

Pénurie de médecins l'inutilité des pénalités



Le Dr Renald Dutil.

Il est illusoire de penser que la pénurie de médecins se résorbera si l'on réduit de 30 % le plafond salarial des omnipraticiens qui ne consacreront pas 30 % de leur pratique à des activités jugées prioritaires pour la région, comme le propose l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) dans son rapport *Quel avenir voulons-nous pour l'organisation médicale des soins et services ?* « Des mesures coercitives n'auraient aucun effet positif », tranche le Dr **Renald Dutil**, président de la Fédération

des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

L'AHQ apporte en fait une solution inadéquate à un problème extrêmement complexe et néglige l'importance des activités médicales effectuées à l'extérieur des établissements, estime la FMOQ. Lui répondant par un communiqué, la Fédération fait entre autres valoir que :

- plus de 80 % des omnipraticiens partagent déjà leur temps de pratique entre le cabinet et un établissement public ;
- tous les médecins comptant moins de 10 ans de pratique sont assujettis à 12 heures d'activités médicales particulières au sein des établissements de santé ;
- la ministre de la Santé et des Services sociaux a elle-même reconnu que la prise en charge et le suivi des patients dans les cabinets privés et les CLSC sont l'une des mesures essentielles à l'assainissement de la situation dans les salles d'urgence.

« Il n'existe ni médecine facile, ni absence de collaboration des médecins, contrairement à ce que laissent entendre les dirigeants de l'AHQ. Tous les médecins reconnaissent que les services d'urgence et les soins aux malades hospitalisés sont des activités prioritaires, souligne le Dr Dutil. Toute nouvelle mesure devrait plutôt porter sur la nécessité de réorganiser le système de soins de première ligne et de fournir aux médecins de famille les outils nécessaires pour répondre aux besoins de leurs patients. La FMOQ croit enfin que la pratique dans les cabinets privés doit être valorisée, et non dénigrée. »

Fermeture de l'urgence à Shawinigan-Sud plusieurs facteurs sont en cause

La fermeture de l'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie à Shawinigan-Sud durant l'été a soulevé de grandes inquiétudes dans la population de la

Antipasto, ce mois-ci

Pénurie de médecins	
l'inutilité des pénalités	1
Fermeture de l'urgence à Shawinigan-Sud	
plusieurs facteurs sont en cause	1
Le rôle complémentaire de l'Association et du département régional	
entrevue avec le Dr Louis Godin, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte du Sud	2
4 ^e Congrès mondial sur la santé dans les régions rurales	
trois conférences données par la FMOQ	4
Système de santé	
donnez votre avis	13
Risques de maladies cardiovasculaires	
une méthode de détection simple	14
Débat sur la migraine menstruelle	
comment la traiter ?	16
Ophtalmologie	
rapport sur le PRK et le LASIK	20
Des produits naturels néphrotoxiques et cancérogènes	22
Piqure pour la glycémie	
l'oreille plutôt que le pouce	24
Patients souffrant de démence	
le difficile traitement des maladies physiques	24
Les risques de la prématurité	28
Accouchements prématurés successifs	28
Marché du livre	
La Santé des travailleuses	30
Platon, pas Prozac !	30
En forme après bébé	30
Greffe d'organes	
une meilleure survie des receveurs	31
Premières relations sexuelles	
certains adolescents ont des regrets	155
Toxoplasmose	
se méfier de la viande crue, mais pas des chats	157

sommaire de la revue, page 7 >>>

Le rôle complémentaire de l'Association et du département régional

entrevue avec le D^r Louis Godin,
président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte du Sud



Le D^r Louis Godin.

M.Q. – Vous êtes à la fois président de l'Association et chef du département régional de médecine générale. Comment envisagez-vous la relation entre les deux organismes ?

L. G. – Quand nous avons commencé à examiner le rôle que devait jouer l'Association à l'égard du département régional, nous nous sommes demandé si nous ne devions pas prendre nos distances. Mais comme l'Association a toujours défendu les intérêts professionnels et financiers des médecins, sa participation au DRMG nous a semblé incontournable. Nous nous sommes également aperçus qu'une petite association comme la nôtre, d'à peu près 250 membres, n'a pas suffisamment de ressources humaines pour avoir deux structures séparées.

Cette participation ne sera d'ailleurs pas un précédent. Beaucoup de personnes clés de l'Association font partie d'autres organisations régionales, que ce soit comme membres de la Commission médicale régionale, du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou du département de médecine générale d'un hôpital.

Bien sûr, certains pourront nous reprocher de porter plusieurs chapeaux. Mais à ce moment-là, ils auront à prouver que ce

double rôle porte préjudice à la région et aux médecins que nous représentons. Moi, au contraire, je pense que cette collaboration va de soi et servira mieux les médecins omnipraticiens. Je suis d'ailleurs convaincu que la majorité des associations vont jouer un rôle très important dans les départements régionaux.

M.Q. – Pourquoi avez-vous posé votre candidature comme chef du DRMG ?

L. G. – J'ai beaucoup travaillé à la création des DRMG depuis leur conception. C'est une structure en laquelle je crois beaucoup. Ensuite, j'ai eu suffisamment de pressions et de messages de la part de mes collègues pour penser que je pouvais obtenir l'appui des médecins omnipraticiens de la région pour occuper ce poste. C'est donc pour ça que j'ai accepté de poser ma candidature.

M.Q. – Quelles seront les premières initiatives du DRMG ?

L. G. – Les travaux du DRMG débiteront en septembre avec l'adoption des règlements internes. Nous allons ensuite rapidement nous attaquer aux premiers dossiers : le plan des effectifs médicaux et les réseaux de soins intégrés. Nous nous occuperons également très vite de la question du fonds de formation

2
Photo : Emmanuèle Garnier

région. La FMOQ, qui partageait ses préoccupations, a cependant vivement réagi quand des élus provinciaux ont tenté de se

Le Médecin du Québec – 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8 ; téléphone : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499 ; télécopieur : (514) 878-4455 ; courrier électronique : medque@fmoq.org –, revue mensuelle publiée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, est envoyé à toute la profession médicale. Les médecins omnipraticiens et résidents sont abonnés au coût de 12 \$ par an. Abonnement : 86,27 \$ (TTC) ; autres provinces du Canada, 80,25 \$ (TTC) ; à l'extérieur du Canada, 100 \$.

Envoi de Poste – Publications – Enregistrement n° 09832.

décharger du problème sur les médecins et critiqué au passage la Fédération pour ce qu'ils percevaient comme son manque d'emprise sur la répartition des effectifs.

Dans un communiqué de presse envoyé aux médias, la Fédération précise qu'elle continuera à tout mettre en œuvre pour résoudre la crise et cherchera avec ses partenaires du réseau de la santé des solutions durables aux problèmes de pénurie de la région. « La Fédération ne dispose toutefois ni des moyens ni des pouvoirs du ministère de la Santé et des Services sociaux pour résoudre les problèmes de pénurie d'effectifs, et encore moins pour imposer une

continue pour les médecins rémunérés à l'acte et à tarif horaire qui participeront aux activités du DRMG. Il est sûr que le 1^{er} janvier 2001, moment où les allocations seront disponibles, le département régional aura déjà précisé les conditions auxquelles les médecins de la Côte du Sud devront répondre pour y avoir droit.

J'espère que tous les médecins de notre région bénéficieront de ces allocations. Mais il est clair que ce ne sera pas automatique. Les conditions pour y avoir droit seront cependant simples et relèveront du gros bon sens. Je pense que la majorité des médecins sera d'accord avec les activités qu'il faudra effectuer pour en bénéficier et avec le fait que ceux qui ne voudront pas contribuer à l'effort collectif en soient privés.

M.Q. – En tant que vice-président de la FMOQ, pouvez-vous nous dire où en est le dossier des cabinets privés ?

L.G. – Après avoir reçu le rapport de la firme Secor, la FMOQ a examiné ce qui pouvait être fait pour les médecins travaillant dans les cabinets privés. Notre analyse nous a permis d'élaborer des recommandations et d'envisager des mesures à court et à moyen terme. Il faut également se rappeler que les prochaines augmentations budgétaires devraient être consacrées aux cabinets privés.

Probablement qu'à l'automne, aux assemblées générales annuelles des associations, nous aurons des propositions concrètes à faire aux médecins. Elles s'appuieront sur une vision du rôle des cabinets privés et des

modèles de pratique que nous souhaitons favoriser. Nous présenterons également des suggestions pour améliorer la rémunération de la prise en charge des patients. Je pense que ces assemblées seront vraiment l'occasion de discuter d'une stratégie pour aider les cabinets privés.

M.Q. – Qu'est-ce qui vous préoccupe dans la situation des cabinets privés de votre région, comme chef du DRMG ?

L.G. – Nos cabinets privés ont de plus en plus de difficulté à attirer de nouveaux médecins. Nous souhaitons donc nous assurer qu'ils pourront recruter efficacement et de manière continue. Nous voulons également éviter qu'ils se développent de manière anarchique.

Les solutions à ces problèmes ne viendront pas que du département régional. Elles relèvent davantage de l'organisation syndicale. Je pense qu'il y a des gestes à faire sur le plan de l'organisation administrative des cabinets, de leur financement, de leur organisation matérielle et de la rémunération de leurs activités. Il faut aussi tenir compte de la place qu'ont les cabinets dans le secteur des soins de santé et des moyens qu'ils doivent recevoir en retour pour remplir leur rôle.

Comme vous le voyez, il est difficile de départager le rôle du DRMG de celui de l'Association. Les différents aspects de bien des questions sont tellement liés qu'il est très difficile de déterminer quelle partie concerne le département régional en particulier et quelle autre le syndicat.

M.Q. – Vous avez également des problèmes d'effectifs médicaux ?

L.G. – La région de la Côte du Sud – qui est en fait le territoire de Chaudière-Appalaches plus la région de La Pocatière – connaît, comme la majorité des régions du Québec, un grave problème d'effectifs médicaux. Le manque de médecins est particulièrement criant dans les zones rurales et semi-urbaines. Beaucoup d'omnipraticiens sont partis à la retraite, d'autres ont quitté la région pour profiter des postes laissés vacants dans les centres urbains. Donc, la pression sur les effectifs médicaux est énorme, que ce soit dans les établissements ou dans les cabinets privés.

M.Q. – Et à La Pocatière ?

L.G. – Dans des zones telles que La Pocatière, le manque de médecins risque d'être accentué par le refus du ministère de la Santé et des Services sociaux d'accorder aux omnipraticiens de la région la même bonification qu'il a donnée à ceux de l'Abitibi et de la Gaspésie. Les médecins de l'hôpital de La Pocatière, qui ont une rémunération de 115 % du tarif de base, n'auront donc pas droit au taux de 120 % après quatre ans de travail dans l'établissement et de 125 % après six ans. Cette situation est très préjudiciable pour la région. Ces médecins sont peu nombreux et portent l'hôpital à bout de bras. Tôt ou tard, la décision du Ministère aura des conséquences. Nous sommes toujours en négociations avec le gouvernement, mais nous n'avons reçu aucune réponse jusqu'à présent.

répartition des médecins dans un contexte où toutes les régions sont en pénurie », tenait à préciser le D^r **Renald Dutil**, président de la FMOQ.

Pourquoi en est-on là ? Plusieurs facteurs ont concouru à la fermeture du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, analyse la FMOQ. La crise est en fait attribuable à une pénurie de médecins qui touche presque tout le Québec, mais frappe plus durement la région Mauricie-Bois-Francs. L'indice d'accès aux services de santé en médecine générale de la région est d'ailleurs le plus faible du Québec.

Un autre élément a aggravé la situation :

le programme de mise à la retraite créé par le gouvernement provincial. À cause de cette mesure, la région de la Mauricie-Bois-Francs s'est vidée de 9,4 % de ses omnipraticiens, alors que l'ensemble du Québec n'en a perdu que 7,5 %. Parallèlement, les jeunes médecins sont de moins en moins nombreux, répercussion de la diminution des admissions dans les facultés de médecine.

Pour finir, la gestion de la banque de médecins dépanneurs, destinée à endiguer ce type de crise, comporte des failles importantes, note la Fédération. Le Ministère, qui en a la responsabilité, devra y remédier.

4^e Congrès mondial sur la santé dans les régions rurales

trois conférences données par la FMOQ

L'équipe de la direction de la Planification et de la régionalisation de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a présenté les résultats de ses travaux au cours de deux conférences d'une heure et d'un exposé d'une demi-heure à la World Rural Health Conference, qui s'est déroulée à Calgary du 15 au 19 août dernier.

Le D^r **Jean Rodrigue**, directeur de la Planification et de la régionalisation, et M^{me} **Isabelle Savard**, conseillère-cadre, ont dévoilé les résultats d'une étude qu'ils ont menée sur le recrutement et la durée d'installation des nouveaux omnipraticiens dans les zones rurales du Québec. Ils ont également tracé devant les congressistes trois modèles de pratique dans les régions rurales, qu'ils avaient définis avec la collaboration du D^r **Jean-Maurice Turgeon**, directeur de la Formation professionnelle de la Fédération, et du D^r **Frédéric Turgeon**, chef du département de médecine générale de l'Hôtel-Dieu d'Amos. Les chercheurs ont, pour finir, fait une analyse des mesures de planification des effectifs médicaux dans les régions éloignées du Québec.

Les effets pervers de la rémunération différenciée

Les données recueillies par la direction de la Planification de la FMOQ montrent que, chaque année, les régions rurales reçoivent leur juste part de nouveaux médecins. Mais la rémunération différenciée, qui favorise cet afflux, fait surgir de nouveaux problèmes. Ainsi, dans certaines régions, surtout celles où la rétribution est de 115 % du taux de base, le recrutement est relativement aisé, mais bien des médecins ne restent pas. Résultat : les effectifs médicaux y sont instables. Dans les zones où la rémunération est, à l'opposé, réduite à 70 %

durant les trois premières années de pratique, le nombre de nouveaux médecins est insuffisant pour assurer la relève. Les effectifs, par conséquent, vieillissent.

« Il sera nécessaire de prendre des mesures additionnelles adaptées au contexte rural pour recruter et retenir les médecins. Elles devront être encore plus ciblées. Les mesures adoptées jusqu'à présent tenaient surtout compte de la situation des régions éloignées, occultant celle des zones rurales plus rapprochées », affirme M^{me} Savard dans sa conférence.

Fait intéressant, parmi les nouveaux médecins, la proportion des femmes qui s'installent dans les régions rurales est équivalente à celle des hommes. Elles travaillent cependant davantage en première ligne et moins en deuxième ligne que leurs collègues masculins. Après cinq ans de pratique, 18 % d'entre elles quittent la région, alors que seulement 6 % des hommes omnipraticiens partent. « La conséquence de la féminisation des effectifs médicaux peut être plus déstabilisante dans les régions rurales étant donné le petit nombre de médecins », note la conseillère-cadre.



Le D^r Jean Rodrigue.



M^{me} Isabelle Savard.

Photos : Emmanuèle Garnier

Suite page 13 >>>

◀◀◀ *Suite de la page 4*

Trois modèles de pratique

Les omnipraticiens des zones rurales n'ont pas le même type de pratique selon la région et le type d'établissement de soins qui y est présent, ont constaté le D^r Jean Rodrigue et ses collaborateurs. Pour mieux comprendre les activités cliniques de ces généralistes, les chercheurs ont étudié 37 zones rurales de la province. Trois modèles se sont alors dessinés.

Le premier est centré sur un hôpital qui comprend un petit groupe de généralistes et quelques spécialistes. La plupart du temps clinique est consacré aux activités hospitalières, ce qui laisse peu de place aux soins de première ligne. Le deuxième modèle se caractérise par un service de garde 24 heures sur 24 fourni par un CLSC et auquel peuvent participer des médecins de cabinets privés. Le petit nombre de médecins qui en font partie offrent également des soins de première ligne et disposent de services de radiologie et d'analyses de laboratoire. Le dernier modèle se compose de cabinets privés et de CLSC épars. Des omnipraticiens, seuls ou en petits groupes, donnent de manière isolée des services de médecine générale, mais ne disposent généralement pas de soutien technique.

« Nous avons découvert que le modèle centré sur l'hôpital nécessite des connaissances plus spécialisées et des aptitudes techniques, alors que les autres modèles exigent des aptitudes cliniques plus raffinées et des connaissances plus générales », conclut le D^r Rodrigue. À son avis, le programme des facultés de médecine et la formation médicale continue devraient tenir compte des besoins de tous les types de pratique du milieu rural. Les omnipraticiens qui y exercent ne sont pas toujours rattachés à un hôpital.

La limite des incitatifs

Les mesures adoptées dans les années 80 et 90 pour inciter les médecins à s'établir dans les régions éloignées ont atteint leurs limites. « Les solutions doivent maintenant tenir compte de

la qualité de vie, du conjoint et de la famille », explique le D^r Rodrigue au cours de la troisième conférence.

Des mesures comme la rémunération différenciée, les bourses, les primes d'installation, les allocations pour la formation médicale continue et, plus récemment, l'abolition du plafond salarial pour les activités hospitalières ont permis de recruter des médecins dans les régions éloignées. Mais les données récentes indiquent que le pourcentage d'omnipraticiens que ces mesures attirent stagne. La charge de travail est très lourde, les heures de pratique sont nombreuses et il y a une grande rotation des médecins. Des mesures additionnelles sont donc nécessaires pour améliorer l'accessibilité aux soins médicaux dans les zones éloignées et accroître l'intérêt des médecins pour la pratique dans ces régions. La dernière entente-cadre signée entre la FMOQ et le gouvernement répond en partie à ces objectifs en accordant des augmentations salariales aux médecins qui pratiquent plusieurs années dans les zones isolées et dans certaines régions éloignées.

Systeme de santé donnez votre avis

L'Association médicale du Québec (AMQ) organise un sondage auprès des médecins pour connaître les solutions qu'ils envisagent pour régler les problèmes du système de santé québécois.

« Plutôt que d'adopter des mesures coercitives telle la loi antidéficit du gouvernement du Québec ou des solutions visant à interdire les démissions massives de médecins comme l'a récemment suggéré le Collège des médecins du Québec, ou encore des pénalités financières pour régler les problèmes de pénurie de médecins comme l'a recommandé l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) la semaine dernière, il faudrait d'abord demander aux médecins de contribuer en proposant des solutions aux problèmes du système de santé », estime le D^r Daniel Wagner, président de l'Association médicale du Québec.

Le sondage, auquel les médecins peuvent



Le Dr Daniel Wagner.

répondre en se rendant sur le site Internet de l'AMQ, www.amq-qma.org, ne comprend que cinq questions :

- Comment estimez-vous la capacité du système de santé de répondre aux besoins de tous les citoyens du Québec ? (Excellente, bonne, mauvaise, très

mauvaise.)

- Pour résoudre les problèmes du système de santé, faudrait-il investir davantage, réorganiser les services ou faire les deux ?
- Comment améliorer l'accès aux services médicaux ?
- Comment accroître la qualité des services médicaux ?
- Quelle devrait être la contribution des médecins à l'amélioration du système de santé québécois ?

Une firme mandatée par l'AMQ effectuera parallèlement une enquête téléphonique plus approfondie auprès de 500 médecins choisis au hasard. Le résultat des deux sondages, qui sera divulgué à la fin de septembre, servira à la rédaction d'un mémoire destiné à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Risques de maladies cardiovasculaires

une méthode de détection simple

Repérer les hommes exposés aux maladies coronariennes est dorénavant facile : il suffit

d'un ruban à mesurer et d'un dosage des triglycérides. Si le tour de taille du patient excède 90 cm et que sa concentration de triglycérides dépasse 2 mmol/L, le risque de problème coronarien est presque à coup sûr élevé, explique le Pr **Jean-Pierre Després**, directeur de la recherche à l'Institut de cardiologie de l'hôpital Laval, à Québec.

Le chercheur a notamment présenté au congrès de la Société européenne de cardiologie à Amsterdam l'étude qui a permis à son équipe de mettre au point cette méthode. Leurs résultats ont également été publiés dans le numéro de juillet de *Circulation*¹.

« On s'est rendu compte que, chez les hommes dont le tour de taille et la concentration de triglycérides mesurés à jeun étaient importants, le risque d'avoir un taux d'insuline élevé, une grande concentration d'apolipoprotéines B et des particules de cholestérol LDL petites et denses était de 80 % », rapporte le Pr Després. Les trois éléments que mentionne le professeur de nutrition et de médecine sont les nouveaux marqueurs de maladie coronarienne que son équipe a découverts. Dans une étude prospective dont les données ont été dévoilées dans le *Journal of the American Medical Association* en 1998, les chercheurs ont montré que cette triade augmente de 20 fois le risque de maladie coronarienne chez les hommes dans la cinquantaine. Ensemble, les trois nouveaux marqueurs sont des facteurs prédictifs encore meilleurs que l'accroissement du taux de cholestérol LDL, l'augmentation des triglycérides et la diminution du cholestérol HDL.

À l'inverse, les hommes dont le tour de taille



Le Pr Jean-Pierre Després.

1. Lemieux I, Pascot A, Couillard C, et al. Hypertriglycerid waist: a marker of the atherogenic metabolic triad (hyperinsulinemia; hyperapolipoprotein B; small, dense LDL) in men? *Circulation* 2000 ; 102 : 179-84.

est inférieur à 90 cm et dont le taux de triglycérides est inférieur à 2 mmol/L n'encourent que 10 % de risques d'avoir de petites particules de cholestérol LDL et un taux élevé d'insuline et d'apolipoprotéines B.

Dépister plus de patients à risque

Mais quel est le lien entre la triade de risques et la mesure du tour de taille et du taux de triglycérides ? L'équipe du P^r Després a établi que chez les hommes non diabétiques le taux d'insuline à jeun augmentait progressivement avec l'obésité abdominale, et que la concentration d'apolipoprotéines B croissait rapidement avec le tour de taille jusqu'à ce qu'il atteigne 100 cm, après quoi elle restait stable. En ce qui concerne les particules de cholestérol LDL, il y a une corrélation très significative entre leur grosseur et le taux de triglycérides à jeun.

« Ce qui fait la force de notre méthode, c'est d'avoir pensé à mesurer et à interpréter simultanément le tour de taille et les taux de triglycérides sanguins, deux facteurs très simples qui permettent de prédire toute une cascade de complications », explique le P^r Després.

La nouvelle méthode a également l'avantage de permettre de repérer les patients qui auparavant passaient à travers les mailles du dépistage. « L'homme non fumeur qui n'est ni hypertendu ni diabétique et dont le taux de cholestérol est normal, mais qui a une obésité abdominale et un taux de triglycérides élevé, a de fortes chances de présenter des facteurs de risque que le clinicien n'aurait normalement pas analysés. Nous avons beaucoup discuté de cette question à la réunion d'Amsterdam. »

La nouvelle méthode que propose le P^r Després a une spécificité de 81 % (pourcentage de sujets n'ayant pas la triade de risques qui ont été adéquatement classés) et une sensibilité de 73 % (pourcentage de sujets présentant la triade de risques qui ont été adéquatement classés).

Les chercheurs ont également éprouvé leur formule auprès de patients qui ont subi une angiographie à cause de la présence de symptômes coronariens. Ils ont observé que ceux qui avaient un tour de taille et un taux de triglycérides importants accusaient un risque 3,6 fois plus élevé d'être atteints de coronaropathie que les patients qui n'avaient pas ces caractéristiques.

Débat sur la migraine menstruelle

comment la traiter ?

La migraine menstruelle est-elle vraiment différente de la migraine ordinaire associée aux règles ? « La vraie migraine menstruelle peut apparaître deux jours avant le début du flux menstruel et jusqu'à deux jours après, et ne survient à aucun autre moment du cycle menstruel, explique le D^r **Gary Shapero**, directeur médical du Markham Headache and Pain Treatment Centre, à Toronto. La femme qui souffre d'une migraine associée aux règles, par contre, peut avoir des maux de tête à n'importe quelle phase du cycle. »

Soixante pour cent des femmes migraineuses estiment que leurs maux de tête surviennent

plus volontiers pendant leurs règles. « Mais seulement 14 % souffrent de vraies migraines menstruelles, précise le D^r **Guy Boudreau**, directeur médical de la Clinique de la migraine Val des arbres, à Laval. La migraine menstruelle est souvent plus grave, plus longue et plus difficile à traiter. Les éléments biochimiques qui interviennent peuvent être différents. » Mais cette céphalée n'est pas pour autant un type distinct de migraine, souligne le D^r Shapero. « Il s'agit simplement d'un mal de tête provoqué par un déclencheur différent, la menstruation. »



Le D^r Gary Shapero.

*Le Dr Guy Boudreau.**La Dr^e Rose Giammarco.*

Les deux médecins, ainsi que la D^{re} **Rose Giammarco**, neurologue au St. Joseph's Hospital, à Hamilton, participaient à un débat sur la migraine menstruelle organisé à Toronto par AstraZeneca.

La chute des œstrogènes

La migraine menstruelle semble intimement liée aux hormones, explique la D^{re} Giammarco. « Certaines jeunes femmes commencent à souffrir de migraines à l'apparition de leurs règles. Ces maux de tête sont ensuite affectés par le cycle menstruel. Si la patiente prend des contraceptifs oraux, il y a quatre possibilités : son état s'améliore, il s'aggrave, il ne change pas ou les maux de tête peuvent alors débiter. Au moment de la grossesse, les migraines s'atténuent généralement, mais empirent pendant la période postpartum.

En périménopause, les migraines s'aggravent, pour diminuer par la suite. »

La chute soudaine du taux d'œstrogènes serait en fait l'un des déclencheurs des migraines menstruelles. Le traitement logique semble alors l'administration d'hormones. Mais peu d'études ont analysé ses avantages et ses risques à long terme. Donc, comment soigner les migraines menstruelles ?

Quelle méthode utiliser ?

« Théoriquement, si nous pensons que la baisse de la concentration d'œstrogènes cause la migraine ou y contribue, il faut essayer de stabiliser leur taux. Mais je pense qu'avant d'en arriver là, il faut commencer par les mesures de base. On doit réduire ou éliminer les facteurs déclenchants qui peuvent rendre la femme plus vulnérable aux céphalées à ce moment de son cycle menstruel. Il faut également s'occuper de l'hygiène de vie : le sommeil, l'exercice et une bonne alimentation. Quand ces questions sont réglées et que la patiente sait ce qui contribue à ses maux de tête, on peut regarder du côté des médicaments », préconise la D^{re} Giammarco.

Donner des hormones ou pas ?

Les migraines menstruelles doivent être soignées avec les mêmes médicaments que ceux qui sont utilisés contre les autres migraines, selon la neurologue. Le traitement en phase aiguë commence avec des anti-inflammatoires ou des analgésiques en vente libre. La plupart sont cependant moins efficaces contre les céphalées menstruelles. Les patientes les ont d'ailleurs souvent essayés avant de consulter. « On peut alors passer à des thérapies spécifiques de la migraine comme les triptans, qui sont les médicaments les plus efficaces, ou l'ergotamine. »

S'ajoute ensuite au traitement la thérapie prophylactique, administrée vers la période menstruelle. Différentes formules existent. « La plupart viennent de l'expérience clinique et ne sont pas prouvées, prévient la D^{re} Giammarco. Les anti-inflammatoires, par exemple, donnés pendant cinq jours vers la période des règles, peuvent être efficaces. On peut également recourir aux traitements

préventifs habituels : les β -bloquants ou les inhibiteurs calciques. Des études ont aussi montré que les triptans, pris de manière prophylactique deux jours avant les règles et jusqu'au deuxième jour après, semblent être efficaces. »

Et les hormones ? « Après, oui, on peut recourir aux hormones pour essayer de stabiliser la chute des œstrogènes. Mais je dois dire que cette thérapie est controversée. Son efficacité n'a pas été prouvée pour toutes les femmes migraineuses. Certains médecins donnent à leurs patientes des timbres dermiques d'œstrogènes de 100 μ g un ou deux jours avant le début du flux menstruel jusqu'au deuxième ou au troisième jour du cycle. Cela semble fonctionner chez certaines. Mais il arrive que cette mesure ne fasse que retarder l'apparition de la migraine. Plusieurs praticiens prescrivent plutôt des contraceptifs oraux de manière continue, sans arrêt de sept jours. »

Le D^r Boudreau souligne, pour sa part, que 12 % des migraineuses ont des auras. Et chez elles, la prise d'hormones augmente le risque d'accident vasculaire cérébral. Chez les autres, les hormones ne sont pas non plus la panacée. « Les patientes migraineuses qui prennent des hormones comme la pilule anticonceptionnelle ont 49 % de risques de voir leurs maux de tête empirer, 40 % de ne pas sentir de différence, et seulement 11 % de constater une amélioration. » Selon le médecin, les hormones ne doivent pas être utilisées en première ou en deuxième intention, mais seulement comme thérapie additionnelle. « La chute des œstrogènes n'est qu'un des facteurs déclenchants, estime-t-il. Il faut aussi tenir compte du fait que les hormones vendues commercialement ne sont pas identiques à celles qui sont produites dans l'organisme. »

Le questionnaire MIDAS

Le D^r Shapero, contrairement à la D^{re} Giammarco, recourt au questionnaire MIDAS (*Migraine Disability Assessment*) pour sélectionner le traitement approprié. « Pour le médecin de famille, il est parfois difficile de savoir quelle modalité de traitement prescrire à un patient donné. J'utilise donc ce nouveau système qui me permet de connaître, grâce à

cinq questions simples, le degré d'invalidité de la patiente. On peut ensuite prescrire une thérapie en fonction de la gravité de sa migraine. Il y a ainsi moins d'échecs thérapeutiques. »

Le D^r Boudreau, qui utilise lui aussi le questionnaire MIDAS, y a rajouté plusieurs questions d'ordre gynécologique. « Il ne faut pas sous-estimer l'importance de la dysménorrhée, du syndrome de tension prémenstruelle et de l'endométriase dans la complication du processus douloureux chez les femmes. Il faut tenir compte des effets des changements chimiques de la biologie féminine sur la douleur. »

Et en ce qui concerne le traitement ? « Nous avons des produits hautement spécifiques qui sont sous-utilisés, les triptans », juge le D^r Boudreau. Mais dans le cas des maux de tête menstruels, ces médicaments ne suffisent pas toujours. « L'état douloureux de la migraine est aggravé par une constellation de problèmes supplémentaires tels que la hausse des prostaglandines, la chute des œstrogènes, des endorphines, de la mélatonine et de la noradrénaline. Tous ces changements rendent la signalisation douloureuse beaucoup plus compliquée, et il est parfois important de prescrire un second médicament, comme un anti-inflammatoire, pour obtenir une maîtrise rapide et complète de la douleur. »

Tenir un journal

Mais d'abord, comment déterminer qu'une femme souffre vraiment de migraines menstruelles ? En se fondant sur ses dires ? Les souvenirs des patientes, souvent teintés par leur vision de la menstruation, ne sont pas toujours fiables. « La première étape est de vérifier si les maux de tête en question sont liés de manière causale aux règles. La meilleure méthode est de demander à la patiente de tenir un journal prospectif, pendant plusieurs cycles, sur ses périodes menstruelles et ses maux de tête », propose la D^{re} **Elizabeth Loder**, de la Harvard Medical School, dans un article paru dans l'édition de juillet du *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*¹.

La spécialiste rapporte par ailleurs qu'un chercheur, le D^r **S. Silberstein**, recommande, lorsque les traitements antimigraineux habituels ou prophylactiques se révèlent inefficaces, d'essayer le magnésium par voie orale. « Cette suggestion est fondée sur le fait que le magnésium par voie intraveineuse peut aider à mettre fin à l'attaque de migraine chez certains patients ayant un faible taux de magnésium ionisé. Cet élément semble utile dans le traitement d'autres symptômes associés aux règles. » Et les hormones ? À utiliser, mais en dernier recours, propose la D^{re} Loder.

La couverture de ce débat a été possible grâce à une subvention inconditionnelle d'AstraZeneca.

Ophthalmologie

rapport sur le PRK et le LASIK

Les techniques de PRK (kératectomie photoréfractive) et du LASIK (*laser assisted in situ keratomileusis*) sont efficaces pour traiter les myopies légères et moyennes, selon le dernier rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) – l'ancien Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS). Il n'existe cependant encore aucune donnée sur les effets possibles à long terme, prévient l'agence. Les études ne comprennent qu'un suivi de trois à cinq ans pour la PRK, et de deux ans pour le LASIK.

En ce qui concerne la correction de la myopie grave et de l'hypermétropie moyenne et importante, l'AETMIS estime que l'utilisation du LASIK est encore très nouvelle. Même si l'efficacité du traitement a été établie, il subsiste des imprécisions sur les modalités d'application et les indications spécifiques.

Tenant compte de tous ces facteurs et du fait que ces interventions sont rarement nécessaires d'un point de vue médical, l'AETMIS recommande que les patients qui veulent s'y soumettre soient informés avec rigueur. Ils doivent être mis au courant de tous les risques,

1. Loder E. Migraine and Menstruation. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2000 ; 22 (7) : 512-7.

même des complications exceptionnelles. L'organisme suggère également de mieux encadrer l'application de ces techniques, généralement pratiquées dans des cliniques privées.

Des produits naturels néphrotoxiques et cancérigènes

Malgré le mythe qui les auréole, les produits naturels sont parfois plus dangereux que les médicaments. Ainsi, une herbe chinoise contenue dans des pilules pour maigrir a non seulement causé une néphropathie chez une centaine de patientes, mais a gravement accentué leur risque de cancer, ont révélé la D^{re} **Joëlle Nortier** et ses collaborateurs dans le *New England Journal of Medicine*¹.

L'histoire est tragique. Au début des années 90, une clinique belge offre à ses patientes un nouveau traitement à base d'herbes chinoises pour maigrir. Des clientes prennent les pilules proposées pendant un à deux ans. En 1993, des douzaines d'entre elles commencent à souffrir d'une insuffisance rénale progressant rapidement. La D^{re} Nortier et ses collègues en voient 105, dont 43 sont atteintes d'une néphropathie très avancée.

Non seulement la plante en cause, l'*Aristolochia fangchi*, attaque les reins, mais elle s'est aussi avérée un puissant carcinogène chez les animaux de laboratoire. En 1994, un premier cas de cancer de l'urothélium est découvert chez l'une des femmes, qui a dû recevoir une greffe de rein.

Devant ce cas, les médecins belges proposent à toutes les patientes greffées ou dialysées ayant pris des herbes des examens cystoscopiques réguliers et l'ablation préventive des reins et de l'urètre. Trente-neuf acceptent l'opération. Les analyses révèlent 18 cas de carcinome de l'urothélium et 19 dysplasies de stade léger à modéré. Chez seulement deux patientes les tissus retirés sont normaux.

1. Nortier JL, Muniz Martinez MC, Schmeizer HH, et al. Urothelial carcinoma associated with the use of a chinese herb (*Aristolochia fangchi*). *N Engl J Med* 2000 ; 342 : 1686-92.

À partir des ordonnances, les chercheurs ont calculé la quantité de produit toxique absorbée par les sujets. Ils constatent que « la dose cumulative d'*Aristolochia* était un facteur de risque significatif pour le carcinome de l'urothélium. Une dose totale de plus de 200 g a été associée à un plus grand risque ».

Un manque de surveillance

Quelles étaient ces herbes chinoises ? Les pilules données devaient contenir de la *Stephania tetrandra* et du *Magnolia officinalis*. Cependant, à cause d'une erreur, la première herbe a été remplacée par de l'*Aristolochia fangchi*, beaucoup plus dangereuse.

« La présence d'*A. fangchi* n'est pas surprenante. Elle est souvent substituée à la *S. tetrandra*. Leurs noms chinois se ressemblent et peuvent être confondus, ce qui provoque des erreurs d'identification. De plus, un nombre d'herbes censées être interchangeables sont parfois collectivement nommées *mu tong*. Comme il n'y a virtuellement aucun contrôle de la qualité sur ces produits, il n'est pas inhabituel que l'on ignore ce que contiennent les préparations d'herbes et les suppléments diététiques », dénonce le D^r **David Kessler**, de la Yale University School of Medicine, dans l'éditorial qui accompagne l'article.

Cette association entre la consommation d'*Aristolochia fangchi* et le carcinome de l'urothélium n'est pas le seul cas où des produits naturels ont été nocifs, souligne le médecin. On a ainsi montré une association entre la germandrée et l'hépatite aiguë, ainsi qu'entre la yohimbine et les crises d'épilepsie et l'insuffisance rénale.

« Il est difficile de cerner la cause des effets secondaires qui ne sont pas immédiats et dramatiques, même avec les médicaments classiques. Cela est encore plus vrai avec les substances données en dehors du réseau de santé traditionnel, parce qu'il n'y a pas de système adéquat pour signaler les réactions qui peuvent leur être associées », déplore le D^r Kessler. En ce qui concerne les États-Unis, le médecin aimerait que l'étude de la D^{re} Nortier incite le Congrès à changer la

loi pour assurer l'innocuité et l'efficacité des suppléments avant qu'il n'y ait davantage de victimes.

Piqûre pour la glycémie l'oreille plutôt que le pouce

Le lobe d'oreille serait un bon endroit pour prélever une goutte de sang dans le but de mesurer la glycémie : la zone est vascularisée, accessible et moins sensible que les doigts.

Des spécialistes britanniques en médecine d'urgence ont comparé la douleur provoquée par une piqûre effectuée sur le lobe d'oreille à celle d'une prise de sang pratiquée sur le côté du pouce, une région connue pour être moins sensible que le bout des doigts. L'expérience a été faite pendant trois semaines chez deux groupes de 30 patients randomisés¹.

Une fois le sang obtenu, les chercheurs mesuraient la douleur au moyen d'une échelle visuelle analogique de 100 mm. Le score moyen de la douleur causée par la ponction à l'oreille était de 2 mm, tandis que celle de la piqûre au pouce s'élevait à 8,5 mm. La différence n'est pas très importante, néanmoins aucun patient piqué au lobe n'a ressenti de forte douleur, contrairement à quelques sujets ponctionnés au pouce.

Petit inconvénient potentiel de la zone de prélèvement que constitue l'oreille : il y a eu plus de premières tentatives de prélèvement ratées à cet endroit. Les chercheurs en ont compté cinq avec le lobe et deux avec le pouce. Mais l'étude était trop petite pour permettre de détecter une différence significative.

« Nous ne connaissons pas vraiment la raison pour laquelle il y a une différence dans le degré de douleur entre ces deux régions, reconnaissent les auteurs. La densité des nocicepteurs est peut-être plus faible dans l'oreille que dans le pouce. Ou l'effet peut être influencé par la perception des patients : ceux qui sont piqués à l'oreille ne peuvent le voir. »

1. Carley SD, Libetta C, Flavin B, et al. An open prospective randomised trial to reduce the pain of blood glucose testing: ear versus thumb. *BMJ* 2000 ; 321 : 20.

Patients souffrant de démence

le difficile traitement des maladies physiques

Les personnes victimes de la maladie d'Alzheimer peuvent être frappées d'autres affections qui accompagnent souvent la vieillesse : hypertension, problèmes cardiovasculaires, diabète ou ostéoporose. Mais chez elles, la démence bouleverse complètement l'équilibre habituel entre les risques et les avantages des traitements courants.

Ébranlés par l'histoire d'une patiente atteinte de démence dont le traitement antiostéoporotique a dérapé, les D^{rs} **Daniel Brauner, Cameron Muir** et **Greg Sachs**, de Chicago, ont réfléchi à la situation et présentent dans le *Journal of the American Medical Association* une analyse de ce cas troublant².

M^{me} X, une octogénaire atteinte d'une démence légère de type Alzheimer, se plaignait de douleurs dorsales. La radiographie ayant révélé une fracture vertébrale, le médecin lui prescrit 10 mg par jour d'alendronate. Il explique à la patiente, ainsi qu'à sa famille, comment prendre le médicament : avaler le comprimé avec un verre d'eau et rester en position verticale ensuite. Quatre semaines plus tard, la patiente se retrouve à l'urgence, où les médecins découvrent une rupture de l'œsophage due à une ulcération. Elle meurt quand l'ulcère érode un vaisseau majeur.

Ce cas soulève beaucoup de questions. Des médicaments comme l'alendronate sont-ils appropriés pour les patients déments ? Quels critères utiliser pour décider de les traiter ? Quels éléments doivent être considérés ?

Capacité du patient à prendre des décisions

Pour déterminer l'aptitude d'un patient souffrant de démence à prendre une décision, le médecin doit vérifier au cours de la

2. Brauner DJ, Muir JC, Sachs GA. Treating nondemential illnesses in patients with dementia. *JAMA* 2000 ; 283 : 3230-5.

conversation s'il est capable de communiquer ses choix, de comprendre les informations pertinentes, de juger la situation et ses conséquences, et d'utiliser l'information rationnellement, estiment les auteurs. Si le patient se révèle incapable de prendre des décisions, un proche peut l'aider à faire un choix éclairé.

Aptitude du patient à suivre un traitement

M^{me} X a-t-elle pris ses médicaments comme le médecin le lui a expliqué ? Les auteurs l'ignorent. Mais on ne peut mettre de côté les problèmes cognitifs de la patiente, ni glisser sur la difficulté qu'elle a pu éprouver à suivre un traitement compliqué.

Avant de prescrire un médicament à un patient atteint de démence, le médecin doit donc analyser les conséquences d'une mauvaise utilisation du produit. Chez ce type de malades, il faut également tenir compte du fait que la mémoire est une fonction fortement liée à l'observance. En outre, plus le nombre de médicaments prescrits augmente, moins les patients sont fidèles à leur thérapie, même s'ils n'ont pas de problèmes cognitifs.

La présence d'un aidant naturel auprès du patient est un élément important du tableau. Il influence l'observance médicamenteuse et doit aussi être considéré dans la décision thérapeutique. Le clinicien doit cependant tenir compte du fait que l'administration des médicaments peut accroître le fardeau de travail parfois déjà lourd de ce proche.

Mais que faire lorsque le patient n'a personne pour le soigner et que la prise du médicament requiert une certaine supervision ? Le médecin a devant lui plusieurs scénarios dont il doit soupeser les risques : ne pas prescrire le médicament, le donner au patient en sachant qu'il peut le prendre incorrectement, ou suggérer son placement dans un centre d'accueil. La question de l'observance médicamenteuse précipite parfois le déménagement d'un malade dans un milieu supervisé.

Problèmes de communication et incapacité de signaler les effets secondaires

M^{me} X ne s'est plainte d'aucun symptôme avant la découverte de sa perforation œsophagienne. La diminution de l'aptitude à communiquer est l'un des traits possibles de la maladie d'Alzheimer. Incapables de signaler les effets secondaires des médicaments, certains patients sont ainsi exposés à de graves complications.

Comment remédier à ce problème ? « On peut dépister les effets secondaires relativement tôt en demandant aux proches de surveiller les modifications de comportement du malade : diminution de l'appétit, accroissement de l'agitation ou réduction des activités. Ces signes peuvent indiquer que quelque chose ne va pas », indiquent les auteurs.

Le médecin peut également enseigner à l'aidant naturel à mieux communiquer avec le patient. Par exemple, pour détecter plus facilement les effets secondaires, l'aidant naturel peut les énumérer au malade en lui demandant s'il les ressent. Il doit cependant obtenir une réponse plus détaillée qu'un oui ou un non pour s'assurer que la personne a bien compris la question. Pour aider le patient à mieux comprendre, le proche peut pointer du doigt la région du corps dont il est question.

Des bénéfices et des inconvénients différents

Le traitement des patients souffrant de démence exige un retour aux principes de base de l'éthique médicale : la bienfaisance et la non-malfaisance. N'importe quel inconvénient potentiel d'un traitement doit être nettement justifié par des bienfaits éventuels.

« La diminution de l'espérance de vie est un aspect de la démence qui peut réduire le bénéfice potentiel d'une thérapie », avertissent les cliniciens de Chicago. La survie moyenne des patients serait de quelque neuf ans après le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, selon une étude. Conséquence ? Ceux dont la maladie est très avancée ne bénéficieront pas de certaines

thérapies dont les bienfaits ne sont tangibles qu'au bout de quelques années. L'alendronate aurait-il dû être prescrit à une octogénaire comme M^{me} X, si l'on se fonde sur les données d'alors, qui indiquaient que le médicament réduisait les risques de fractures au bout de trois ans ?

Il faut également tenir compte du fait que les interventions médicales généralement considérées comme bénignes ou courantes peuvent être perçues différemment chez le patient atteint de démence. Il peut ressentir, par exemple, une prise de sang ou une injection comme une agression et avoir une réaction catastrophique.

Pour un patient souffrant de démence, le processus de décision concernant un traitement est donc beaucoup plus complexe que pour les autres malades et nécessite que l'on considère des éléments différents.

Les risques de la prématurité

Presque la moitié des enfants nés très prématurément examinés à 30 mois (âge corrigé en fonction de la prématurité) avaient des handicaps, révèle une étude menée par le D^r **Nicolas Wood** dont les résultats ont été publiés dans le *New England Journal of Medicine*¹. Sur les 283 enfants nés à 25 semaines ou moins, l'équipe de pédiatres du chercheur britannique a observé un grave retard de développement chez 19 %, un retard moyen touchant 11 % et un important handicap neuromoteur chez 10 %. De plus, 2 % étaient aveugles ou ne percevaient que la lumière, et 3 % avaient de graves problèmes d'audition. Presque le quart des enfants étaient gravement handicapés et avaient besoin d'aide pour effectuer les activités quotidiennes.

Les chercheurs ont remarqué qu'il n'y avait pas de relation entre le type de problème de l'enfant et la durée de la grossesse ou la présence de frères ou de sœurs jumeaux. Le risque d'être

handicapé était toutefois plus élevé chez les garçons que les filles.

« Les enfants nés très prématurément risquent aussi d'avoir des troubles comportementaux, de la difficulté à exécuter des activités motrices fines et des problèmes à l'école. Il n'est pas certain que l'intervention après la sortie de l'hôpital puisse améliorer le développement. Ses bénéfices ne peuvent qu'être minimes à court terme. La prévention ou la réduction des handicaps des survivants à une naissance extrêmement prématurée restent l'un des plus importants défis de la médecine », pensent les auteurs.

Accouchements prématurés successifs

Une femme dont le premier enfant est né prématurément risque-t-elle davantage de donner naissance avant terme à son deuxième enfant ? Ce n'est généralement pas le cas, révèle une étude faite sur 122 722 femmes blanches et 56 174 femmes noires. Néanmoins, les accouchements prématurés successifs représentent une proportion non négligeable des naissances avant terme, préviennent la D^{re} **Melissa Adams** et ses collaborateurs des Centers for Disease Control and Prevention dans le *Journal of the American Medical Association*, où ils publient leurs résultats².

Pour obtenir leurs données, les chercheurs ont utilisé les certificats de naissance de la Georgie de 1980 à 1995. Parmi les patientes qui ont eu un premier enfant prématuré, 19,9 % des Blanches et 26 % des Noires ont eu un deuxième accouchement avant terme.

Les femmes qui risquaient le plus de mettre prématurément au monde un deuxième bébé étaient celles de moins de 18 ans qui avaient eu un premier accouchement très prématuré. Dans ce groupe, 41,5 % des adolescentes blanches et 48,6 % des jeunes Noires avaient eu leur deuxième enfant avant terme.

« Nos résultats montrent aussi un lien entre le

1. Wood NS, Marlow N, Costeloe K, et al. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 378-84.

2. Adams MM, Elam-Evans LD, Wilson HG, et al. Rates of and factors associated with recurrence of preterm delivery. *JAMA* 2000 ; 283 : 1591-6.

La Santé des travailleuses La Science est-elle aveugle ?

Traduction de One-eyed Science.
Occupational Health and Women Workers

par Karen Messing

Annonçant d'emblée ses couleurs avec son titre qui reste provocateur, même traduit, Karen Messing lève le voile sur une situation qu'elle juge inacceptable : le peu de recherche scientifique sur les conditions de travail des femmes. Pourtant, elles sont nombreuses ces travailleuses qui souffrent de problèmes de santé à cause de leur emploi. Préposées soulevant des patients trop lourds, techniciennes manipulant des produits toxiques, réceptionnistes agressées par des patients, infirmières auxiliaires débordées, la liste s'allonge à l'infini. Des études et des interventions en matière de santé au travail seraient nécessaires, affirme l'auteure, qui est professeure au département de sciences biologiques et directrice du Programme de deuxième cycle en intervention ergonomique de l'Université du Québec à Montréal.

Dans cet ouvrage rigoureux, qui échappe cependant à la froideur des données déshumanisées, Karen Messing analyse les raisons du peu d'intérêt des scientifiques pour le travail féminin. Avec son regard féministe, la chercheuse propose des façons de tenir compte des femmes, de leurs préoccupations et de leur travail dans les normes du travail et les politiques des entreprises. Elle suggère également des méthodes de recherche pour récolter des données qui permettraient d'améliorer les conditions de travail des femmes.

Les Éditions du remue-ménage et les Éditions Octares, Montréal, 2000, 306 pages, 23,95 \$.



Platon, pas Prozac ! la philosophie comme remède !

traduction de Plato, not Prozac!

par Lou Marinoff

Abandonnez vos antidépresseurs, mettez fin à votre psychothérapie et plongez-vous dans la philosophie. Tout y est. Mieux, devenez philosophe, conseille Lou Marinoff, professeur de philosophie au City College de New York.

Titulaire d'un doctorat en philosophie, il est l'un des pionniers du mouvement appelé la pratique philosophique. « Nous sortons la philosophie de son contexte strictement théorique ou hypothétique et nous l'appliquons aux problèmes personnels, sociaux et professionnels », explique-t-il.

Dans cet ouvrage, l'auteur s'est inspiré des grands philosophes pour montrer comment aborder les questions fondamentales de la vie : la mort, l'amour, l'éthique, la morale, le sens de l'existence, etc. Il enseigne également comment utiliser certains courants philosophiques pour régler des problèmes particuliers. Un exemple ? Ophélie désirait quitter son mari, mais craignait de se retrouver sans argent. Elle repoussait cependant toutes les solutions possibles pour se trouver un emploi. L'existentialisme lui a dessillé les yeux sur son attitude. « Selon Jean-Paul Sartre, se confronter à la liberté existentielle peut engendrer l'anxiété, et la mettre en pratique exige que l'on soit sensibilisé aux embûches semées sur sa route et que l'on comprenne qu'on les y a semées soi-même », explique l'auteur.

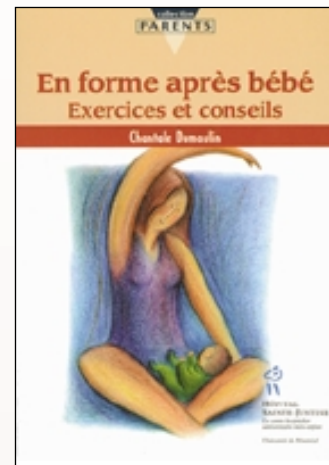
Les Éditions Logiques, Outremont, 2000, 336 pages, 24,95 \$.



En forme après bébé exercices et conseils

par Chantal Dumoulin

Les femmes qui viennent d'accoucher ont hâte de retrouver leur forme et de raffermir



leur corps. Chantal Dumoulin, physiothérapeute à l'hôpital Sainte-Justine, leur propose dans un petit livre une série d'exercices pour y parvenir. À l'aide de photos en noir et blanc, ce guide décrit des exercices pour renforcer les muscles du plancher pelvien, les abdominaux, les pectoraux et les muscles du dos. On y trouve également des exercices respiratoires et circulatoires.

L'auteure, qui est aussi professeure adjointe de clinique à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, a divisé son livre en deux sections : une pour les femmes qui ont eu un accouchement vaginal et une seconde pour celles qui ont subi une césarienne.

Cet ouvrage prodigue par ailleurs de nombreux conseils pratiques aux nouvelles mères. Chantal Dumoulin explique, par exemple, comment retrouver une bonne posture après la naissance de l'enfant, comment le soulever ou utiliser un porte-bébé. Elle suggère également aux femmes relevant d'une césarienne une méthode pour sortir du lit, se coucher ou s'asseoir de façon à réduire la douleur abdominale. On trouve aussi une technique de massage pour accélérer la guérison de la cicatrice laissée sur le ventre ou le périnée à la suite d'un accouchement.

Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, Collection Parents, Montréal, 2000, 120 pages, 13,95 \$ + taxes.

degré de prématurité du premier accouchement et la probabilité d'un accouchement avant terme à la deuxième grossesse », mentionnent les chercheurs. Ainsi, les femmes dont le premier enfant est né entre la 20^e et la 31^e semaine encourent à la deuxième grossesse des risques accrus d'avoir un nouveau-né prématuré qui naîtra lui aussi avant 32 semaines.

Greffe d'organes

une meilleure survie des receveurs

Les receveurs d'organes vivent maintenant plus longtemps, révèle l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Par exemple, 85 % des patients qui ont subi une greffe de foie

entre 1991 et 1998 étaient vivants un an après l'intervention. Une augmentation de 18 % par rapport au taux de survie des personnes opérées entre 1985 et 1987. Après cinq ans, 76 % des patients greffés depuis 1991 vivent toujours, ce qui représente une amélioration de 19 % par rapport aux patients opérés au milieu des années 80.

« Le taux plus élevé de survie des receveurs d'un foie est attribuable en grande partie aux réductions constantes du taux de mortalité un à trois mois après l'intervention », explique le D^r **Vivian McAlister**, conseiller auprès du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, une base de données administrée par l'ICIS.

La plupart des transplantations se font

Suite page 155 >>>

◀◀◀ Suite de la page 31

cependant aux reins. Un nombre croissant sont maintenant faites à partir d'organes provenant de personnes vivantes, une intervention qui représente dorénavant 35 % de toutes les greffes de reins. Entre 1991 et 1998, le nombre de donneurs de reins vivants a en fait quadruplé. Le taux de survie des receveurs et des greffés est prolongé de presque 20 % lorsque le rein provient d'un être vivant plutôt que d'un cadavre.

« La greffe d'organes est passée de l'état d'opération expérimentale à celle d'une forme de traitement médicalement acceptée dans les cas de défaillance d'un organe. En fait, les hausses marquées des taux de survie des patients greffés correspondent aux progrès réalisés non seulement dans les techniques chirurgicales utilisées pour les greffes, la préservation des organes et les médicaments servant à combattre le rejet, mais aussi dans les soins hospitaliers, la sélection des patients et les méthodes de préparation », soutient le D^r McAlister.

Premières relations sexuelles certains adolescents ont des regrets

155

Parmi les jeunes de 14 ans qui ont eu des relations sexuelles, 45 % des filles et 32 % des garçons regrettent leur première expérience, révèle une étude écossaise faite auprès de 7395 élèves. L'enquête menée par le D^r **Daniel Wight** et ses collègues, à Glasgow, a été réalisée au moyen d'un questionnaire distribué dans les classes de 24 écoles secondaires.

Dans cette étude, dont les données sont publiées dans le *British Medical Journal*, 18 % des garçons et 15,4 % des filles ont répondu avoir déjà eu des relations sexuelles¹. Pour 74,8 % d'entre eux, la première expérience a eu lieu alors qu'ils avaient 13 ans ou plus. Trente-deux pour cent des adolescentes et 27 % des jeunes hommes ont estimé que leurs premiers rapports sexuels se sont produits trop tôt. En outre, 13 % des filles et 5 % des garçons auraient préféré qu'ils n'aient jamais eu lieu.

Chez les jeunes filles, plusieurs facteurs sont liés aux regrets : avoir subi des pressions pour avoir des relations sexuelles, avoir forcé le partenaire, ne pas avoir planifié

1. Wight D, Henderson M, Raab G, et al. Extent of regretted sexual intercourse among young teenagers in Scotland: a cross sectional survey. *BMJ* 2000 ; 320 : 1243-4.

les relations sexuelles avec lui et une surveillance parentale relativement étroite. Pour les garçons, le seul élément associé au regret est le fait d'avoir exercé des pressions sur leur compagne.

Et la contraception ? Pour les dernières relations sexuelles, 60,7 % des adolescents ont utilisé un condom, et 17,4 % n'ont eu recours à aucun contraceptif.

« Chez les jeunes filles, les regrets semblent dus à un manque de maîtrise de la situation. Les interventions en promotion de la santé devraient viser à aider les jeunes à approfondir des relations et à acquérir des aptitudes en matière de négociation. Une éducation sexuelle qui se centrerait sur ces dimensions pourrait accroître l'emprise qu'ont les jeunes sur ce qui leur arrive », pensent les auteurs. Ils avancent également que si les adolescents étaient conscients des conséquences que les rapports sexuels précoces sont susceptibles d'avoir sur les émotions et les relations, ils pourraient retarder leur première expérience.

Toxoplasmose

*se méfier de la viande crue,
mais pas des chats*

157

Le contact avec les chats ne constituerait pas un facteur de risque de toxoplasmose aiguë pour les femmes enceintes. Selon une étude menée à Naples, Lausanne, Copenhague, Oslo, Bruxelles et Milan, entre 30 et 63 % des cas de contamination durant la grossesse sont plutôt dus à de la viande mal cuite ou fumée, et 6 à 17 % à des contacts avec le sol. Autre facteur de risque : avoir voyagé ailleurs qu'en Europe, aux États-Unis ou au Canada¹.

« Le meilleur conseil à donner aux femmes enceintes des villes où s'est déroulée l'étude est d'éviter de manger toute viande qui n'est pas complètement cuite », concluent le Dr **A. Cook** et ses collaborateurs, auteurs de l'étude.

Goûter à de la viande crue pendant la préparation d'un repas, manger du salami, boire du lait non pasteurisé et travailler avec des animaux sont cependant des facteurs de risque mineurs. Les contacts avec des chats, des chatons, leurs excréments ou des félins qui chassent pour se nourrir ne seraient d'autre part pas la

1. Cook AJ, Gilbert RE, Buffolano W, et al. Sources of toxoplasma infection in pregnant women: european multicentre case-control study. *BMJ* 2000 ; 321 : 142-7.

index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE

Prevacid 10-11 136-137

ASTRAZENECA

Losec 44-45 138-139

Zomig 16-17 140-141

AVENTIS PHARMA INC.

Actonel 34

M-Eslon 5 98

BELL CANADA

..... couv. III

BRISTOL-MYERS SQUIBB / SANOFI- SYNTHELABO

Plavix 19,21 134-135

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ 160

GLAXO WELLCOME INC.

Advair 54-55 142-143

Flovent 87 144-145

Serevent 32 146-147

HÔPITAL CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL

Médecin demandé 97

MEAD JOHNSON NUTRITIONALS

Choice 43

MERCK FROSST CANADA & CIE

Cozaar 12 148-151

Singulair 78 158-159

Vioxx couv. IV 126-129

PFIZER CANADA INC.

Aricept 56 130

Norvasc couv. II 124

Viagra ... 23,25,27,29 132-133

Viagra 46

Zithromax 66 156-157

Zoloft 15

PHARMACIA & UPJOHN INC.

Depo-Provera 88 122

Detrol 6 108

SMITHKLINE BEECHAM PHARMA

Paxil 64-65 154-155

SOLVAY PHARMA INC.

Pantoloc 84 152

STIEFEL CANADA INC.

Prevex 31 160

WYETH-AYERST CANADA INC.

Triphasil 8 153

159

cause d'infections à toxoplasme.

Les sujets étudiés sont 252 femmes enceintes chez qui une infection aiguë à toxoplasme a été détectée. Leurs facteurs de risque, inventoriés par interview, ont été comparés à ceux qu'ont mentionnés 858 femmes enceintes séronégatives pour le toxoplasme.

Cette étude n'est cependant pas sans défaut, relève le D^r **Richard Holliman**, spécialiste londonien, dont le commentaire suit l'article des chercheurs. Les analyses et les entrevues, par exemple, n'ont pas été menées de manière uniforme dans tous les centres. Néanmoins, le D^r Holliman estime les conclusions des auteurs importantes. Mais les résultats obtenus peuvent ne pas s'étendre aux pays dont les pratiques culinaires, les méthodes d'élevage et le climat sont différents.
