centre de recherche biomédicale de l'Université de Victoria (Colombie-Britannique).

Une autre avancée importante a été la création du Registre<sup>3</sup> canadien du syndrome de Rett. Financée par l'Association ontarienne du syndrome de Rett<sup>4</sup> et dirigée par le Dr MacLeod, cette banque de données lancée en 2012 vise à répertorier les cas, à dresser une liste exhaustive des symptômes et à recenser des données qualitatives et quantitatives sur les patients. L'objectif est de soutenir les familles touchées par le syndrome et de créer une cohorte de patients pour faciliter la création d'essais cliniques pour les besoins de la recherche.

« Ce registre, couplé au DSM-5, permettra une meilleure reconnaissance de la part des différents paliers de gouvernement qui, espérons-le, se traduira par un meilleur soutien et financement pour la recherche », conclut le Dr MacLeod. ■

## Sources

1. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>e</sup> édition), Arlington (VA), à paraître en mai 2013. [En ligne : [www.dsm5.org/Pages/Default.aspx](http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx)]
2. International Rett Syndrome Foundation. [En ligne : [www.rett.org/component?option=com\\_frontpage&Itemid,1/](http://www.rett.org/component?option=com_frontpage&Itemid,1/)]
3. Registre canadien du syndrome de Rett. [En ligne : <http://rett.ca/index.php/canadian-rett-syndrome-registry>]
4. Association ontarienne du Syndrome de Rett. [En ligne : <http://rett.ca>]

# Vaccin contre la rougeole

L'âge à la première dose aurait un impact sur son efficacité.

Par **Anne-Marie Lowe**, Biol., M.Sc.

Une équipe de chercheurs de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a démontré que l'âge à la première dose du vaccin contre la rougeole jouerait un rôle dans la protection conférée aux enfants et aux adolescents (De Serres *et al.*, sept. 2012).

Présentée lors de la 52<sup>e</sup> *Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)*, tenue en septembre 2012 à San Francisco, cette étude donnait suite à des observations issues de l'investigation d'une épidémie de rougeole survenue dans une école secondaire du Québec, au tout début de l'épidémie qui a sévi dans la province en 2011 (De Serres *et al.*, août 2012).

Les résultats présentés par le Dr Gaston De Serres indiquent que chez les personnes adéquatement vaccinées, le risque de contracter la rougeole serait six fois supérieur chez les enfants et les adolescents ayant reçu leur première dose du vaccin entre 12 et 13 mois, comparativement à ceux qui ont reçu les deux doses plus tardivement, soit à 15 mois ou plus (De Serres *et al.*, sept 2012).

L'étude cas-témoin comprenait des cas confirmés de rougeole d'enfants de 8 à 17 ans signalés en 2011. Au cours de cette épidémie, on a dénombré 725 cas confirmés, comparativement à une moyenne de zéro à deux par année. Ce sont surtout les jeunes de 10 à 19 ans qui ont été le plus touchés, en particulier les 13-16 ans (MSSS, 2012). Selon le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, un seul cas de rougeole avait été signalé cette année, en date du 27 octobre. Le cas est survenu chez un jeune enfant non vacciné ayant contracté la maladie lors d'un séjour à l'étranger.

## Efficacité

L'efficacité reconnue du vaccin contre la rougeole est de 85 % à 95 % après la première dose et de plus de 95 % après les deux doses

(MSSS, 2009). Cela signifie que moins de 5 % des personnes ayant reçu les deux doses du vaccin demeurent à risque de contracter la rougeole.

Les données issues des travaux de l'INSPQ menés au début de l'épidémie de rougeole ont démontré que le taux d'attaque chez les élèves non vaccinés était de 82 %, comparativement à 4,8 % chez les élèves adéquatement vaccinés (De Serres *et al.*, août 2012).

On rappelle que depuis 1996, le calendrier d'immunisation du Québec prévoit deux doses du vaccin contre la rougeole pour les enfants à l'âge de 12 et de 18 mois. À la Direction de la protection de la santé publique du ministère, on prévoit que ces nouvelles données seront prises en considération par les experts en immunisation. ■

**Pour en savoir plus : consultez le bilan final de l'épidémie de rougeole au Québec en 2011 sur le site [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels), section Rougeole, et l'article « Retour de la rougeole – opération 'vaccination' en cours dans nos écoles », *Perspective infirmière*, vol. 9, n° 2, mars 2012, p. 25-26. [En ligne : [www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective\\_infirmieres/2012\\_vol9\\_n02/08Rougeole.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2012_vol9_n02/08Rougeole.pdf)]**

## Sources

Communication personnelle, Direction de la protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, le 1<sup>er</sup> novembre 2012.

De Serres, G., F. Defay, N. Boulianne, M. Landry, M. Ouakki, N. Brousseau *et al.* « Greater risk of measles with earlier age of 1<sup>st</sup> dose in adolescents who received two pediatric doses of vaccine beginning from 12 months of age: further evidence from Quebec », *Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)*, San Francisco, sept. 2012.

De Serres, G., N. Boulianne, F. Defay, N. Brousseau, M. Benoit, S. Lacoursière *et al.* « Higher risk of measles when the first dose of a 2-dose schedule of measles vaccine is given at 12-14 months versus 15 months of age », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 55, n° 3, août 2012, p. 394-402.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Épidémie de rougeole au Québec en 2011 – Bilan final*. Québec, MSSS, 2012. [En ligne : [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/rougeole/etat\\_situation.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/rougeole/etat_situation.pdf)]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Protocole d'immunisation du Québec, chapitre 10, vaccin RRO*, Québec, MSSS, avril 2009.

# Le bilan comparatif des médicaments

## Pour éviter les erreurs d'utilisation.

Christian Rochefort – infirmier, Ph.D., jeune chercheur-boursier du Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS) au sein du groupe de recherche en informatique clinique et de la santé de l'Université McGill – présente un projet de recherche sur le bilan comparatif informatisé des médicaments et anticipe son impact sur la pratique infirmière.

Par **Dalila Benhaberou-Brun**, inf., M.Sc.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est un processus par lequel une liste exhaustive de tous les médicaments pris par un patient est créée, puis utilisée par l'ensemble des professionnels pendant les transitions de soins. Le BCM vise à communiquer au patient, à sa famille et aux prochains prestataires de soins du continuum, tous les changements apportés aux médicaments pendant un épisode de soins. On souhaite ainsi éviter les erreurs touchant l'usage des médicaments. Le BCM, une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada, pose plusieurs questions. Donne-t-on les bons médicaments ? Sont-ils toujours nécessaires ? Y a-t-il des changements à apporter ?

## Un BCM devrait être établi à chaque transition de soins.

### Un projet de recherche ?

Selon Christian Rochefort, le BCM est actuellement établi pour moins de 20 % des patients à risque. « Il faut souvent plusieurs heures de travail pour effectuer un BCM. Avec la pénurie de personnel, les ressources sont souvent insuffisantes pour qu'on puisse dresser un BCM pour tous les patients », explique M. Rochefort. Par ailleurs, « même lorsqu'un BCM est dressé, aucun mécanisme efficace ne permet actuellement d'en communiquer les résultats aux différents professionnels impliqués », poursuit-il. Ce sont ces raisons qui ont motivé l'équipe de McGill à rechercher des solutions novatrices pour faciliter le BCM.

Le projet de l'équipe est financé par les Instituts de recherche en

santé du Canada et la Fondation canadienne pour l'innovation. Il vise à évaluer si l'accès à un logiciel simplifiant l'établissement du BCM au moment du congé diminue le risque d'hospitalisation et d'événements indésirables dans les 30 jours suivants. Le logiciel, développé par l'équipe, permet aux cliniciens d'accéder de manière sécuritaire aux données électroniques de la RAMQ concernant les médicaments prescrits avant l'hospitalisation et de les comparer en temps réel aux prescriptions électroniques de la pharmacie de l'hôpital.

Ce logiciel, accessible par OACIS, vise à maximiser l'information disponible et à réduire le temps requis pour effectuer un BCM. Au moment du congé, le logiciel transmet électroniquement aux médecins et aux pharmaciens dans la communauté un résumé du séjour à l'hôpital, des changements apportés aux médicaments et des raisons les justifiant.

Afin d'évaluer cet outil, une étude contrôlée randomisée a débuté à l'automne 2012. Près de 3 800 patients en gériatrie, ou en médecine et chirurgie ont été recrutés. La moitié d'entre eux recevra le suivi habituel tandis que l'autre moitié bénéficiera d'un BCM informatisé.

### Résultats attendus

« Nous croyons que le groupe qui a bénéficié du BCM présentera moins d'effets indésirables et de réhospitalisations », déclare M. Rochefort. À ceux qui craignent que le BCM « rajoute des tâches aux infirmières », Christian Rochefort répond que la pratique devrait plutôt s'en trouver simplifiée. « Notre logiciel permet un accès rapide et centralisé



**Christian Rochefort**  
Chercheur

« Nous croyons que le groupe qui a bénéficié du BCM présentera moins d'effets indésirables et de réhospitalisations. »

à une information plus complète au sujet des médicaments, et facilite la communication entre les professionnels et les établissements de santé. »

Tout au long du séjour en établissement hospitalier, l'infirmière utilisera l'application afin d'y trouver des données pouvant être utilisées dans le plan thérapeutique infirmier. Elle participera aussi au BCM en informant l'équipe soignante de ses évaluations et de ses rencontres avec la famille. Pour préparer le congé du patient, l'infirmière extraira les données relatives aux médicaments pour les intégrer à une demande de services interétablissements. « Cela devrait réduire les risques d'erreurs et les pertes de temps qui découlent du fait de transcrire ces renseignements sur de multiples supports », explique Christian Rochefort.

Le projet de l'équipe de McGill se distingue des autres études sur le BCM par son aspect multidisciplinaire, son envergure et l'utilisation des nouvelles technologies de l'information. Des résultats préliminaires sont attendus à l'été 2013. ■

Pour en savoir plus sur le projet de Christian Rochefort et de l'équipe de l'Université McGill : <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01179867>