

Conseil général de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec Des précisions sur la nouvelle entente générale

Le 16 septembre dernier, le D^r **Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), a livré au Conseil général des précisions additionnelles concernant plusieurs points de l'accord-cadre signé en mai dernier.

Formation continue

On sait maintenant que la nouvelle allocation de formation continue, de 300 \$ par jour, ne sera pas comptabilisée dans les montants



Le D^r Renald Dutil.

Antipasto, ce mois-ci

Conseil général de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	
Des précisions sur la nouvelle entente générale	1
Tonifier les cabinets privés	4
Crise à Shawinigan	
le président de la FMOQ intervient	14
... Le dénouement	18
Patients et impatients à Lanaudière	22
Ne tirez plus sur le médecin	
entrevue avec la D ^{re} Christiane Simard, présidente de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest	24
200 millions pour l'équipement médical	26
ICAAC	
fatigue chronique et virus défectueux	28
Du nouveau dans le monde des antibiotiques	31
Influenza : courir plus vite que le virus	150
FemHRT	
une nouvelle option pour les femmes ménopausées	151
Un nouveau timbre pour l'hormonothérapie	155
Diabète de type 2	
homologation de la pioglitazone	156
Crise d'asthme grave	
de la prednisone plutôt que de la fluticasone	157
Asthme	
l'effet protecteur des garderies et des grands frères	157
De la testostérone pour pimenter la vie sexuelle?	158
Diabète gestationnel	
les facteurs de risque	160

sommaire de la revue, page 7 >>>

assujettis au plafond salarial. Les médecins admissibles auront droit à un maximum de sept journées de formation continue par an, et cette dernière devra se dérouler pendant les jours ouvrables.

Garde en disponibilité dans les CHSGS

« Les gardes en disponibilité dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont maintenant rémunérées en vertu d'une nouvelle entente particulière », a annoncé le président. Cette dernière s'applique à toutes les unités de soins de courte durée et à celles de

longue durée qui ne sont pas déjà couvertes par une entente.

Selon des discussions qui ont eu lieu après le Conseil, la garde en disponibilité sera payée sous forme de forfaits auxquels s'ajoutera la rémunération à l'acte. Chaque forfait aura une valeur de 50 \$ et un médecin pourra, si la répartition que décidera le chef de département le permet, en cumuler jusqu'à six quotidiennement dans le cadre d'un maximum de deux gardes.

Mesures pour retenir les médecins dans les régions éloignées

À cause de délais dus à des motifs légaux et administratifs, la Régie de l'assurance-maladie du Québec ne croyait pas être en mesure de rémunérer les médecins des régions éloignées ayant droit aux nouveaux taux négociés avant le mois de décembre. Une intervention de la FMOQ a permis de ramener la date d'application du changement au 6 octobre. Comme la majoration devait en fait entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2000, les omnipraticiens concernés bénéficieront de paiements rétroactifs.

Assurance-responsabilité professionnelle

Des changements se dessinent dans le domaine de l'assurance-responsabilité professionnelle. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a pour objectif de créer un fonds québécois d'assurances pour les médecins. L'avantage pour les omnipraticiens ? Une économie éventuelle de neuf millions de

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.



Interventions de quelques délégués au Conseil de la FMOQ.

Photos : Emmanuèle Garnier.



dollars. Le coût des primes pourrait, par exemple, chuter à 705 \$ pour un médecin de famille. Le gouvernement, de son côté, envisage de profiter des modifications qui seront apportées au Code civil pour verser aux victimes une indemnisation par tranches. Une mesure qui l'avantagerait financièrement. Le nouveau protocole d'assurances sera négocié d'ici à 2001.

Entente particulière sur les soins aux malades hospitalisés

L'entente concernant les patients admis à l'hôpital s'étend à toutes les unités des CHSGS, à l'exception des services d'urgence. Elle prévoit la rémunération des activités tant cliniques que médico-administratives rattachées à l'hospitalisation.

À quoi donne droit cette entente ? À un forfait de 500 \$ plus 35 % du tarif des actes posés pour le travail effectué durant la semaine entre 8 h et 17 h. La fin de semaine et les jours fériés, le forfait et le prix des actes sont majorés de 10 %.

La formule de rémunération comprend les gardes en disponibilité dans les CHSGS, mais elle exclut les visites d'urgence effectuées pendant ces périodes et les accouchements. « Ces actes peuvent déjà être rémunérés au plein tarif », a précisé le D^r Dutil.

Jusqu'à présent, une dizaine d'hôpitaux ont

adhéré à cette entente, qui entrerait en vigueur le 1^{er} juillet dernier. Le nombre de forfaits auquel chaque établissement a droit est déterminé par un comité paritaire comprenant des représentants de la FMOQ et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'accord a par ailleurs prévu le respect des droits acquis pour les médecins rémunérés à tarif horaire, à honoraires fixes et à l'acte. Ils peuvent continuer, sous certaines conditions, à se prévaloir de leur mode de rémunération même si leur établissement a adhéré à l'entente particulière.

Les soins au malade hospitalisé seront mieux rémunérés même si l'hôpital ne se prévaut pas de cette entente particulière. Les omnipraticiens qui sont payés à l'acte recevront un forfait de 5 \$ par jour en sus du tarif de l'acte. Ils bénéficieront aussi des mesures concernant la garde en disponibilité.

Activités médicales particulières (AMP)

« La Fédération est d'avis que tous les omnipraticiens relevant de la période visée devraient être assujettis aux AMP », a expliqué le D^r Dutil. Les médecins travaillant en santé publique et en santé au travail seraient donc eux aussi soumis à ces obligations. Cependant, une région pourrait reconnaître comme prioritaire un programme particulier en santé publique ou en santé au travail.

L'importance du travail des médecins des cabinets privés doit également être prise en compte, selon la FMOQ. Dans une lettre qu'il envoyait à la Ministre, le président fait valoir que « l'engagement des omnipraticiens dans la prise en charge et le suivi des clientèles ambulatoires, en cabinet privé et dans un centre local de services communautaires (CLSC), doit être reconnu comme essentiel à l'accessibilité des soins et donner lieu à une reconnaissance d'AMP ».

Cabinets privés

« L'article 10 de l'accord-cadre prévoyait que les montants découlant de toute marge de

manœuvre seraient consacrés à la bonification de la rémunération de la pratique médicale dans les cabinets privés pour les médecins qui participeraient aux activités du DRMG », a rappelé le D^r Dutil. Qu'en est-il des surplus espérés ? L'augmentation de l'enveloppe budgétaire pour l'année 2001 pourrait laisser une marge. Certaines économies permettraient également de récupérer un important montant. Et les changements découlant d'une nouvelle tarification de l'assurance-responsabilité professionnelle font espérer des sommes supplémentaires.

Tonifier les cabinets privés

Rémunération de nouveaux actes médicaux. Ententes de services avec les établissements. Formation de réseaux. Le comité *ad hoc* de la FMOQ, constitué des D^{rs} **Louis Godin**, **Marc-André Asselin** et **William Barakett**, a de multiples voies à proposer aux cabinets privés après avoir exploré le rapport Secor.

À l'occasion de la réunion du Conseil de la FMOQ, le vice-président, le D^r Godin, présentait le plan d'action du Comité qui sera soumis aux omnipraticiens pendant les assemblées générales des associations. « Nous voulions répondre aux principales requêtes des médecins consultés dans le cadre des travaux de la firme Secor. Ils souhaitaient entre autres une compensation pour les frais de cabinet et une meilleure rémunération de la prise en charge et du suivi des patients. »

Le plan d'action touche cinq aspects :

- La rémunération des omnipraticiens pratiquant dans un cabinet privé ;
- L'organisation du cabinet en tant qu'entreprise d'affaires ;
- Son financement ;
- La création de réseaux de

cabinets ;

- Les effectifs médicaux.

Mesures pour l'ensemble des cabinets

Une partie des mesures proposées par le Comité sont destinées à tous les omnipraticiens travaillant dans un cabinet privé.

Rémunération

Le Comité a étudié plusieurs scénarios pour rémunérer plus adéquatement la prise en charge et le suivi des patients. De nouveaux codes d'actes pourraient ainsi être créés, par exemple, pour :

- des examens particuliers, comme l'examen gynécologique ou musculosquelettique ;
- la participation à une équipe multidisciplinaire ;
- le suivi du RNI (rapport normalisé international) dans le cadre d'une anticoagulothérapie ;
- les examens des patients appartenant à certains groupes d'âge. « Nous avons déjà une bonification pour les examens des personnes de plus de 70 ans et de plus de 80 ans. Il serait possible d'aller plus

loin. Les patients sexagénaires, par exemple, sont habituellement plus malades que les adolescents », explique le D^r Godin.

- Un nouvel acte pourrait également être créé pour la rémunération de la prise en charge et du suivi des patients. Il serait facturé pour certaines maladies (diabète, insuffisance cardiaque, etc.). Cet acte global comprendrait notamment le questionnaire, l'examen physique et le suivi de la pharmacothérapie, de l'investigation et des traitements. Les données pertinentes devraient être consignées au dossier sur un



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Louis Godin.

Suite page 13 >>>

◀◀◀ *Suite de la page 4*

formulaire déterminé.

- Un forfait pourrait être accordé aux médecins dont les patients sont inscrits à certains programmes comme ceux conçus pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.
- Une entente particulière portant sur l'inscription de clientèles, dont l'adhésion serait facultative, pourrait être négociée. Les patients s'inscriraient auprès d'un groupe d'omnipraticiens qui auraient à leur égard certaines obligations telles que l'accessibilité garantie. En contrepartie, les médecins pourraient recevoir, par exemple, un supplément pour chaque consultation ou un forfait qui s'ajouterait au tarif des actes.

Administration

Afin de favoriser l'adhésion des médecins aux réseaux d'accessibilité aux soins généraux, le comité *ad hoc* propose d'encourager le regroupement en microréseaux de médecins pratiquant seuls ou en petits groupes de deux ou trois. Ces microréseaux seraient constitués d'une douzaine d'omnipraticiens et s'inséreraient dans les réseaux de soins généraux. Des outils de gestion seraient par ailleurs créés pour aider les cabinets privés sur le plan administratif.

Mesures pour les cabinets participant aux réseaux du DRMG

Deuxième versant du plan proposé par le comité *ad hoc* : la création de réseaux de cabinets privés chapeautés par le département régional de médecine générale (DRMG). La formation de réseaux est une tendance de fond en Occident. Mais il faut des mesures incitatives, et non coercitives, pour y parvenir », juge le D^r Godin.

Le Comité a songé à plusieurs leviers pour faciliter l'organisation des réseaux. Il suggère :

- l'informatisation du cabinet participant : la mesure est nécessaire pour la mise en réseau ;

- la signature d'ententes de services entre les cabinets et les établissements ;
- le déplafonnement de la rémunération de certaines activités ;
- une rétribution accrue durant certaines plages horaires. Le tarif des actes posés durant la fin de semaine est déjà haussé de 10 % ;
- le remboursement des frais de pratique, notamment dans le cadre d'ententes de services entre les cabinets et les établissements ;
- le remboursement de la TPS et de la TVQ ;
- la bonification du fonds de formation.

L'objectif de ces mesures est non seulement de susciter la participation de tous les médecins, mais également d'assurer des liens entre les cabinets et le réseau public, notamment avec les CLSC.

Mesures touchant les effectifs

« Il faut accroître le recrutement d'omnipraticiens dans les cabinets et les inciter à y poursuivre leur pratique. On doit également intéresser les généralistes des établissements à ce type de médecine », prône le D^r Godin. Le comité *ad hoc* a réfléchi à plusieurs solutions. Il faudrait :

- des règles facilitant les mécanismes de gestion pour les cabinets participants, que ce soit dans le domaine des plans d'effectifs ou celui des activités médicales particulières ;
- aider les médecins travaillant dans les établissements à avoir une activité professionnelle dans un cabinet privé ;
- reconnaître le travail effectué dans les cabinets comme une activité prioritaire dans une région ;
- des mesures de rémunération différenciée favorisant les cabinets du réseau ;
- donner priorité aux cabinets du réseau pour le recrutement.

Pas de révolution

Le Comité n'a pas l'intention de bouleverser la pratique médicale des cabinets privés. « Nous avons la conviction qu'un bon travail y est accompli », n'hésite pas à affirmer le vice-président. Néanmoins, les nouvelles pistes

proposées pourraient permettre aux cabinets d'avoir une meilleure place dans le réseau des soins de santé. Après avoir consulté les omnipraticiens lors des assemblées annuelles, le comité *ad hoc* pourrait soumettre des propositions encore plus précises au Conseil de la FMOQ en décembre.

Crise à Shawinigan **le président de la FMOQ intervient**

Le 6 septembre, le D^r **Renald Dutil**, président de la FMOQ, rencontrait la presse à Shawinigan. Les médecins du Centre hospitalier Centre-de-la-Mauricie (CHCM) menaçaient de démissionner dans neuf jours.

Les omnipraticiens de l'établissement affirmaient ne plus parvenir à assurer les services de médecine générale. Malgré leurs effectifs réduits de moitié, ils devaient effectuer tous les quarts de garde à la salle d'urgence. Il leur fallait également dispenser des services dans les divers départements de l'hôpital, dans d'autres établissements du territoire et dans leur cabinet. Et, en outre, ils étaient obligés de pallier le manque de spécialistes, notamment en psychiatrie.

Entouré du D^r **Louis Godin**, vice-président de la FMOQ, et du D^r **Raynald Gauthier**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie, le D^r Dutil a

expliqué la gravité de la situation. « Ce n'est pas de gaieté de cœur que les médecins ont remis leur démission. S'ils l'ont fait, c'est parce que tous leurs appels à l'aide sont restés sans réponse. »

Néanmoins, la Fédération ne pouvait avaliser le geste prévu. La garde sur place à l'urgence et les soins aux patients hospitalisés constituent des priorités. « J'ai demandé aux omnipraticiens de renoncer à leur démission en invoquant la couverture des services essentiels. Ils m'ont promis de considérer très sérieusement ma requête. En contrepartie, je n'hésite pas à m'engager publiquement à tout mettre en œuvre sur-le-champ pour trouver des solutions rapides à leurs problèmes. »

L'après-midi même, le président rencontrait la ministre de la Santé et des Services sociaux, M^{me} **Pauline Marois**, en compagnie de deux représentants des médecins du CHCM pour discuter de mesures immédiates. À la fin de la journée, la Fédération envoyait également à tous ses membres une lettre les invitant à prêter main-forte à leurs collègues de Shawinigan.

Des requêtes à étudier

« Il est évident qu'il faudra trouver des solutions plus durables que le dépannage », reconnaissait le D^r Dutil. Les omnipraticiens du CHCM, de leur côté, exigeaient plusieurs changements pour pouvoir recruter des cliniciens et les retenir à l'hôpital :



Photo : Emmanuèle Garnier.

Dans l'ordre habituel, les D^{rs} Louis Godin, Renald Dutil et Raynald Gauthier.

- une rémunération de 115 % pour les activités hospitalières ;
- la possibilité pour chaque médecin de choisir son mode de rétribution pour le travail à l'urgence ;
- des mesures pour faciliter le recrutement au service de psychiatrie ;
- la possibilité d'accueillir des médecins boursiers et des praticiens diplômés à l'extérieur du Canada et des États-Unis.

La plupart de ces demandes paraissent recevables à la FMOQ. « Cependant, certaines ne sont pas sans créer des difficultés, parce qu'elles auraient des répercussions sur d'autres établissements que celui de Shawinigan. Il faut donc en analyser soigneusement les conséquences », estimait le président.

Le véritable danger

Dans les semaines qui ont précédé la conférence de presse, les propositions les plus diverses ont fusé pour régler la crise : injonction, recours à la loi sur les services essentiels, modification du code de déontologie. « Ces mesures équivalent à débrancher un système d'alarme qui sonne parce que son bruit dérange, a prévenu avec véhémence le D^r Gauthier au cours de la conférence de presse. Ce qui arrive maintenant doit être considéré comme une alerte. La situation à la salle d'urgence n'est pas viable avec le nombre actuel de médecins. Il faut remédier à la pénurie. »

La menace réelle qui planait sur l'hôpital s'étendait en fait au-delà de la démission collective, qu'une injonction aurait pu interdire. « Le vrai danger réside dans la possibilité que les médecins démissionnent les uns après les autres dans les mois et l'année qui viennent », a mis en garde le D^r Dutil.

Plusieurs ont reproché aux médecins de la région de ne pas contribuer à régler la crise. Mais les faits démentent leurs assertions. Près des deux tiers des 66 médecins de la municipalité régionale de comté du Centre-de-la-Mauricie avaient des activités cliniques à l'hôpital en 1998-99. Seuls quatre d'entre eux limitaient leur pratique au cabinet.

« Je n'accepte pas que l'on tienne les

médecins omnipraticiens responsables du fonctionnement général des services de santé alors que les ratés du système résultent d'une série de mauvaises décisions gouvernementales », déclarait le D^r Dutil dans le communiqué de presse.

Le président était par ailleurs conscient que l'impasse ne se dénouerait pas sans un geste de l'État. « Malgré les efforts de la FMOQ et de ses membres, la solution aux problèmes du CHCM n'appartient pas qu'aux médecins omnipraticiens. Nous demandons au gouvernement de nous donner les moyens d'assurer les services essentiels et prioritaires. »

... Le dénouement

Le 11 septembre, les membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'hôpital du Centre-de-la-Mauricie levaient leur menace de démission. Quelles raisons précises sous-tendaient leur décision ?

« Deux facteurs sont intervenus, explique le D^r **Pierre Hamel**, chef du département de médecine générale de l'établissement. D'abord, nous avons commencé à recevoir de l'aide à court terme en médecine générale et dans des spécialités comme l'anesthésie, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et la radiologie. Ensuite, nous croyons que la ministre de la Santé et des Services sociaux a la volonté de régler le problème de la répartition des effectifs dans la province au cours de l'année prochaine. Je pense que c'est la solution à moyen et à long terme. »

Des médecins solidaires

L'appel à tous que la FMOQ a lancé à ses membres pour obtenir des renforts pour l'hôpital de Shawinigan a porté ses fruits. Dans les jours qui ont suivi, quelque sept médecins ont téléphoné au centre hospitalier pour offrir leurs services à la salle d'urgence. Quatre autres ont proposé de travailler auprès des patients hospitalisés. « De toutes les démarches qui ont été effectuées cet été, celle de la FMOQ a probablement été la plus efficace dans l'immédiat. Nous sommes reconnaissants à son

président, le D^r **Renald Dutil**, pour son aide », confie le D^r Hamel.

La journée même de la conférence de presse de la FMOQ, le D^r Hamel, accompagné de son collègue, le D^r **Alain Renaud**, et du D^r Dutil, rencontrait la ministre **Pauline Marois**. Déception. Les deux médecins de Shawinigan apprenaient que les omnipraticiens qu'ils représentent n'auraient pas droit à une rémunération atteignant 115 % du taux de base, comme ils l'avaient exigé. Les médecins et la Ministre ont cependant convenu d'une rencontre deux jours plus tard avec le sous-ministre. Des propositions tangibles seraient alors prêtes.

Les omnipraticiens sont sortis de la seconde réunion avec quelques gains. « La lourdeur du travail dans notre service d'urgence a finalement été reconnue puisqu'il est passé de la classe 2 à la classe 1, ce qui se traduira par une rémunération légèrement supérieure. Nous avons également obtenu un plus grand nombre de forfaits par semaine. Nous pourrions ainsi disposer de deux médecins de garde presque tous les jours de 8 h à minuit à la salle d'urgence. Cela nous permettra de nous réorganiser. Nous aurons également le droit de recevoir un boursier du Ministère en 2001. Nous sommes donc presque assurés de la venue d'un médecin », résume le chef du département de médecine générale.

Les spécialistes de l'hôpital du Centre-de-la-Mauricie ont eux aussi récolté quelques avantages. Ils bénéficieront dorénavant d'un forfait pour la garde en disponibilité les fins de semaine, mesure qui n'était accordée que dans très peu de spécialités. Les cliniciens auront également droit à jusqu'à sept jours de formation continue rémunérés par an. Quant aux jeunes spécialistes qui seront recrutés, ils profiteront d'une prime d'établissement pendant deux ans.

L'avenir repose sur les plans d'effectifs

Paradoxalement, le battage médiatique qui a entouré la crise a eu un effet heureux et inattendu : le feu des projecteurs a attiré

l'attention de jeunes médecins sur l'hôpital. « Trois candidats qui s'intéressent à notre établissement sont entrés en contact avec nous. »

L'avenir ? « Tout n'est pas réglé. Nous allons attendre de six mois à un an et voir les résultats des différentes mesures. Nous comptons suivre de près le dossier des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) pour nous assurer que le gouvernement a tenu ses promesses. Si les PREM sont appliqués adéquatement dans les grands centres, les jeunes devraient être incités à s'établir dans les régions. Nous devrions voir le résultat de ces mesures l'été prochain. »

Mais une inquiétude persiste : le manque d'effectifs médicaux en psychiatrie. Toute la région de la Mauricie souffre d'une pénurie de psychiatres et d'omnipraticiens travaillant en psychiatrie. « Nous sommes inquiets parce qu'aucune solution n'a été apportée à court terme ni à moyen terme », déplore le D^r Hamel.

Patients et impatients à Lanaudière

Les résidents de la région de Lanaudière en ont assez d'attendre. Ils veulent recevoir leur juste part du budget de la santé. L'Association des médecins omnipraticiens de Lanaudière-Laurentides s'est d'ailleurs jointe à la *Coalition des citoyens et des citoyennes tanné-e-s d'attendre !* mise sur pied par des organismes communautaires de la région pour obtenir plus d'argent. « À la dernière élection provinciale, les candidats de Lanaudière, dont trois sont maintenant ministres – MM. **Guy Chevrette**, **François Legault** et **Gilles Baril** – se sont engagés à remédier au sous-financement de la région », explique le D^r **Jean-Pierre Boucher**, président de



Le D^r Jean-Pierre Boucher.

Ne tirez plus sur le médecin

entrevue avec la D^{re} Christiane Simard, présidente de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest



Photo : Emmanuèle Garnier.

La D^{re} Christiane Simard.

M.Q. – Comme bien des régions, le Sud-Ouest connaît une pénurie de médecins. Quelles solutions y voyez-vous ?

C. S. – À Rigaud où je travaille, le recrutement des derniers médecins remonte à 10 ans ! C'étaient un de mes collègues et moi. Il faudrait donc pouvoir attirer de nouveaux médecins. Mais à cause de la rémunération à 70 % du tarif normal pour le travail effectué dans les cabinets privés, l'intérêt que suscite notre région, qui est en plus limitrophe de Montréal, est à peu près nul pour un nouvel omnipraticien. Il faudrait enlever cette pénalité.

M.Q. – Les transformations qui touchent le corps médical, comme la féminisation, ont-elles aussi un effet sur les effectifs de votre région ?

C. S. – La féminisation de la médecine est

un sujet un peu tabou. Dans un avenir prochain, il faudra avoir une discussion franche sur ce phénomène qui enrichit la médecine, mais pose aussi un nouveau défi. Cela dit, la féminisation n'est pas le seul facteur qui transforme le corps médical. Les médecins de sexe masculin ont aussi complètement changé leur manière de pratiquer. Quand j'ai commencé à exercer la médecine, il y avait des hommes de 40 ou 50 ans qui travaillaient six jours par semaine. Ils ne constituaient pas la majorité des médecins, mais ils étaient beaucoup plus nombreux qu'aujourd'hui. Leur vie était dédiée à la médecine et leur famille avait été prise en charge par leur conjointe. Les jeunes médecins que je vois maintenant ont des enfants et vont les chercher à la garderie. Toute la dynamique est changée. Par conséquent, le ratio médecins-population qui avait été fixé il y a 20 ans ne tient plus. À notre hôpital, quand l'un de ces médecins qui travaillaient considérablement a pris sa retraite, nous avons perdu l'équivalent de quatre docteurs, selon nos calculs. Il faut être conscient que la situation est maintenant différente, et il faudra s'y adapter.

M.Q. – Constatez-vous toujours le climat de morosité dont vous parliez l'an dernier ?

C. S. – Même si les médecins sont en général satisfaits du nouvel accord-cadre signé par la FMOQ et le gouvernement, je pense qu'il subsiste une sorte de brisure. Une rémunération adéquate motivera toujours les médecins, mais ce n'est pas suffisant. Avec les compressions budgétaires, le climat de travail s'est détérioré. Les autres professionnels de la santé, comme les infirmières ou les techniciens en radiologie, sont aussi découragés.

De temps en temps, le gouvernement injecte de nouveaux fonds, mais il y a un moment où l'argent n'a plus d'effet, parce que le personnel est à bout. On a mis à la retraite des médecins qui abattaient beaucoup de travail et avaient une énorme clientèle. C'est

une surcharge pour ceux qui restent. On se retrouve également avec des infirmières plus jeunes, qui ont perdu leurs modèles, qui se sentent moins soutenues et qui ne sont pas assez nombreuses. Ce climat est très difficile. Le travail à l'hôpital et celui des médecins doivent être revalorisés.

M.Q. – Ainsi, vous trouvez que le travail du médecin est dévalorisé ?

C. S. – J'entendais dernièrement une interview que la D^{re} Lise Cusson, vice-présidente de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, donnait à des journalistes. Elle soulignait que trop souvent les questions posées aux généralistes commencent par : « Comment se fait-il que les médecins ne font pas leur travail ? » De notre côté, nous avons l'impression de travailler fort et de donner notre 110 %, comme disent les joueurs de hockey. Évidemment, ce ne sera jamais assez. Je trouve la situation vraiment difficile.

M.Q. – Les médecins ont été ébranlés par tous les changements qui sont survenus dans le système de santé. Voyez-vous le moment où vous aller récupérer ?

C. S. – Quand un patient subit une intervention chirurgicale, on remplace le sang qu'il a perdu et on l'aide à se remettre sur pied. Nous ne disposons pas de ces moyens-là pour récupérer. On nous a enlevé beaucoup de ressources, sans alléger d'autant la charge de travail. C'est très éprouvant dans des régions comme la nôtre. Bien des omnipraticiens sont épuisés. Beaucoup laissent l'hôpital. Quand j'entends, en plus, qu'on menace les médecins de les empêcher de démissionner, cela me renverse. C'est navrant pour nous qui sommes restés dans le bateau et qui en avons vu des chaloupes partir depuis cinq ou six ans. On pourrait peut-être nous aider plutôt que de saborder le bateau.

M.Q. – Vous faites référence à la crise de

Suite page 26 >>>>

l'Association.

La Coalition a placardé toute la région d'affiches réclamant plus de fonds. Ses représentants font également diverses

démarches auprès des députés. « Nous avons choisi une avenue pacifique. Nous n'avons pas voulu bloquer de route ni menacer de démissionner. Nous avons préféré la voie

Shawinigan ?

C. S. – Oui. Quand j’entendais ce qui se passait à Shawinigan, je me disais que les autorités avaient perdu la raison. Les médecins de cet hôpital le soutiennent à bout de bras. Ils décident de démissionner parce qu’ils sont exténués, et tout ce qu’on trouve à leur dire, c’est qu’on va les obliger à y rester ! Pour saper le moral des troupes, il n’y a pas mieux ! D’autres auront-ils envie de travailler dans cet établissement en sachant que la porte risque de se refermer derrière eux et qu’ils ne pourront plus en ressortir ?

M.Q. – Quelles sont les conséquences des pénuries d’effectifs sur la pratique de la médecine ?

C. S. – Dans notre région, il y a des médecins, dont je suis, qui ont une liste d’attente pour un examen complet majeur comportant un volet de prévention de presque 18 mois. L’omnipraticien va évidemment accepter de recevoir le patient qui sort de l’hôpital après une crise cardiaque. Mais il n’a plus le temps de s’asseoir avec la jeune fille qui désire des contraceptifs oraux pour lui expliquer, par exemple, comment se protéger contre les MTS. On délaisse alors la prévention pour se consacrer aux soins curatifs. Il faut toujours aller là où le feu brûle. Cette situation me dérange.

Je pratique à la salle d’urgence, et je sais qu’il est méritoire de sauver un patient qui fait un infarctus. Mais si je réduis son taux de cholestérol, que je lui fais faire de l’exercice et le persuade d’arrêter de fumer, je pense que j’ai aussi fait un très bon travail. Bien sûr, à la télévision, dans des émissions comme ER, l’infarctus et les défibrillateurs sont plus impressionnants.

Les médecins font encore de la prévention, mais de manière plus ponctuelle. Si j’ausculte à l’urgence un patient qui tousse, et que j’aperçois son paquet de cigarettes, je

vais lui parler des méfaits du tabac. Mais pour être efficace, l’intervention demanderait parfois 15 à 20 minutes.

M.Q. – Votre région souffre par ailleurs d’un manque de spécialistes.

C. S. – Dans les régions de Valleyfield et de Vaudreuil-Soulange, le manque de psychiatres est criant. Pour nous, omnipraticiens, cette pénurie est éprouvante. Il faudrait que l’on augmente le nombre d’équipes de base en santé mentale. D’une part, il y a eu la désinstitutionnalisation, et d’autre part, nos patients connaissent les mêmes problèmes que nous : surcharge de travail, dévalorisation, etc. Ils souffrent donc de *burnout* et de dépressions situationnelles. Nous ne sommes pas nécessairement formés pour traiter ce type de problèmes qui demandent en outre du temps, alors que nous n’en avons pas.

M.Q. – Comment régler le problème ?

C. S. – Pour nous, la solution pourrait venir des CLSC. La ministre de la Santé et des Services sociaux a justement annoncé que des nouveaux fonds étaient destinés à ces établissements. Il faudrait que nous puissions bénéficier de l’aide d’équipes complètes en santé mentale comprenant des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières et des ergothérapeutes. Ces intervenants pourraient prendre le patient en charge, du moins pour les aspects qui ne sont pas proprement médicaux, une fois que nous aurions terminé son examen clinique.

Il y a également d’autres spécialités pour lesquelles il est difficile d’obtenir une consultation : notamment l’orthopédie, la gastro-entérologie et l’urologie. Tout le système de santé est sous tension. Il faudra que les spécialistes soient eux aussi mis à contribution. Parce que si nous nous occupons de la deuxième ligne, nous ne sommes pas disponibles pour la première.

M.Q. – Un de vos problèmes est par ailleurs**le manque de relève dans les cabinets privés. Comment inciter les jeunes médecins à s’intéresser à ce type de pratique ?**

C. S. – Un étudiant peut terminer sa résidence en médecine familiale sans jamais avoir observé des médecins de famille en exercice dans un cabinet privé. Il ne va connaître que l’exercice de la médecine à l’hôpital ou au CLSC. Pour ma part, j’ai découvert la pratique privée grâce à un stage effectué à Rigaud. Là, j’y ai vu une équipe médicale dynamique dans un vrai milieu de vie représentatif. J’ai expérimenté la médecine sur le terrain. Cela a été une révélation.

Les cabinets privés suscitent beaucoup de peurs. Quand les jeunes médecins sortent de la faculté, plusieurs sont endettés et n’ont pas vraiment envie de payer des frais de cabinet. Surtout si leur salaire est réduit à 70 % alors que leurs frais, eux, sont à 100 %, tout comme leur facture d’épicerie et leurs impôts. De plus, les jeunes omnipraticiennes ignorent souvent que la FMOQ a négocié un programme d’allocations de congé de maternité.

Le travail dans les cabinets privés est d’autre part souvent dénigré. Il est faux de croire que je ne vois que des cas de gripes ou d’otites à la clinique. Mes patients ont de 0 à 99 ans et viennent de milieux économiques très différents. En ce qui concerne l’équipe médicale, nous sommes cinq omnipraticiens dans le cabinet et nous travaillons vraiment de concert. Quand j’ai découvert ce type de médecine, j’ai su que c’était ce que je voulais. Mais tant que l’on n’en fait pas l’expérience, on a des réticences.

Je crois que notre Fédération devrait promouvoir la pratique dans les cabinets privés. Il faudrait intervenir au cours du programme de médecine familiale, parce que les étudiants ont déjà arrêté leur choix à la fin de leurs études.

politique, qui est d’autant plus appropriée que les députés s’étaient engagés durant la campagne électorale à corriger notre situation. »

200 millions pour l’équipement médical

Une pluie de millions est tombée sur les

hôpitaux du Québec. Bien des centres pourront ainsi moderniser une partie de leur équipement médical. Mais cet afflux d’argent n’est pas une surprise : dans le dernier budget, le gouvernement du Québec avait annoncé un investissement de 200 millions de dollars.

Presque toutes les régions ont droit à leur part :

- Le Saguenay–Lac-Saint-Jean : environ deux millions de dollars ;

- Les Laurentides : plus de 4,6 millions ;
- La Montérégie : presque 12,5 millions ;
- L'Estrie : un peu plus de 1,3 million ;
- La Baie-James : presque un million ;
- Chaudière-Appalaches : quelque 5,4 millions ;
- Montréal-Centre : 50,6 millions ;
- Québec : presque 28 millions ;
- Lanaudière : plus de 4,1 millions ; etc.

« L'octroi d'autres sommes sera annoncé dans les prochaines semaines et les prochains mois. La ministre de la Santé et des Services sociaux va profiter de sa tournée pour dévoiler d'autres investissements dans les régions », affirme M. **Alain Vézina**, porte-parole du Ministère.

Le montant de l'enveloppe destinée à la haute technologie, auparavant de 15 millions, a fait un « saut quantitatif très important », mentionne M. **Jean-Yvon Leclaire**, responsable du service du développement et de l'évaluation des technologies au ministère de la Santé et des Services sociaux. « Au fil des ans, un décalage de plus en plus important se creusait entre les besoins et les fonds qui étaient destinés à les combler. L'injection massive de 200 millions de dollars permettra d'effectuer un bon rattrapage et d'accélérer la réalisation de certains projets que le Ministère estime importants. »

Des fonds impatientement attendus

L'argent dont le gouvernement dote les hôpitaux va surtout à l'achat d'appareils. Échographes pour la chirurgie cardiaque, systèmes de radiographie, de radioscopie, appareils d'anesthésie, d'imagerie par résonance magnétique, mammographes, lasers pour l'ophtalmologie, hémodialyseurs, etc.

Le choix du matériel a été fait en fonction des priorités des régions régionales et de celles du gouvernement. « Les priorités nationales correspondent aux secteurs névralgiques comme la radiothérapie et la chirurgie cardiaque, où les listes d'attente sont importantes. Il y a également d'autres domaines, comme l'ophtalmologie et l'orthopédie, où il faut s'assurer que l'équipement, même s'il est moins onéreux, ne freine pas les services médicaux »,

explique M. Leclaire.

L'argent était attendu avec impatience, ne cache pas le D^r **Renald Dutil**, président de la FMOQ. « Il y avait beaucoup d'investissements à faire pour le renouvellement de l'équipement médical, l'acquisition d'appareils de haute technologie et l'amélioration du parc immobilier. Les 200 millions seront cependant insuffisants. Il faudra qu'il y ait d'autres ajouts de fonds. »

La source ne semble pas tarie. Dans le transfert d'argent du gouvernement fédéral, quelque 120 millions seraient réservés à l'équipement médical pour cette année. « Ce montant viendrait s'ajouter à celui déjà annoncé par le gouvernement du Québec », calcule M. Leclaire.

ICAAC

fatigue chronique et virus défectueux

Le syndrome de fatigue chronique serait-il un problème cardiaque causé par un virus défectueux ? C'est ce que soutient le D^r **Martin Lerner**, de l'hôpital William Beaumont, aux États-Unis. À l'*Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy* (ICAAC), son exposé d'une demi-heure a provoqué un certain émoi.

Selon le chercheur, certains des coupables tant recherchés dans le syndrome de fatigue chronique seraient un cytomégalo virus incomplet, et peut-être aussi un virus d'Epstein-Barr imparfait, qui infecteraient le cœur et en perturberaient les contractions. L'affection résulterait de deux échecs : celui de l'organisme du malade, incapable d'inhiber la synthèse de certaines protéines virales, et celui de l'herpès virus inapte à produire des virions matures. Le D^r Lerner aurait découvert ces particules défectueuses grâce à une technique qu'il a lui-même mise au point.

Le chercheur avait des images de biopsies cardiaques à montrer pour expliquer la cardiopathie sans inflammation que provoquent ces virus défectueux. Les tissus, prélevés chez ses patients atteints de fatigue chronique, présentaient différentes anomalies.

Réarrangement inhabituel des fibres.
Hypertrophie. Fibrose légère.

En observant les échographies cardiaques de ses malades, le D^r Lerner a également découvert une hypokinésie et des contractions anormales. Mais il y avait plus : chez presque tous les patients qui avaient subi un test avec l'appareil Holter, l'onde T, qui reflète la récupération ventriculaire, était anormale. Selon le médecin, la normalité de l'onde T permettrait même d'éliminer le diagnostic de fatigue chronique.

Si le syndrome est la conséquence d'une infection virale chez certains patients, ne pourraient-ils pas être guéris par des antiviraux ? Dans un essai clinique de 18 mois à double insu avec un groupe témoin, le D^r Lerner a traité 11 sujets affectés par la fatigue chronique et infectés par le cytomégalovirus et le virus d'Epstein-Barr. Ils ont reçu du ganciclovir par voie intraveineuse pendant 30 jours, puis ont pris le médicament par voie orale. Si l'état des sujets ne s'améliorait pas et que des protéines du virus Epstein-Barr étaient isolées, ils recevaient en plus du valacyclovir.

Chez les 11 patients, les symptômes se sont atténués. L'état de huit d'entre eux s'est grandement amélioré selon différents critères. Un neuvième a pu quitter sa chaise roulante. Un dixième vit plus pleinement, assure le D^r Lerner.

Le premier cobaye de toutes ces expérimentations ? Le médecin lui-même. En 1988, le chercheur est tombé malade et présentait les symptômes du syndrome de fatigue chronique. Sa longue série de découvertes a ainsi d'abord été faite sur lui.

Des réactions partagées

Dans la salle, les réactions étaient divisées, explique le D^r **Denis Phaneuf**, microbiologiste-infectiologue, qui assistait à la conférence. Les fondamentalistes, dubitatifs, ne pouvaient croire qu'un aspect aussi essentiel de la maladie leur avait échappé. Les cliniciens, par contre, voyaient poindre l'espoir d'un traitement.

« L'idée que la fatigue chronique découle d'un problème cardiaque n'est pas nouvelle. Mais c'est la première fois que l'on nous

présente des données sur un virus défectueux. Il va falloir que d'autres chercheurs refassent ces observations d'une manière différente », explique le D^r Phaneuf, partagé entre l'enthousiasme et la prudence.

Plusieurs aspects des travaux du D^r Lerner prêtent flanc aux critiques. Par exemple, le médecin a découvert les virus défectueux en recourant à un nouveau test. « Une nouvelle technique peut signifier une nouvelle erreur », indique le spécialiste québécois. L'essai clinique du conférencier comportait également très peu de patients et devra être refait à une plus grande échelle. Néanmoins, la piste est prometteuse. Le D^r Phaneuf, qui travaille au Centre hospitalier universitaire de Montréal, a lui-même traité 12 patients l'an dernier avec du ganciclovir ou du famciclovir. « L'état de presque tous les sujets s'est amélioré. »

La conférence du D^r Martin Lerner ne changera pas le traitement du syndrome de fatigue chronique, mais elle pourrait influencer sur la recherche et la batterie d'examen que passent les malades. « Nous allons prescrire plus souvent une échographie cardiaque à nos patients. Et quand ils passeront une électrocardiographie Holter, nous demanderons au cardiologue de regarder de plus près l'onde T. Le D^r Lerner s'avance peut-être un peu quand il dit qu'une onde T normale permet d'éliminer la possibilité d'un syndrome de fatigue chronique. Mais si ce constat s'avère, cela signifierait que nous détiendrions un test d'exclusion. »

Le D^r Phaneuf a également l'intention d'examiner la nouvelle échelle que son collègue américain a créée : l'*Energy Index Point*. Un score inférieur à cinq est nécessaire pour établir



Le D^r Denis Phaneuf.

le diagnostic de syndrome de fatigue chronique. « Ce système semble meilleur que l'échelle de Karnofsky avec laquelle nous travaillons depuis toujours, parce qu'il tient compte de la fonction cardiaque. »

Du nouveau dans le monde des antibiotiques



Photo : Francine Belliveau.

Le Dr Michel Poisson.

L'Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC) avait son lot d'études sur de nouveaux antibiotiques qui, à plus ou moins long terme, débarqueront sur le marché canadien. Le premier, dont l'arrivée est imminente, sera la moxifloxacin.

La nouvelle fluoroquinolone a pour elle un large

spectre. « La moxifloxacin est l'équivalent de la trovafloxacin, mais n'a pas ses effets secondaires », affirme le Dr **Michel Poisson**, microbiologiste-infectiologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Cette dernière molécule avait été associée il y a un an à des réactions hépatiques graves qui restreignent maintenant son utilisation.

La moxifloxacin ne devrait pas connaître le même sort, si l'on se fie à une étude présentée par des chercheurs de Bayer, les Drs **R. Kubin** et **C. Reiter**. Leurs données de pharmacovigilance révèlent que chez les 1,2 million de patients et plus à qui l'antibiotique a été prescrit, 379 réactions graves ont été signalées.

Vingt-deux étaient liées à des problèmes cardiovasculaires, mais aucune à des troubles hépatiques. Par ailleurs, une méta-analyse regroupant 6178 patients traités avec 400 mg de moxifloxacin indique que l'incidence des effets secondaires est de 26 %, ce qui est comparable à celle des antibiotiques habituels, qui s'élève à 23 %. Les réactions les plus fréquentes sont les nausées et la diarrhée, qui affectent 14 % des sujets.

La moxifloxacin est destinée au traitement des infections des voies respiratoires inférieures.

Suite page 150 >>>

◀◀◀ *Suite de la page 31*

« Nous venons de terminer une étude multicentrique où nous comparions la moxifloxacine à la lévofloxacine pour le traitement de pneumonies extrahospitalières qui nécessitaient l'hospitalisation. Dans les deux groupes de patients de l'Hôtel-Dieu, tous les sujets ont été guéris. La moxifloxacine s'est révélée un antibiotique très puissant et bien toléré », estime le D^r Poisson. Le médicament peut se donner par voie orale, à raison d'une seule dose quotidienne, et par voie intraveineuse.

Une nouvelle famille : les kétolides

La télithromycine, elle, n'apparaîtra pas dans le paysage pharmacologique canadien avant la fin de l'an 2001. Son intérêt vient de ce qu'elle est la première d'une nouvelle famille d'antibiotiques, les kétolides, spécialement conçue pour contrer la résistance bactérienne dans le domaine des infections respiratoires. Le nouvel antibiotique pourrait ainsi décimer les germes contre lesquels les macrolides comme l'érythromycine, la clarithromycine et l'azithromycine perdent leur efficacité.

« Le mécanisme d'action de la télithromycine s'apparente à celui des macrolides et permet d'inhiber la synthèse des protéines bactériennes. Comme eux, elle s'attache à deux sites sur les ribosomes, mais sa liaison est 10 fois plus forte. Ce fait est important parce que, lorsqu'il s'agit d'une bactérie résistante, des antibiotiques comme la clarithromycine et l'azithromycine ne parviennent à se lier qu'à un seul site. Comme ce lien est relativement faible, la molécule

se détache facilement du ribosome et la bactérie n'est plus inhibée. La télithromycine, elle, reste accrochée », expose le D^r Poisson.

La molécule est pressentie pour le traitement de la pneumonie extrahospitalière, les exacerbations aiguës de la bronchite chronique bactérienne, la sinusite et la pharyngo-amygdalite.

Plusieurs études présentées à l'ICAAC montraient que la télithromycine était aussi efficace contre la pneumonie extrahospitalière que la clarithromycine, la trovafloxacine et l'amoxicilline à forte dose. En ce qui a trait à la sinusite et aux exacerbations aiguës de la bronchite chronique, elle s'est montrée aussi puissante que l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique. Un traitement de cinq jours de télithromycine peut également guérir la pharyngo-amygdalite de manière comparable à une pénicillinothérapie de 10 jours. Contrairement à bien d'autres antibiotiques, le médicament a l'avantage de pouvoir être pris une seule fois par jour.

Influenza : courir plus vite que le virus

Comment maximiser l'effet de l'oseltamivir (Tamiflu®) ? En le prescrivant rapidement après l'apparition des symptômes de la grippe. Le patient qui absorbe le médicament dans les 12 premières heures raccourcit de trois jours la durée de l'infection.

La précocité de la prise de l'oseltamivir joue en faveur du grippé. Chaque tranche de six heures lui permet de réduire la durée de la maladie par un facteur

de 1,09 (8 %). Par exemple, lorsqu'il prend le médicament 24 heures après le début de la grippe, son infection dure, selon les prévisions, 128,7 heures. S'il avale l'oseltamivir six heures plus tôt, soit 18 heures après l'apparition des premiers symptômes, la maladie est abrégée de 10,6 heures, et de 20,7 heures si l'intervalle est réduit à 12 heures.

Le Dr **F. Aoki**, de l'University of Manitoba à Winnipeg, présentait ces résultats à l'*Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy* (ICAAC). Son équipe a étudié près de 1000 patients âgés de 12 à 70 ans. Les sujets devaient se présenter dans les 48 heures qui suivaient l'apparition de la grippe. Les médecins leur prescrivait alors un traitement de 75 mg d'oseltamivir à prendre deux fois par jour pendant cinq jours. La présence de l'influenza était ensuite confirmée par un test de laboratoire.

Onze pour cent des patients ont souffert de nausées et 13 % de vomissements. Ces effets secondaires se manifestaient surtout entre la première et la deuxième dose et s'estompaient par la suite. La prise concomitante de nourriture permettait par ailleurs de réduire ces

malaises. Très peu de patients ont abandonné le traitement.

Jusqu'alors, on savait seulement que l'oseltamivir permettait d'abrégé la maladie de 30 % chez les patients traités dans les 36 heures suivant l'apparition des symptômes.

FemHRT

une nouvelle option pour les femmes ménopausées

L'hormonothérapie substitutive se simplifie. Le FemHRT^{MC}, qui vient d'être homologué par Santé Canada, est constitué de comprimés contenant à la fois un œstrogène et un progestatif à prendre de manière continue.

« La plupart des femmes qui emploient le FemHRT ont une aménorrhée après quelques mois. Ce facteur est important. Un sondage réalisé par Angus Reid montre que les saignements indésirables sont l'un des facteurs qui affectent l'observance des patientes », explique M. **Marc Sunderland**, gestionnaire scientifique de la recherche clinique chez Pfizer,

à la conférence de presse organisée pour le lancement du produit.

Indiqués pour soulager les symptômes de la ménopause et prévenir l'ostéoporose, les comprimés FemHRT renferment de la noréthindrone combinée avec de l'éthinylœstradiol. Les hormones que l'on retrouve dans les contraceptifs oraux.

Plusieurs essais cliniques confirment que les saignements diminuent chez les femmes qui prennent le médicament. L'étude CHART (*Continuous Hormones As Replacement Therapy*), publiée en 1996, a révélé, par exemple, que le nombre de patientes ayant des hémorragies ou des microrragies baissait régulièrement et atteignait 13 % après 24 mois¹. D'autres essais ont indiqué que le taux de saignements et de pertes sanguines ne différait pas significativement entre le groupe recevant le FemHRT et celui prenant le placebo.

Divers bienfaits potentiels

L'association de 1 mg de noréthindrone et de 5 µg d'éthinylœstradiol de FemHRT offrirait également quelques bienfaits marginaux. Notamment sur la densité osseuse. L'étude CHART comparait des groupes de patientes prenant différentes doses d'éthinylœstradiol et de noréthindrone, d'éthinylœstradiol seul ou un placebo. Après deux ans de traitement, la densité minérale osseuse du groupe traité avec l'association de 1 mg de noréthindrone et de 5 µg

1. Speroff L, Rowan J, Symons J. The comparative effect on bone density, endometrium, and lipids of continuous hormones as replacement therapy (CHART Study). *JAMA* 1996 ; 276 : 1397-1403.



M. Marc Sunderland.



Le Dr Serge Bélisle.

d'éthinylœstradiol a augmenté de 2,2 %, alors que celle du groupe témoin a diminué de 7,4 %. La hausse au sein du premier groupe s'est également révélée significative par rapport à l'accroissement de la densité osseuse des femmes recevant seulement 5 µg d'éthinylœstradiol.

D'où vient un tel effet sur les os ? « Le progestatif que contient le produit a des effets œstrogéniques qui viennent s'ajouter à celui de l'œstrogène exogène. Cependant, il n'y a pas de données sur le taux de fractures », précise le Dr **Serge Bélisle**, chef du département d'obstétrique-gynécologie de l'hôpital Saint-Luc, à l'occasion de la conférence de presse.

FemHRT pourrait également être avantageux sur le plan lipidique. L'étude CHART a montré que l'association des deux hormones atténuait la hausse de la concentration de triglycérides notée avec l'éthinylœstradiol donné seul. « Le médicament est très sûr en ce qui concerne les taux de lipides. Grâce à son progestatif, il ne provoque pas de forte augmentation des concentrations de triglycérides. Mais c'est un avantage théorique, parce qu'il n'y a pas eu d'études sur le taux d'infarctus. » Tout comme d'autres formules, FemHRT permettrait aussi de baisser le taux de

cholestérol total et de cholestérol LDL.

Le Dr Delisle a lui-même participé à une

étude canadienne terminée au printemps sur l'association de noréthindrone et d'éthinylœstradiol. « Même si les données ne sont pas encore compilées, nous pouvons dire que ce nous avons observé dans notre centre ressemble aux résultats l'étude CHART. »

Un paquet de 140 comprimés de FemHRT coûte environ 125 \$.

Un nouveau timbre pour l'hormonothérapie

L'hormonothérapie se simplifie également du côté des timbres dermiques. Une nouvelle option existe dorénavant : l'Estalis^{MD}. Le timbre, qui renferme à la fois de la noréthindrone et de l'estradiol-17β, permet aux patientes d'avoir un traitement continu. Certaines d'entre elles obtiendront une aménorrhée.

« Les autres timbres sont donnés en traitement séquentiel. Pour la première partie du cycle, la femme doit prendre des œstrogènes et pour la seconde, de l'œstrogène et de la progestérone. L'Estalis, lui, a l'avantage de contenir les deux hormones de telle sorte que la patiente n'a qu'une seule forme de timbre à utiliser », explique M^{me} **Monique Giguère**, experte médicale pour la division Santé de la femme chez Novartis Pharma Canada.

L'aménorrhée ? Elle ne survient pas chez toutes les femmes. Une étude menée sur 625 patientes ménopausées montre que, après un an, quelque 40 % des patientes qui employaient le timbre recelant 50 µg d'estradiol et 250 µg de noréthindrone – la concentration recommandée – n'avaient plus de saignements utérins¹. Avec la seconde dose offerte, 50 µg d'estradiol et 140 µg de noréthindrone, environ 50 % des femmes n'avaient plus de pertes de sang.

L'avantage de l'Estalis ressort lorsqu'on le compare aux autres timbres de même nature. « Avec ceux qui sont sur le marché, 100 % des

1. Archer DF, Furst K, Tipping D. A randomized comparison of continuous combined transdermal delivery of estradiol-norethindrone acetate and estradiol alone for menopause. *Obstet Gynecol* 1999 ; 94 : 498-503.

femmes ont des saignements », fait remarquer M^{me} Giguère.

Mode d'emploi

Comment employer l'Estalis ? On peut commencer par prescrire le timbre renfermant 250 µg de noréthindrone. La dose de 140 µg est utilisée lorsque des effets secondaires dus à la progestérone apparaissent. Le timbre doit être appliqué deux fois par semaine.

Si la patiente présente des saignements irréguliers persistants, le recours à Estalis peut s'inscrire dans un traitement séquentiel. Les saignements de retrait deviendront alors plus réguliers et plus prévisibles. Pour cela, la patiente doit prendre des timbres libérant 50 µg d'estradiol par jour pendant les deux premières semaines du cycle, puis les timbres Estalis recelant 50 µg d'estradiol et 250 µg de noréthindrone pendant les deux autres semaines.

Régulièrement, le médecin doit vérifier si l'emploi d'Estalis est encore nécessaire pour soulager les symptômes de la ménopause. Contrairement à d'autres produits, ce timbre n'est pas indiqué pour la prévention de l'ostéoporose.

On peut par ailleurs trouver des avantages aux composantes non hormonales d'Estalis. « Ce nouveau timbre ne contient pas d'alcool, un élément qui irrite la peau. Il y a aussi le côté esthétique. Le timbre est petit et transparent, donc peu visible. » Le prix d'un paquet de huit est d'environ 30 \$.

Diabète de type 2

homologation de la pioglitazone

Santé Canada vient d'approuver l'utilisation d'un nouvel insulinosensibilisant : la pioglitazone (Actos®). Elle est indiquée comme complément à la diète et à l'exercice pour réduire la glycémie des patients aux prises avec le diabète de type 2. Le nouveau médicament peut être employé seul, mais aussi avec des

sulphonylurées, de la metformine ou de l'insuline.

La pioglitazone, tout comme la rosiglitazone, homologuée il y a quelques mois, accroît la sensibilité à l'insuline des muscles et des tissus adipeux, et inhibe la gluconéogenèse hépatique. Elle permet ainsi de mieux maîtriser la glycémie tout en réduisant le taux d'insuline circulante.

Quelle est l'importance de l'action de ce nouveau médicament ? Dans une étude de 26 semaines, 408 patients souffrant du diabète de type 2 ont reçu soit un placebo, soit diverses concentrations de pioglitazone une fois par jour. Les doses de 15 mg et de 30 mg ont permis de réduire le taux d'hémoglobine glycosylée de un point de pourcentage comparativement au placebo, et celle de 45 mg de 1,6 point.

La moyenne initiale du taux de HbA_{1c} des sujets était environ de 10 %. Chez les patients traités avec la dose de 15 mg, la glycémie à jeun a diminué de 39 mg/dL de plus que celle des patients témoins ; la dose de 30 mg entraînait une diminution relative de 41 mg/dL, et celle de 45 mg, de 65 mg/dL. Le médicament donnait de meilleurs résultats chez les 31 % des patients qui n'avaient encore jamais pris d'antidiabétiques.

Bienfaits sur les lipides

La pioglitazone offre des avantages supplémentaires, notamment son effet sur le bilan lipidique : elle augmente le taux de cholestérol HDL de 6 à 19 %, selon les études, et réduit la concentration de triglycérides de 5 à 26 %.

Dans tous les essais cliniques, la réduction du taux d'hémoglobine glycosylée était cependant accompagnée d'une prise de poids liée à la dose. Dans les études américaines où la pioglitazone était utilisée seule, le gain pondéral allait de 0,5 à 2,8 kg, alors que les patients témoins perdaient de 1,3 à 1,9 kg.

Comment fonctionne cet insulino-sensibilisant ? Le nouveau médicament est un agoniste puissant des récepteurs PPAR_γ (*peroxisome proliferator-activated receptor-gamma*), qui se trouvent dans les tissus sur lesquels agit l'insuline : les cellules adipeuses,

les muscles squelettiques et le foie. L'activation des récepteurs PPAR γ permet d'agir sur la transcription de gènes intervenant dans la réponse à l'insuline. Ces derniers jouent un rôle à la fois dans la maîtrise du glucose et dans le métabolisme des lipides.

Crise d'asthme grave de la prednisone plutôt que de la fluticasone

« Les enfants victimes d'une grave crise d'asthme devraient être traités avec de la prednisone sous forme orale et non avec de la fluticasone inhalée ou un corticostéroïde similaire administré par inhalation », estiment la D^{re} **Suzanne Schuh**, une chercheuse torontoise, et ses collaborateurs dans un article du *New England Journal of Medicine*¹.

À l'urgence, bien des médecins préfèrent administrer des corticostéroïdes en inhalation aux jeunes patients en proie à une crise d'asthme. Leur intention : éviter les éventuels risques liés à l'administration répétée de corticostéroïdes systémiques. Mais sous forme inhalée, le médicament ne serait-il pas moins efficace ? On sait que, donnés par voie orale, les corticostéroïdes diminuent la nécessité d'hospitaliser dans les quatre heures qui suivent le traitement, raccourcissent la durée du séjour à l'hôpital et préviennent la progression des symptômes chez les patients non hospitalisés.

Vérification faite, les deux formes de corticostéroïdes sont loin d'être équivalentes. « Dans notre essai clinique, l'amélioration de la fonction pulmonaire des enfants traités avec de la prednisone était, dans les quatre premières heures, d'environ le double de celle des sujets qui avaient reçu de la fluticasone. De plus, le taux d'hospitalisation dans ce dernier groupe était près du triple de celui des enfants ayant eu de la prednisone », écrivent les chercheurs.

La D^{re} Suzanne Schuh et son équipe du Hospital for Sick Children, à Toronto, ont

étudié 100 enfants de cinq ans et plus conduits à l'urgence à cause d'une importante crise d'asthme. Les sujets ont été traités soit avec 2 mg de fluticasone administrée avec un inhalateur muni d'une chambre d'espacement, soit avec 2 mg/kg de prednisone sous forme liquide. Les enfants recevaient également de l'albuterol et de l'ipratropium.

Quatre heures après le traitement, le volume expiratoire maximal seconde (VEMS) des patients soignés avec de la prednisone est passé de $43,9 \pm 9,9$ % de la valeur prédite à $62,8 \pm 13,1$ %, un accroissement de $18,9 \pm 9,8$ points de pourcentage. Chez les sujets traités avec de la fluticasone, cette augmentation n'a été que de $9,4 \pm 12,5$. De plus, si la VEMS des enfants traités avec de la prednisone n'a pas diminué dans les quatre heures qui ont suivi le traitement, celle de 25 % des sujets ayant reçu de la fluticasone a baissé.

Les médecins s'expliquent l'efficacité plus réduite de la fluticasone par son apport probablement insuffisant aux poumons. Pourtant, les chercheurs avaient tenté d'obvier au problème : recours à une forte dose de fluticasone, administration d'un traitement préalable avec des bronchodilatateurs nébulisés, utilisation d'un inhalateur avec un embout buccal et emploi d'une technique d'inhalation profonde. Néanmoins, la fluticasone inhalée a probablement atteint moins efficacement les voies aériennes resserrées et bloquées par le mucus que le corticostéroïde systémique, qui s'y est répandu par voie sanguine.

Asthme

l'effet protecteur des garderies et des grands frères

Les microbes courent les garderies. Mais cet inconvénient a une heureuse contrepartie : il réduirait l'apparition de l'asthme. Les enfants qui ont fréquenté une garderie pendant leurs six premiers mois de vie ont 60 % moins de risques d'être asthmatiques par la suite. Une protection dont bénéficient aussi ceux qui ont des grands frères ou des grandes sœurs.

1. Schuh S, Reisman J, Alshehri M, et al. A comparison of inhaled fluticasone and oral prednisone for children with severe acute asthma. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 689-94.

Dans une étude dont les résultats ont été divulgués dans le *New England Journal of Medicine*, la D^{re} **Anne Wright** et ses collaborateurs ont suivi 1035 enfants depuis la naissance¹. Les parents ont eu à remplir un questionnaire sur la santé pulmonaire de leur enfant à la 6^e, 8^e, 11^e et 13^e année. Les chercheurs ont considéré comme asthmatiques les enfants qu'un médecin avait diagnostiqués comme tels et dont les symptômes s'étaient exacerbés dans l'année précédant le questionnaire. Ils ont également classé comme « ayant fréquemment une respiration sifflante » les sujets qui ont eu plus de trois accès dans les 12 derniers mois.

Que révèle l'analyse des données ? Une relation inverse s'est dessinée entre l'incidence de l'asthme et, d'une part, l'âge d'entrée à la garderie et, d'autre part, le nombre d'enfants plus âgés à la maison. Cependant, à l'âge de deux ans, le risque d'avoir fréquemment une respiration sifflante à cause d'une infection respiratoire était plus élevé chez tous ces bambins en contact avec d'autres enfants. Mais entre l'âge de 6 et 13 ans, ils semblaient en être protégés.

Des familles plus petites et plus propres

On ignore encore par quel mécanisme le contact précoce avec d'autres enfants peut prévenir l'émergence de maladies allergiques comme l'asthme. Selon les auteurs, il est possible que les infections bactériennes ou virales survenant dans la petite enfance constituent des signaux importants pour le système immunitaire immature du bébé.

« Chez les nouveau-nés, les lymphocytes T auxiliaires répondent à un signal du micro-environnement qui permet leur conversion soit en phénotype Th1 soit en phénotype Th2, chacun produisant un groupe distinct de cytokines », précise la D^{re} **Sandra Christiansen**, du Scripps Research Institute, dans l'éditorial qui accompagne l'article. « L'exposition aux microbes constitue un important signal pour la

maturation postnatale des fonctions associées au Th1. Sans ces signaux, les réponses néonatales Th2 peuvent s'établir, ce qui augmente le risque d'asthme et de maladies atopiques chez les enfants, surtout si leurs parents présentent une atopie. »

Passant au plan sociologique, certains expliquent la montée de l'asthme, maintenant la maladie chronique infantile la plus fréquente aux États-Unis, par la diminution de la taille des familles et l'amélioration de l'hygiène personnelle. Le nombre des familles américaines comptant plus de deux enfants est d'ailleurs passé de 36 % en 1970 à 21 % en 1998. En ce qui a trait aux garderies, même si 65 % des enfants de quatre ans les fréquentaient en 1995, seulement 7 % des bébés de moins de un an y étaient conduits.

En guise de conclusion, l'éditorialiste du *New England Journal of Medicine* déculpabilise les parents qui se sentaient fautifs d'avoir laissé un bébé légèrement malade à la garderie. « Nous apportons peut-être simplement notre contribution pour rétablir l'équilibre entre les Th1 et les Th2 et contenir la vague croissante d'asthme et de maladies allergiques. »

De la testostérone pour pimenter la vie sexuelle ?

La prise de testostérone transdermique pourrait améliorer la vie sexuelle et accroître le bien-être psychologique des femmes qui ont subi une hystérectomie et une ovariectomie. C'est ce que semble indiquer l'étude que le D^r **Jan Shifren** de Boston et son équipe ont menée sur 65 femmes dont la ménopause était d'origine chirurgicale².

Les patientes de 31 à 56 ans qui éprouvaient des problèmes sexuels après leur opération ont pris successivement, dans un ordre déterminé par le hasard, un placebo, 150 µg de testostérone et 300 µg de testostérone par jour, durant des périodes de 12 semaines. En plus des

1. Ball TM, Castro-Rodriguez JA, Griffith KA, et al. Siblings, day-care attendance, and the risk of asthma and wheezing during childhood. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 538-43.

2. Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, et al. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 682-8.

antipasto

Renseignements
thérapeutiques

timbres dermiques d'androgènes, ces femmes, qui avaient toutes un conjoint, recevaient des œstrogènes équinés conjugués.

Constat intéressant, le placebo a provoqué un effet appréciable. Néanmoins, la plus forte augmentation de la fréquence des activités et du plaisir sexuels a été procurée par la dose de 300 µg par jour de testostérone. Avec cet apport, le pourcentage des femmes qui avaient des fantasmes sexuels, se masturbaient ou avaient des relations sexuelles au moins une fois par semaine a augmenté de deux à trois fois, rapportent les chercheurs dans le *New England Journal of Medicine*¹. Au début de l'étude, seulement 23 % des femmes avaient des rapports sexuels au moins une fois par semaine. Ce pourcentage est passé à 41 % avec la dose de 300 µg. Il était par ailleurs de 35 % tant avec le placebo qu'avec la dose de 150 µg de testostérone par jour. Le score des femmes à l'Index de bien-être psychologique général augmentait également lorsqu'elles prenaient la plus forte dose d'androgènes.

L'âge était toutefois un facteur important. Les femmes de moins de 48 ans avaient, au début de l'étude, un score moyen de 50 ± 28 % au *Brief Index of Sexual Functioning for Women*. Leurs résultats ont grimpé à 80 ± 42 % avec le placebo, mais ne se sont pas ensuite élevés davantage avec la prise de testostérone. Chez les femmes plus âgées, le score moyen a débuté à 53 ± 27 %, puis augmenté avec le placebo, s'est accru encore davantage avec la dose de 150 µg de testostérone et atteint 81 ± 38 % avec celle de 300 µg.

Les effets secondaires de la

testostérone ? Le traitement n'a pas semblé produire d'hirsutisme ni d'acné. La fréquence des bouffées de chaleur moyennes ou importantes n'a pas non plus été affectée par l'apport de testostérone. Quant à la concentration sanguine de cholestérol HDL, elle n'a pas changé.

L'utilité clinique ?

Les patientes qui ont subi une ovariectomie bilatérale ont souvent moins de désir, d'activités et de plaisir sexuels, et se sentent de manière générale moins bien même si elles prennent des œstrogènes. Chez les femmes préménopausées, la production normale de testostérone est de quelque 300 µg par jour, dont environ la moitié vient des ovaires.

Sur le plan clinique, quelle est la portée des résultats de l'équipe du Dr Shifren ? Elle pourrait être relativement restreinte, estiment les Drs **David Guzick** et **Kathleen Hoeger** de l'University of Rochester Medical Center, dans l'éditorial qu'ils signent. Premièrement, « à long terme, l'utilisation quotidienne d'un timbre de 300 µg risque d'être associée à d'importants effets androgéniques cliniques », craignent-ils. Ce timbre donne une concentration sérique de cholestérol total de 102 ng/dL (3,5 nmol/L), un chiffre bien au-dessus de la normale chez les femmes préménopausées. De plus, avec un apport de 300 µg par jour, le taux de testostérone sérique libre et biodisponible atteignait le maximum des valeurs normales. Deuxièmement, cette forte dose de testostérone ne s'est révélée véritablement efficace que chez les sujets de 48 ans et plus.

ASTRAZENECA	
Losec	10-11 140-141
Zestril	25 138-139
AVENTIS PHARMA INC.	
Actonel	15-17 122-123
M-Eslon	5 110
AXCAN PHARMA INC.	
Modulon	106 121
BELL CANADA	
.....	couv. III
BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE	
Micardis	36 136-137
FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ	
Fonds FMOQ	160
FOURNIER PHARMA INC.	
Lipidil	19-21 147
GLAXO WELLCOME INC.	
Flovent	23 134-135
Serevent	32 132-133
MERCK FROSST CANADA & CIE	
Cozaar	34-35 128-131
Zocor	couv. IV 148-150
PARKE-DAVIS/PFIZER CANADA INC.	
Fem Hrt	88-89 152-154
PFIZER CANADA INC.	
Viagra	29 142-143
Zithromax ..	couv. II 144-145
Zolof	31
PHARMACIA & UPJOHN INC.	
Depo-Provera	60 146
Detrol	27 114
SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	
Vaccination	104
SEARLE CANADA	
Arthrotec	6 115
Celebrex	58-59 126-127
SERVIER CANADA INC.	
Coversyl	84 116
SMITH & NEPHEW INC.	
Santyl	76-77 145
SOLVAY PHARMA INC.	
Pantoloc	78 117
STIEFEL CANADA INC.	
Prevex	12 151
WYETH-AYERST CANADA INC.	
Alesse	8 124-125
Effexor	100-101 118-121

« Troisièmement, dans le domaine clinique, bien des femmes qui se plaignent de dysfonction sexuelle présentent un ou plusieurs autres facteurs qui peuvent également avoir une influence, comme la prise d'antidépresseurs ou une dyspareunie. Cela les aurait exclues de l'étude du Dr Shifren et de ses

1. Guizick DS, Hoeger K. Sex, hormones and hysterectomies. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 730.

collègues. Ce fait limite encore la généralisation de leurs résultats. »

Diabète gestationnel les facteurs de risque

Quelles femmes enceintes courent le plus de risques de souffrir de diabète gestationnel ? Des chercheurs de l'Université de Berven, en Norvège, ont découvert que c'étaient celles dont le poids à la naissance était faible ou dont la mère a elle-même été atteinte de diabète lorsqu'elle était enceinte¹.

La D^{re} **Grace Egeland** et ses deux collaborateurs ont analysé les données portant sur toutes les Norvégiennes nées entre 1967 et 1984 qui ont eu un enfant entre 1988 et 1998. Sur ces quelque 139 000 femmes de moins de 32 ans, 498 ont présenté un diabète gestationnel.

Les chercheurs ont constaté une relation inverse entre la présence du diabète chez la femme enceinte et son poids à la naissance ou le poids qu'elle avait alors pour son âge gestationnel. L'augmentation du risque était de 80 % chez celles qui avaient pesé 2500 g ou moins, et de 40 % pour celles dont le poids avait été de 3000 à 3499 g par rapport à celles qui avaient pesé de 4000 à 4500 g. Le risque relatif des jeunes femmes de souffrir d'un diabète gestationnel grimpeait par ailleurs à 9,3 si leur propre mère avait eu ce trouble.

La prévalence du diabète de grossesse augmentait également avec l'âge de la femme enceinte, partant de 1,5 cas par 1000 naissances chez les patientes de 20 ans et moins et allant jusqu'à 4,2 chez celles de 30 ans et plus.

1. Egeland GM, Skaerven R, Irgens LM. Birth characteristics of women who develop gestational diabetes: population-based study. *BMJ* 2000 ; 321 : 546-7.