

# Dépistage précoce des résidents en difficulté

RICHARD BOULÉ, FCMF, MA  
GILLES GIRARD, MPS  
CAROLLE BERNIER, FCMF, MA

## RÉSUMÉ

Le dépistage précoce des résidents en difficulté d'apprentissage permet aux enseignants de prévoir une aide appropriée. Au cours d'ateliers pédagogiques, un éventail de comportements problématiques fut décrit. Des caractéristiques communes furent identifiées et une classification de quatre catégories de difficultés d'apprentissage fut élaborée: réponses cognitives limitées, réponses affectives perturbées, réponses morales déviantes et capacités réduites à se motiver.

## SUMMARY

Early detection of residents' learning difficulties helps teachers offer appropriate help. During a series of educational workshops, a variety of behaviours associated with learning difficulties were described and four behavioural categories were established: limited cognitive response, disturbed affective response, deviant moral response, and diminished self-motivation.

Can Fam Physician 1995;41:2130-2135

UNE DES TÂCHES LES PLUS ARDUES pour un enseignant clinicien est d'apposer une note faible sur la fiche d'évaluation d'un étudiant qu'il a supervisé pendant quelques mois et de le lui annoncer. Suite à une évaluation défavorable, l'étudiant sera-t-il étiqueté, marginalisé ou supporté? L'enseignant a-t-il fait tout ce qu'il pouvait pour l'aider au cours du stage? La tentation est grande de ne pas attribuer une note faible et de laisser à d'autres enseignants, les prochains peut-être, l'odieuse tâche.

Le but de notre étude est de construire une classification de comportements problématiques des résidents en vue de faciliter le dépistage précoce des difficultés d'apprentissage. Cet article présente, suite à une revue de la littérature et à une description de la méthodologie utilisée, une grille de quatre catégories de difficultés vécues par les résidents: les réponses cognitives limitées, les réponses affectives perturbées,

*Dr Boulé, professeur agrégé, est directeur du programme au Département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke. Au même département, M. Girard, psychologue clinicien, est responsable de la formation professorale et Dre Bernier, professeure agrégée, est présidente du Comité d'évaluation et de promotion.*

les réponses morales déviantes et les capacités réduites à se motiver. Pour chaque catégorie sont énoncés des comportements types et des recommandations pédagogiques.

## Revue de la littérature

Une revue de la littérature menée sur Medline et Eric révèle peu d'articles sur le thème spécifique des difficultés d'apprentissage des résidents en tant que telles. Une bibliographie plus importante existe sur les difficultés d'apprentissage reliées aux problèmes de santé des résidents. La plupart des articles recensés présentent surtout des problèmes d'adaptation, de dépression, de toxicomanie et des difficultés à vivre une grossesse.<sup>1-6</sup>

Les articles recensés qui touchent le thème du présent article l'abordent sous des angles différents. Steinert et Levitt<sup>7</sup> décrivent une démarche individualisée de définition des problèmes du résident et suggèrent des stratégies générales d'intervention. Coles<sup>2</sup> développe principalement le volet aide aux étudiants. Shapiro et Prislis<sup>6</sup> font ressortir les réactions des enseignants et suggèrent des interventions. Grams et al<sup>8</sup> proposent une classification pour des résidents en difficulté provenant d'une étude exploratoire rétrospective faite à partir d'évaluations écrites.

Gordon<sup>9</sup> propose un modèle d'évaluation et de traitement du résident en difficulté. Metheny et Carline<sup>10</sup> proposent 21 types d'étudiants en difficulté, en regroupant les perceptions des étudiants et des enseignants; toutefois, cette étude ne porte pas sur des résidents.

L'étude décrite dans le présent article se distingue des articles cités précédemment par sa méthodologie, sa population visée et ses résultats.

### Recherche exploratoire et qualitative

La présente recherche est exploratoire et qualitative. Elle a été divisée en quatre étapes: la cueillette des données, leur codage, la production d'une classification et un raffinement de celle-ci. La cueillette de données a eu lieu entre 1985 et 1990 au cours d'ateliers pédagogiques portant sur

l'évaluation et regroupant des superviseurs médecins de famille et spécialistes.

À l'aide des techniques du groupe nominal<sup>11</sup> et de l'incident critique,<sup>12</sup> furent identifiées des difficultés d'apprentissage sous forme de comportements observables et des interventions pédagogiques appropriées. Pendant la seconde étape, les comportements recueillis au cours des ateliers ont été juxtaposés afin de déterminer l'éventail des descriptions de problèmes et de dégager des points communs. Le regroupement des points communs qui a constitué la troisième étape a permis l'élaboration d'une classification des comportements problèmes. Dans une quatrième étape, cette grille de comportements a été présentée lors d'ateliers portant sur la supervision des résidents en difficulté. Par leurs expériences et commentaires, les participants ont aidé à sa validation,

Tableau 1. Comportements des résidents en difficulté

Tâches du résident	Réponses cognitives limitées	Réponses affectives perturbées		Réponses morales déviantes	Capacités réduites à se motiver.
Formulation des attentes	Générales, non-spécifiques.	Trop	Très peu	Emprunte celles du superviseur.	Croit qu'il n'a rien à apprendre.
Relations professionnelles	Peu organisées.	Dépendant Inséure	Inhibé Rigide	Flatteur, soigne l'image qu'il projette.	Retards et absences injustifiés. Suscite la colère.
Démarche clinique	Longue et laborieuse. Gère mal son temps. Ne sait pas prioriser ce qui est important.	Fait «à la lettre» ce qu'on lui demande de faire. Prend peu d'initiatives.		Camoufle ses oublis et ses erreurs.	Fait le minimum et de façon expéditive. Ne fonctionne que sous pression.
Relation patient-médecin	Peu de perceptions globales du patient. S'embourbe dans les propos du patient.	Envahit, prend trop de place.	Envahi par le patient.	Relation superficielle qui couvre un désintérêt.	Relation distante. S'en tient à un agenda médical restreint et ignore l'agenda du patient. Impose ses idées au patient.
Problèmes de supervision	Connaissances pauvres et/ou mal organisées.	Anxiété Peur des critiques		Non-fiabilité clinique. Pseudo-compliance aux recommandations.	Retrait et je-m'en-foutisme.
Contrat pédagogique axé sur:	L'acquisition de connaissances et du raisonnement clinique.	Les techniques d'entrevue. Cheminement personnel.		Le contrôle serré du travail quotidien.	L'analyse du manque de motivation et les exigences de réussite.

tout en apportant quelques modifications. Cette méthodologie met en évidence la nature qualitative de la recherche et en fait ressortir le caractère évolutif et dynamique.

### **Comportements problèmes**

Les comportements problèmes sont présentés en deux groupes: les comportements communs à tous les résidents en difficulté et les caractéristiques spécifiques aux diverses catégories identifiées.

#### ***Comportements communs aux résidents en difficulté***

- Au début du stage, le résident ne sait pas identifier ses forces et ses faiblesses de façon pertinente et réaliste.
- Le résident évite les tâches cliniques complexes de sorte qu'il est rapidement marginalisé par l'équipe de soins. Ses agissements font en sorte que moins de patients et plus de cas simples lui sont attribués.
- Le résident aux prises avec ses propres difficultés, néglige les inquiétudes et les demandes réelles des patients et leur témoigne peu d'empathie au point où bon nombre des patients ne veulent pas le revoir.
- Le résident affiche une attitude défensive vis-à-vis la supervision qui, faute d'implication personnelle de sa part, se limite à la vérification et à l'acquisition des habilités de base. L'étudiant refuse la position d'apprentissage et cherche constamment à se justifier. Il oriente souvent les échanges sur des questions instrumentales qu'il maîtrise assez bien et évite toute confrontation sur les thèmes hors de son expertise.
- Le résident répète ses erreurs et n'apprend pas de ses expériences. Il nie même souvent ses difficultés lorsque confronté par les superviseurs de sorte que ceux-ci questionnent leurs perceptions.

***Caractéristiques spécifiques aux diverses catégories.*** Quatre grandes catégories de comportements furent identifiées: les réponses cognitives limi-

tées, les réponses émotives perturbées, les réponses morales déviantes et les capacités réduites à se motiver (tableau 1).

*Les réponses cognitives limitées:* Les attentes verbalisées par le résident face à la supervision sont vagues. Il se montre généralement peu organisé. Sa démarche clinique est lente et laborieuse. Lorsqu'il décrit un patient au superviseur, il s'embourbe dans les propos du patient et ne parvient pas à dégager une perception d'ensemble claire et cohérente des problèmes du patient. Le superviseur note soit que ses connaissances théoriques sont faibles ou lacunaires, soit que son raisonnement clinique est pauvre et mal organisé.

C'est souvent la catégorie de difficultés la plus facile à identifier et celle où l'enseignant se sent plus à l'aise pour intervenir auprès de l'étudiant. Il l'aidera à développer ses connaissances, à structurer son raisonnement clinique, à améliorer son contrôle des entrevues et ainsi à mieux profiter de la supervision. Quelques auteurs<sup>2,13</sup> ont suggéré des modes spécifiques d'intervention pour améliorer les réponses cognitives de l'étudiant: lectures dirigées avec suivi par le superviseur, apprentissage d'une démarche structurée de présentation des cas, discussion d'alternatives de manifestations cliniques d'un même problème.

*Les réponses affectives perturbées:* Ces comportements sont caractérisés par des présentations extrêmes, diverses et difficiles à cerner. Les attentes formulées par le résident sont tantôt très limitées, tantôt très élevées. Ses attitudes générales sont soit rigides et inhibées, soit insécures et dépendantes. Sa démarche clinique est stéréotypée et guidée par le respect des normes. Son approche est axée sur la maladie et ne saisit pas la globalité de la personne du patient. Il est soit envahi personnellement par ce que vit le patient, soit envahissant au point de prendre trop de place dans l'entrevue. Son contact en supervision est souvent anxieux avec peur des critiques; il est tantôt très

distant tantôt dépendant et «collant». Lorsque confronté, cet étudiant se sentira vite menacé au plan personnel.

L'enseignant est souvent trop tolérant avec ce type d'étudiant qui maîtrise assez bien les aspects techniques de la médecine. Pour certains enseignants, les aspects affectifs et relationnels de la pratique médicale sont secondaires. Pour d'autres, ils sont négligés parce que subjectifs et difficiles à définir. Cependant, une qualité minimale de réponses affectives est nécessaire en médecine clinique et peut être développée lorsque l'étudiant présente au départ des habiletés de base. Kagan<sup>1</sup> décrit un programme de formation à court terme appelé IPR (Interpersonal Process Recall) qui peut guider une intervention appropriée pour ce type d'étudiant. Certains milieux de formation en médecine de famille offrent des ateliers sur la relation patient-médecin qui représentent une aide précieuse pour ces résidents.<sup>14</sup>

*Les réponses morales déviantes :* Les réponses morales déviantes constituent pour les enseignants la plus éprouvante des catégories de difficultés puisqu'elle traduit un défaut d'honnêteté lequel peut être lourd de conséquences pour les personnes impliquées. D'emblée, lors de la formulation des attentes, l'étudiant détecte et répète ce que le superviseur aime entendre. Il est généralement flatteur et soigne son image au point de fausser la réalité. Il camoufle fréquemment ses erreurs et l'évitement des tâches. Ses relations interpersonnelles sont le plus souvent superficielles couvrant un manque d'empathie et d'intérêt réel pour autrui. Les enseignants ne peuvent pas se fier à ce que raconte cet étudiant et doivent tout vérifier. Ils sont souvent étonnés de découvrir que l'étudiant ment pour sauvegarder des apparences de bonnes conduites cliniques. Seules des confrontations serrées et un support soutenu semblent conduire à certains résultats positifs avec le résident. Cette tâche est difficile à coordonner au sein d'une équipe. Divers superviseurs ont souvent des perceptions

divergentes du résident selon la nature et le contexte des observations faites auprès de celui-ci. Parfois, un superviseur principal soupçonne difficilement ce type de problèmes en raison du lien quotidien qui s'est développé avec le résident.

On doit distinguer de cette catégorie le résident timide qui n'ose pas avouer certains oublis par peur d'être mal évalué. En général, une mise au point du superviseur quant à la permission à l'erreur dans l'apprentissage suffit pour rassurer l'étudiant et modifier son attitude. Il ne faut pas non plus confondre cette catégorie de difficultés avec la situation fréquente où le superviseur retourne voir le patient en compagnie du résident et reçoit à ses questions des réponses complémentaires à celles rapportées par le résident. Cela se produit en raison d'une relation et d'un contexte modifiés.

*Les capacités réduites à se motiver :* La catégorie des capacités réduites à se motiver est fréquemment évoquée par les enseignants, mais difficile à préciser. L'étudiant peu motivé ne verbalise pas d'attentes personnelles face à la supervision. Il croit souvent qu'il n'a rien à apprendre. Malgré des indices de bonnes habiletés, il affiche plutôt des attitudes passives. Cliniquement, il s'en tient au minimum exigé et son fonctionnement est souvent expéditif. Il est plus efficace lorsque les superviseurs le talonnent. Il évite de prendre en considération les inquiétudes et sentiments des patients et les aspects psychosociaux des problèmes. En supervision, il se conforme extérieurement aux exigences minimales, mais cache une nonchalance et une attitude je-m'en-foutiste, souvent longues à mettre en évidence.

En présence d'un résident qui manifeste des capacités réduites à se motiver, il importe d'investiguer la possibilité de causes définies et facilement corrigibles dans son vécu personnel récent. Lorsque tel est le cas, le fait de lui donner des opportunités de ventiler et de prendre position par rapport à la situation émotionnellement difficile,

peut lui permettre de retrouver une motivation interne à poursuivre sa formation.

Tel que la docteure Carolle Bernier le précise en 1992 dans son mémoire de maîtrise, un résident est d'autant plus motivé qu'il se fait un portrait réaliste du médecin qu'il veut devenir. Ce portrait clair et réaliste du médecin de famille n'est souvent pas présent au début de la résidence. Des étapes doivent être traversées pour y arriver. Celles-ci mettent en évidence le concept de dynamique motivationnelle.

Si aucune cause précise n'est identifiée ou s'il s'agit d'une cause sur laquelle l'enseignant n'a pas de pouvoir (p. ex., la médecine de famille est un choix imposé), ce dernier invite le résident à considérer un éventail de moyens (conseiller pédagogique, temps de réflexion, etc.) pour trouver une orientation qui soit en accord avec sa situation. Lorsque ces efforts d'appropriation de la formation s'avèrent inutiles, l'enseignant peut être contraint à se limiter à des exigences minimales de réussite ou à encourager un changement d'orientation.

### Discussion

Il est important de considérer ces comportements comme des indices possibles et relatifs d'une ou de plusieurs catégories de problèmes. Plus un résident démontre des comportements appartenant à une catégorie, plus il a de chances de se situer dans cette même catégorie. Et plus il y a d'enseignants qui observent les mêmes comportements, plus il y a de chances qu'il s'agisse d'un problème réel.

Certains étudiants présentent des comportements relevant simultanément de différentes catégories de difficultés. Le responsable de l'étudiant doit alors établir une liste de priorités et intervenir en conséquence. Il devient nécessaire de proposer à ces résidents une démarche par étapes avec des exigences claires et limitées. Brashear<sup>1</sup> préconise l'utilisation de groupes de support pour ce type de

résidents. L'encadrement peut être long et impliquer une prolongation de la formation.

Les comportements présentés au *tableau 1* ont une valeur indicative pour un dépistage précoce parce qu'ils sont le résultat d'un consensus parmi divers enseignants confrontés aux mêmes problèmes dans différentes situations. Les renseignements obtenus proviennent de descriptions d'incidents critiques; une approche qualitative a été utilisée pour l'analyse et, en conséquence, aucun test statistique n'a été appliqué. Les auteurs ont choisi de retenir les comportements qui faisaient consensus. Il y a sûrement place au raffinement des comportements notés car ils sont tirés d'observations ponctuelles de processus qui évoluent dans le temps. De plus, les conditions d'apprentissage sont variables selon les milieux et peuvent changer d'un individu à l'autre.

Cette étude comporte d'autres limites. Les problèmes de santé physique, mentale ou de toxicomanie se traduisent chez le résident par un éventail de symptômes incluant souvent diverses difficultés d'apprentissage qui se retrouvent ici et là dans la grille. Cependant, en tant qu'ensembles particuliers de symptômes, ces problèmes sont exclus de la présente étude. Des exemples d'interventions pour ce type de problèmes sont décrits dans la littérature.<sup>1,5</sup>

Par ailleurs, plusieurs enseignants ont observé dans l'équipe de soins deux types de comportements vis-à-vis des résidents en difficulté. Premièrement, les enseignants discutent beaucoup entre eux des difficultés des résidents. Ils vérifient leurs appréhensions auprès de leurs collègues et se consultent par rapport aux conduites à tenir. Deuxièmement, les autres membres de l'équipe de soins reconnaissent souvent rapidement deux sous-groupes de résidents: ceux qui excellent et ceux qui sont faibles. Cette observation serait facilitée par le fait que les résidents en difficulté

agissent plus spontanément avec ceux qui ne les supervisent pas.

### Conclusion

La grille de comportements problèmes se veut un outil pour le dépistage précoce de résidents en difficulté. Dans une prochaine étape, elle devra être validée sur le terrain et ce, dans divers contextes. Ce travail ultérieur permettra d'augmenter la validité de construit de l'outil proposé, de préciser certains comportements plus représentatifs de chaque catégorie et de développer une approche plus active de détection des problèmes spécifiques d'apprentissage.

Plusieurs questions demeurent sans réponse. Que pensent les résidents des comportements problèmes identifiés par les enseignants? Ces comportements peuvent-ils être modifiés de façon durable? Les plans d'intervention décrits sont-ils efficaces? ■

### Remerciements

Nous tenons à remercier la docteure Diane Clavet pour ses suggestions au niveau de la rédaction et madame Lise Henri pour le travail secrétaire.

**Correspondance au:** D' Richard Boulé, Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke, 3001, 12<sup>e</sup> avenue nord, Sherbrooke QC J1H 5N4

### Références

- Brashear DB. Support groups and other supportive efforts in residency programs. *Journal of Medical Education* 1987;62:418-24.
- Coles CR. Helping students with learning difficulties in medical and health care education. *Med Educ* 1990; 24:300-12.
- Henrington RE. The impaired physician. Recognition, diagnosis and treatment. *Wis Med J* 1979;78:21-3.
- Kagan N. Influencing human interaction. Eleven years with IPR. *Can Counselor* 1975;7:74-97.

- Lohr KM, Engbring NH. Institution wide program for impaired resident at a major teaching hospital. *Journal of Medical Education* 1988;63:182-8.
- Shapiro J, Prislis MD, Larsen KM, Lenahan PM. Working with the resident in difficulty. *Fam Med* 1987;19:368-75.
- Steinert Y, Levitt C. Working with the "problem" resident: Guidelines for definition and intervention. *Fam Med* 1993;25:627-32.
- Grams GD, Longhurst MF, Whiteside CBC. The faculty experience with the "troublesome" family practice resident. *Fam Med* 1992;24:197-200.
- Gordon MJ. A prerogatives-based model for assessing and managing the resident in difficulty. *Fam Med* 1993;25:637-45.
- Metheny WP, Carline JD. The problem student: A comparison of student and physician views. *Teaching and Learning in Medicine* 1991;3(3):133-7.
- Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. *Group techniques for program planning*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company, 1975.
- Flanagan JC. La technique de l'incident critique. *Revue de psychologie appliquée* 1954;IV(2).
- Bordage G. Bonne organisation des connaissances en mémoire, bon raisonnement diagnostique. Matériel d'atelier pédagogique, avril 1989.
- Boulé R, Girard G. Une expérience d'enseignement de la relation médecin-patient. *Psychologie médicale* 1991;23:637-9.

• • •



amoxicillin-clavulanate potassium

Antibiotic and  $\beta$ -lactamase inhibitor

**Indications:** Infections caused by susceptible  $\beta$ -lactamase-producing strains of designated bacteria: upper respiratory tract and skin and soft tissue infections due to *S. aureus*; lower respiratory tract infections due to *H. influenzae*, *K. pneumoniae*, *S. aureus* or *Moraxella* (Branhamella) catarrhalis; otitis media due to *H. influenzae* or *Moraxella* (Branhamella) catarrhalis; urinary tract infections due to *E. coli*, *P. mirabilis* or *Klebsiella* species and sinusitis due to *H. influenzae* or *Moraxella* (Branhamella) catarrhalis. **Contraindications:** History of hypersensitivity to the penicillins, clavams or cephalosporins; history of Clavulin-associated jaundice/hepatic dysfunction; infectious mononucleosis suspected or confirmed. **Warnings:** Before initiating therapy, careful inquiry should be made concerning previous hypersensitivity reactions to penicillin, clavams, cephalosporins or other allergens, as serious and occasionally fatal hypersensitivity (anaphylactoid) reactions have been reported. If an allergic reaction occurs, discontinue Clavulin and initiate appropriate therapy. Serious anaphylactoid reactions require immediate emergency treatment with epinephrine. Oxygen, i.v. steroids and airway management, including intubation, should also be used as indicated. Use with caution in patients with evidence of hepatic dysfunction. Hepatic toxicity associated with the use of Clavulin is usually reversible. On rare occasions, deaths have been reported (less than 1 death reported per estimated 4 million prescriptions worldwide). These have generally been cases associated with serious underlying diseases or concomitant medications. **Precautions:** Periodic assessment of renal, hepatic and hematopoietic function should be made during prolonged therapy. Clavulin is excreted mostly by the kidney. Reduce the dose or extend the dose interval for patients with renal dysfunction in proportion to the degree of loss of renal function. The possibility of superinfection (usually involving *Aerobacter*, *Pseudomonas* or *Candida*) should be kept in mind. If it occurs discontinue Clavulin and institute appropriate therapy. The occurrence of a morbilliform rash following the use of ampicillin in patients with infectious mononucleosis is well documented. This reaction has also been reported following the use of amoxicillin. A similar reaction would be expected with Clavulin. As with all medicines, use in pregnancy is not recommended, especially during the first trimester, unless the anticipated benefit justifies the potential risk to the fetus. Penicillins have been shown to be excreted in human breast milk. It is not known whether clavulanic acid is excreted in breast milk. Caution should be exercised if administered to a nursing mother. In common with other broad spectrum antibiotics, Clavulin may reduce the efficacy of oral contraceptives and patients should therefore be advised accordingly. **Adverse Reactions:** Gastrointestinal: Nausea, vomiting, diarrhea, abdominal cramps, flatulence, constipation, anorexia, colic, pain and indigestion. Allergic: Rash, urticaria and pseudomembranous colitis. If gastrointestinal reactions are evident, they may be reduced by taking Clavulin at the start of the meal. The incidence of gastrointestinal side effects tends to be proportional to dose and tends to be greater in children than adults. **Hypersensitivity Reactions:** Erythematous maculopapular rash, urticaria, anaphylaxis and pruritus. A morbilliform rash in patients with mononucleosis. Rarely erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome have been reported. Other reactions including angioedema, toxic epidermal necrolysis and exfoliative dermatitis, as in the case of other  $\beta$ -lactam antibiotics, have been seen rarely. Interstitial nephritis (rarely). Liver: Transient hepatitis and cholestatic jaundice have been reported rarely. These events have been noted with other penicillins and cephalosporins. Hepatic events associated with Clavulin may be severe, and occur predominantly in adult and elderly patients. Signs and symptoms usually occur during or shortly after treatment, but in some cases may not become apparent until several weeks after treatment has ceased. Hepatic events are usually reversible, however, in extremely rare circumstances, deaths have been reported. These have almost always been cases associated with serious underlying disease or concomitant medications. Moderate rises in SGOT, alkaline phosphatase and lactic dehydrogenase, and SGPT have been noted in patients treated with ampicillin class antibiotics. The significance of these findings is unknown. **Hemic and Lymphatic Systems:** As with other  $\beta$ -lactams, anemia, haemolytic anemia, thrombocytopenia, thrombocytopenic purpura, eosinophilia, leukopenia, lymphocytopenia, basophilia, slight increase in platelets, neutropenia and agranulocytosis have been reported rarely during therapy with the penicillins. These reactions are usually reversible on discontinuation of therapy and are believed to be hypersensitivity phenomena. Prolongation of bleeding time and prothrombin time (rarely). Other: Headache, bad taste, dizziness, malaise, glossitis, black hairy tongue and stomatitis. **Dosage and Administration:** The absorption of Clavulin is optimized when taken at the start of a meal. **Adults:** For urinary tract, upper respiratory tract, skin and soft tissue infections which are mild to moderate, one Clavulin-250 tablet every 8 hours. For severe infections and lower respiratory tract infections, one Clavulin-500F tablet every 8 hours. **Children:** For urinary tract, upper respiratory tract, skin and soft tissue infections which are mild to moderate, 25 mg/kg/day of Clavulin in equally divided doses every 8 hours. For severe infections, otitis media, sinusitis or lower respiratory tract infections, 50 mg/kg/day of Clavulin in equally divided doses every 8 hours. Children's dosage should not exceed that recommended for adults. Children weighing more than 38 kg should be dosed according to the adult recommendations. Treatment should continue for 48-72 hours beyond the time the patient becomes asymptomatic or bacterial eradication is obtained. At least 10-days' treatment is recommended for infections caused by  $\beta$ -hemolytic streptococci to prevent acute rheumatic fever or glomerulonephritis.

**N.B. DO NOT SUBSTITUTE 2 X 250 TABLETS FOR 1 X 500F TABLET. RATIO OF AMOXICILLIN TO CLAVULANIC ACID IS DIFFERENT.**

**Supplied:** Clavulin-250 tablets (250 mg amoxicillin, 125 mg clavulanic acid) in bottles of 100; Clavulin 500F tablets (500 mg amoxicillin, 125 mg clavulanic acid) in bottles of 30, 100. Clavulin-125F Oral suspension (125 mg amoxicillin, 31.25 mg clavulanic acid per 5 ml) and Clavulin-250F Oral suspension (250 mg amoxicillin, 62.5 mg clavulanic acid per 5 ml) in bottles of 100, 150 ml. Product monograph available on request.

**References:** 1. Barbarash RA, Solomon, E, et al. Cefprozil vs amoxicillin/clavulanate in mild to moderate lower respiratory tract infections: a focus on bronchitis. *Infect in Med* 1992; 9(Suppl F): 40-47. 2. Legrand D, Lombardo VM, et al. Comparative clinical and microbiological study of amoxicillin-clavulanic acid and ciprofloxacin in acute purulent exacerbations of chronic bronchitis. *J Hosp Inf* 1992; 22(Suppl A): 69-74. 3. Zeckel ML, Loracarbef (LY 163892) in the treatment of acute exacerbations of chronic bronchitis: Results of US and European comparative clinical trials. *Am J Med* 1992; 92(Suppl 6A): 65S-69S. 4. File, TM Jr, Tan JS. Community-acquired pneumonia - the changing picture. *Postgrad Med* 1992; 92(8): 197-214. 5. Rademaker GMA, Sips AP, et al. A double-blind comparison of low-dose ofloxacin and amoxicillin/clavulanic acid in acute exacerbations of chronic bronchitis. *J of Antimicrob Chemother* 1990; 26(Suppl D): 75-81. 6. Hyslop, DL. Efficacy and safety of loracarbef in the treatment of pneumonia. *Am J Med* 1992; 92(Suppl 6A): 65S-69S. 7. Sanford JP, Gilbert DN, et al. Guide to Antimicrobial Therapy 1994. Antimicrobial Inc. 1994. 8. Product Monograph - Clavulin®

For more information contact our Medical Department at 1-800-567-1550.



© SmithKline Beecham Pharma Inc., 1995  
Oakville Ontario L6H 5V2